



Rapport om omkostningsforhold og tilskud i hørebranchen med hovedvægt på en analyse af konsekvenserne af det seneste lovforslag "L59, Forslag til Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven" af 14.11.2012, hvis hovedindhold er en større samling af området hos regionerne samt at tilskud til høreapparater udleveret fra de private hørecentre sænkes fra DKK 5.607 / 11.214 til DKK 4.000/6350 for hhv. et/to ører.

Udarbejdet af associate professor ved CBS, Troels Troelsen, udgave af 15.11.2012 - udgave 3

Indledning

At have hold i ryggen, migræne, at se dårligt, at høre dårligt eller at have dårlige tænder er ikke livstruende handicaps, men det har store indvirkninger på den enkeltes velvære. For samfundet trækker det på omkostninger i sundhedssektoren, nedsætter arbejdsevnen i varierende grad for de ramte samt kræver betydelige afledede omkostninger i indretningen af samfundet (trafik, bygninger, kultur mm.).

At analysere enkeltområder indenfor sundhedssektoren i relation til såvel omkostninger som benefits er en såvel politisk som økonomisk udfordrende opgave, idet det at sætte en økonomisk værdi på personlig sundhed og velfærd ikke er politisk muligt. Hvem vil sætte prisen for et menneskeliv – selvom alle ved, at forskellige indretninger af samfundet netop indirekte gør dette igennem en række valg, der hver især kan spare menneskeliv. Hvor mange akuthelikoptere skal et område have, hvor skal et storsygehus placeres, hvor mange trafiklysreguleringer skal erstattes med rundkørsler, hvor mange cykelstier skal der anlægges, hvor dyr skal en trafikikkerhedskampagne mod unge mænd under 25 år være osv. Det teoretiske analyseværktøj til at analysere sådanne forhold er Cost-Benefit Analyser (CBA). Denne undersøgelse vil hovedsagelig beskæftige sig med cost-siden, men med åbninger i retning af de benefits der kan opstå ved at adgangen til behandling af høretab kan foretages hurtigere.

Traditionelt har sundhedssystemet givet meget forskellige tilskud til forskellige sundhedssektorer, som skal sikre borgerne et bedre liv samt gøre dem mere arbejdsduelige. Der er ikke nødvendigvis den store logik i disse forskelligheder, men at ændre i befolkningens brug og egenbetaling af sundhedsydelser kræver en analyse af arbejdsdelingen imellem privat og offentligt leverede ydelser, vurdering af en politisk ønsket privatiseringsgrad i sektoren, effektiviteten i leveringskæden, speciallægeoverenskomster samt fordele og ulemper ved forskellige løsninger.

Disse forskelligheder i mellem sektorerne i afhjælpning af handicaps er ikke et tema for denne analyse. Man har hvad man har af systemer og tilskudsordninger, og befolkningen har vænnet sig til, at noget betaler man stort set selv – og andet kan man få betalt. Og at ændre i arbejdsdelingen mellem privat og offentlig sundhedsleverance vil ofte ende i "send flere penge".

Denne rapport's formål er en cost- (og lidt benefit) analyse af høresektoren med nedenstående undertemaer:

- En analyse af omkostningsforbrug til vurdering nogle af de konsekvenser, som fremsættelsen af lovforslaget L59 af 14.11.2012 medfører.
- At analysere og sammenligne omkostningerne ved at behandle sammenlignelige høretab i de forskellige behandlingsled i de to forskellige behandlingsforløb:
 - a) fuldt offentligt gennem regionernes audiologiske centre (OHØC) eller
 - b) leveret igennem private høreklinikker (PHØK).Den tredje i Kulegravningsrapporten nævnte mulighed, hvor der af regioner er indgået aftaler med praktiserende speciallæger gennemgås jvnf. senere beskrevet ikke, da omkostningstrækket er tæt på den fuldt offentlig leverede af OHØC og der er få aftaler af denne art. Herunder fordelingen af udgifterne mellem kommuner og regioner.
- At analysere og fremkomme med den mest omkostningseffektive løsning af, hvordan kravene i lovgivningen om afhjælpning af hørehandicaps kan løses.
- At skitsere hvordan det offentlige sundhedssystem mest effektivt kan arbejdsdele med de private hørecentre i at løse denne opgave.

Denne rapport tager som udgangspunkt, at det offentlige system i dag i mange sundhedsmæssige relationer lader private virksomheder udføre opgaverne i tæt samarbejde med det offentlige og med takstsystemer, der fremmer fornuftige og økonomisk forsvarlige arbejdsdelinger. Og at dette fortsat er ønskværdigt for at sikre konkurrence om såvel ydelsens pris som kvalitet samt ikke mindst at mindske de offentlige udgifter til sundhed.

Vigtigt er også, at en rationeringstankegang af adgangen til sundhedsydelser med det formål at nedsætte det offentlige omkostningsforbrug ikke er et tilladeligt tankesæt. Fordi borgerne hermed betaler med et benefit tab. Uanset hvor fristende det måtte være i en krisetid eller for et sundhedssystem, der grundet teknologiske fremskridt, bedre behandlingsmuligheder, en aldrende og i gennemsnit federe befolkning alt andet lige med god berettigelse kunne ønske større bevillinger. Som sundhedssystemet næppe får. Så der er kun effektiviseringer som mulighed for at efterkomme borgernes forventninger.

Forkortelser anvendt i rapporten (anvendt med lidt flere identifikationsbogstaver for at lette læsning):

CBA – Cost Benefit Analyse – en økonomisk opgørelsesmetode, hvor en række ikke økonomiske fordele kan medregnes.

Ørelæge/ speciallæge – en forkortelse af den fulde speciallægetitel i øre-, næse og halssygdomme.

KoKoC- Kommunale Kommunikations Centre, hvor borgere får den endelige oplæring i brug af høreapparater. Kommunerne kan outsource denne opgave om undervisning i brug af høreapparatet til regionale centre.

OHØC- Regionale Offentlige Hørecentre under regionernes sygehussystem. Ofte placeret på Sygehusene.

PHØK -Private Høre Klinikker, der sælger høreapparater med offentlige tilskud, hvis der forelægger en ørelægehenviisning.

Konklusion

Der har ikke i de tilgængelige tidligere analyser været foretaget en egentlig metodisk og samlet komplet økonomisk analyse af sammenlignelige omkostningerne ved at udbedre høretab imellem OHØC og PHØK.

Denne rapport's formål er at forbedre beslutningsgrundlaget samt vurdere dele af de økonomiske konsekvenser af L59 af 14.11.2012.

Det pr. 14. nov. 2012 fremsatte lovforslag L59 indeholder følgende for rapporten relevante elementer:

- Regionerne overtager fra kommunerne administrationen af udbetalingerne til hhv. de offentlige som de private hørecentre /-klinikker af de vedtagne tilskud til borgernes anskaffelser af bevilligede høreapparater. (Dette er alle enige om er en klar forbedring, der formentlig vil medføre betydelige administrative besparelser).
- Kommunerne skal fortsat yde en uændret indsats igennem KoKoC som alt overvejende benyttes af borgere, som har de første 3 måneder af deres behandling i OHØC.
- Tilskud til behandling og anskaffelse af høreapparater ved et privat høreklinik til et øre nedsættes fra DKK 5.607 / 11.214 pr. apparat til DKK 4.000 / 6350 for et / to ører. (en væsentlig nedsættelse), en vægtet nedsættelse med 43 %
- Udlån igennem de offentlige hørecentre (OHØC) er fortsat gratis. (Brugerbetaling har været drøftet, bl.a. i Kulegravningsrapporten men er politisk af ideologiske grunde "skudt ned").
- Udskiftningsfrekvens er stadigvæk 4 år.
- Regionerne har en indkøbsaftale gennem AMGROS og betaler for høreapparaterne leveret til de offentlige hørecentre.
- En række andre måske mindre væsentlige forhold omkring høreapparaternes garantiperioder, ejerforhold, reparationer, batteriskift mm. udelades af denne rapport som værende af økonomisk betydning, om end totaltallene har interesse.

Med den nye lov får PHØK forringede konkurrencevilkår, idet egenbetalingen må forventes at ville stige med et beløb omkring tilskudssænkningen, dog justeret for prisfaldet på apparaterne. Forventet 1300 / 2000 kr. for hhv. et / to ører. I dag er der ca. 60.000 udleverede høreapparater i hvert af systemerne, OHØC og PHØK (51 % og 49 %). 80 % får 2 høreapparater og 20% får et høreapparat. Såfremt lovforslaget vedtages i den nuværende form, vil dette efter Ministeriet for Sundhed og forebyggelse medføre, at 12.000 apparater eller 7000 behandlinger vil overgå fra PhØC til OHØC.

For at kunne overskue de betydelige talmængder, så har man sammenvejet tallene for behandlingen af hhv. et øre og to ører efter den almindeligt anerkendte fordeling af disse behandlinger med hhv. 20 % og

80 % og desuden at udleverede antal høreapparater og antal behandlinger er i forholdet 1,8:1, dvs. at hvis der i alt er 120.000 udleverede høreapparater, så er der ca. 66.666 fordelt med 51% til OHØC, 34000, og 32.666 til PHØK.

Udvalgte tal fra situationen for L 59, hhv. før og efter fremsættelsen af lovforslaget				
	Før L 59 og med de tilskud, der var gældende før den nye lov og før de nye AMGROS indkøbsordninger		Konsekvenserne af L 59 med nye lavere tilskud og en ny arbejdsdeling imellem regioner og kommuner	
	OHØC	PHØc	OHØC	PHØc
Antal behandlinger	34.000	32.666	34.000 + 7.000 = 41.000	32.666 – 7000 = 25.666
Vægtet pris pr. behandling	16.033	10.580	11.563	8.230
Kommunale tilskud og omkostninger	10.400	10.680	2.900	210
Regionale tilskud og omkostninger	= 5.633	-100	8.623	6.160
I alt offentlige tilskud pr. beh.	16.033	10.580	11.523	6.370
Tilskud større end ved privat beh.	52 %		81 %	

Ovennævnte samlede omkostningsopstillinger giver følgende betragtninger:

- OHØC er i den nuværende ordning 52 % dyrere i offentlige udgifter end PHØK, Med det nye forslag vil dette stige til 81 %, hovedsageligt fordi tilskudssænkningen til det private falder med betydelige mere end apparaternes pris er faldet.
- Ved en væsentlig billigere indkøbsaftale gennem AMGROS samt væsentlig lavere tilskud til de private hørecentre sænkes de samlede behandlingsudgifter naturligvis.
- Det synes besynderligt, at det i forvejen for såvel borgerne som det offentlige billigste leverancesystem skal afgive behandlinger til et dyrere offentligt system. Det virker konkurrenceforvridende.
- Og når så det offentlige rent procentmæssigt efter L 59 bliver procentuelt endnu mindre konkurrencedygtigt, så virker det endnu mere overraskende. Den serviceforringelse, som der ligger i den lange ventetid i OHØC kan fastholde kunderne i det PHØK, men det er næppe en ønskværdig situation for nogen part.
- En samlet offentlig besparelse og en mindre eller ingen vandring af kunder til OHØC fra PHØK kunne muligvis undgås, såfremt tilskud hæves med hhv. 1300 samt 2000 til PHØK.

- Lovforslaget vil medføre betydelige omkostningsfordelingsændringer mellem kommuner og regioner, som ikke behandles i denne rapport
- Det nye lovforslag vil forventeligt medføre egenbetaling som hel eller delvis erstatning for de sænkede tilskud til PHØK. Muligvis hhv. 1300 og 2000 for et / to ører. Disse egenbetalinger forventes at medføre en opgavefordelingsændring således at 7000 flere (svarende til 12.000 høreapparater) efter Sundhedsministeriets vurdering vil blive behandlet af OHØC og tilsvarende færre af PHØC.
Pr. 1.1.2011 blev tilskuddet til borgere, der benytter PHØK sænket med 10 %. Dette medførte et fald på udbetalte tilskud faldt med 25 %² og antallet af apparater faldt med 15 %. Så af Sundhedsministeriet anslåede tal på 12.000 høreapparater / 7.000 behandlinger måtte være i underkanten.

Følgende virkninger skønnes L 59 at få i de samlede besparelser:

Besparelser i de lavere tilskud til PhØC 25.666 beh. X (11.523 – 6370)	= DKK 132,2 mio.
Merudgifter i OHØC ved 7000 flere behandlinger x 11.523	= DKK 80,6 mio.
Skønnede samlede besparelser af L 59	= DKK 51,6 mio.

- En del af de forventede besparelser er fremkommet ved billigere høreapparater. En teknologisk udvikling. Så den er alle parter enige om. Men det skønnes af rapporten, at man kunne opnå samme besparelse ved ikke at overføre borgere til OHØC ved at fastsætte et højere tilskud til PHØC. Så ville en vis konkurrencelighed blive opnået – og samme effekt i offentlige udgifter, idet tilskudforhøjelsen vil være 1800 x 30.000 behandlinger = DKK 54 mio. og dette tal er mindre end de merudgifter, som det offentlige pådrager sig ved at skulle behandle 7000 flere. Rationalet i dette skyldes, at det offentlige er 81 % dyrere målt i offentligt tilskud, så det igen virker det ikke hensigtsmæssigt at lave en tilskudsstruktur, der fremmer brug af en dyrere løsning.
- Rent samfundsøkonomisk er det konkurrencemæssigt overraskende, at offentlige tilskudsordninger skal fremme brugen af OHØC, når de faktisk er væsentlig dyrere. De samlede offentlige udgifter vil derimod falde, såfremt en større del af de egnede behandlinger foretages af de private.

Hørebranchen kort

Der udleveredes i 2011 ca. 120.000 høreapparater, fordelt med ca. ligeligt³ til hhv. OHØC (51 %) og PHØK (49 %). Siden tilskudsmulighederne fremkom i 2002 har der været en betydelig vækst i PHØK fra næsten at være ikke eksisterende til nu at levere 49 % af de udleverede høreapparater. I alt er de årlige udleveringer af høreapparater fra begge systemer steget fra 80.000 i 2001 til 120.000 i 2011.

De samlede offentlige udgifter indenfor området er steget væsentligt over samme periode, mest fordi flere har fået udbedret høretab og fordi apparaterne er blevet bedre. Det er formentligt også blevet mere acceptabelt at få et høreapparat i stedet for at trætte andre med dårlig hørelse. De samlede region-

² Deltarapporten side 17, ikke medtaget i Kulegravningsrapporten

³ Kulegravningsrapporten

/kommunale udgifter til indkøb af høreapparater er i samme periode steget fra 2001: DKK 299 mio. til 2010: DKK 699 mio⁴. (noten er vigtig).

De forskellige parter, der tilsammen leverer den samlede serviceydelse overfor hørehæmmede:

- 196 henvisende speciallæger, ca. 176 i praksis og ca. 20 i OHØC. Disse vurderer om hørehandikappet berettiger til en henvisning til at få et høreapparat med offentlige støtte, hvorefter den videre behandling efter borgerens eget valg foregår på enten et offentligt regionalt hørecenter (OHØC) eller på en privat høre klinik (PHØK). En del behandlinger er dog undtagne, idet disse altid finder sted på OHØC.
 - 17 Offentlige Høre Centre (OHØC), mest tilknyttet hospitaler.
 - 200 godkendte Private Høre Klinikker (PHØK), fordelt over landet. (pr. 31.12.2011 var der 194⁵).
 - Der er ca. 40-70 Kommunale eller Regionale Kommunikations Centre (KoKoC). På Fyn har alle kommuner f.eks. organiseret sig samlet, hvor kommunerne så betaler pr. borger for at få den lovkrævede specialundervisning overfor høretabsbehandlede. Efter udlevering af høreapparater – uanset om det fra OHØC eller PHØK, så skal kommunerne efterfølgende efter behov levere undervisning i brugen af høreapparater. Fastlagt i Lov om Specialundervisning for Voksne. Denne opgave kan være outsourcet til andre offentlige organer, som f.eks på Fyn. Men der er en meget lille anvendelse af denne service fra borgere, der har købt høretabsbehandling i PHØC.

Der finder outsourcing og inter kommunale samarbejder sted i løsningen af denne betydelige opgave. Der er for kommunerne abonnementsordninger i intervallet 2000 – 3000 pr. behandling eller takstbetalinger, der medfører ca. 5100 for den lovpligtige almindelige serviceydelse samt andre løsninger. Ressourcetrækket er således meget forskelligt og åbner formentlig for forbedringer eller mere ensartede leverancer. Forsigtigt er ydelsen i gennemsnit for alle kommuner estimeret til DKK 2800 pr. behandling.

- Nogle steder har OHØC / Regionerne out-sourset opgaven til private hørelæger som tidligere beskrevet. Disse tilfælde er ikke generiske og en analyse af den økonomiske og administrative hensigtsmæssighed af dette vil ikke blive yderligere analyseret, da det må være en efterfølgende opgave i en særskilt udredning.

⁴ Kulegravningsrapporten, hvori det ikke fremgår om disse tal indeholder DAGS-taksterne for udredninger mm. udbetalt til OHØC eller beløb disponeret af KoKoC eller beløb til den kommunale administration med administrere udbetalinger. Men det gør de næppe, og derfor er disse udgifter formentlig betydeligt undervurderede.

⁵ Delta opgiver dette.

Kilder for denne rapport:

Følgende kilder er anvendte i fremstilling af denne rapport. De er forsøgt rangordnede efter skønnet betydning.

- Kulegravning af Høreapparatområdet incl. af juni 2012 udarbejdet af en arbejdsgruppe, nedsat af ministeriet for Sundhed og forebyggelse ISBN 978-7546-0229 Inkl. en række centrale bilag.
- Høringssvar (ca. 500 sider) til den fremsatte lov af L59. De væsentlige uddrag er vedlagt i bilag med tilstræbt henvisning til sidetal hvor det var muligt.
- AMGROS. (2012, oktober 19). Angående høring vedr. ændring af lov om social service og sundhedsloven. 31-33.
- AudioNova Hørecenter. (2012). Høringssvar.
- Ældremobiliseringen. (2012, oktober 19). Angående høring vedr. ændring af lov om social service og sundhedsloven. 19-20. Kbh K.
- Dansk HøreCenter. (2012, oktober 18). Angående høring vedr. ændring af lov om social service og sundhedsloven.
- Dansk Medicin Audiologisk Selskab. (2012, 10 10). Høringsvar vedrørende udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven. 9-11. Odense.
- DH. (2012, oktober 12). Høringssvar. 449.
- Din Hørespecialist Aps. (2012, oktober 19). Høringssvar. 476-478.
- GN Resound, Oticon og Widex. (2012, Oktober 9). DANSK HØREAPPARATINDUSTRI. 425-444.
- Høreforeningen Aarhus Lokal afdeling. (2012, oktober 19). Angående høring vedr. ændring af lov om social service og sundhedsloven. Aarhus.
- HØPA. (2012, oktober 19). Høringsvar fra HØPA. 404-407.
- Konkurrence og Forbrugerstyrelsen. (2012, oktober 15). Angående høring vedr. ændring af lov om social service og sundhedsloven. 17-18.
- Leverandørforeningen for Høreapparater. (2012, oktober 29). E-mail til Sundhedsministeren. 4-5. Ballerup.
- Oticon, GN, Resound og Widex. (2012, oktober 18). Bemærkninger til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven. 421-423.
- Sundheds- og Forebyggelsesudvalget. (2012, juni). Kulegravning af Høreapparatområdet. 68
- Rambøll. (2010). Undersøgelse af det specialiserede hjælpemiddel- og kommunikationsområde, 82..

Derudover har der været en række samtaler med ledere fra hhv.

- Det Offentlige Hørecenter på Odense Sygehus (navne kan oplyses under forudsætning om fortrolighed)
- Center for Rehabilitering og Specialrådgivning i Odense (navne kan oplyses under forudsætning om fortrolighed)
- Odense Kommune. (navne kan oplyses under forudsætning om fortrolighed) med for området relevante politikere og embedsværk i Odense Kommune (navne kan oplyses under forudsætning om fortrolighed).

Fokus for disse samtaler har været arbejdsdelingen, omkostningsdelingen og omkostningstræk imellem

- a) regioner
- b) kommuner
- c) private hørecentre
- d) private igennem egenbetaling ved brug af private hørecentre.

Ovennævnte samtaler har frembragt en lang række meget anvendelige budgetinformationer samt antal ydelser, borgere, brugere, udleveringer, behandlinger mm. Disse har gjort det muligt at opstille det specielle for denne rapport, en rimelig oversigt over omkostningsforbruget ved den samlede leverance uanset leverandør. Beregningerne frembringer naturligt intervaller, da enhver serviceydelse af denne art kan variere meget og forskellige serviceydelser kan ikke nødvendigvis sammenregnes og omregnes til et

enkelt tal. Derfor intervaller, hvor dette har været nødvendigt.

Metode

Rapporten anvender kun informationer fra de anvendte kilder, samtaler samt hørings svarene. Informationerne her er ofte opstillet på meget forskellige præmisser og ikke mindst uden en klar differentiering i mellem de meget forskellige opgaver og sværhedsgrader i behandling høretab.

I tilfælde af divergerende informationer og økonomiske oplysninger opstilles der et interval, hvor rapporten så på basis af multiplitet af informationer skønner en sandsynlig værdi.

Den største udfordring har været at skabe et område af høretabsniveauer, hvor der er en vis grad af sammenlignelighed, og for at opnå dette har man valgt de enkleste høretabstilfælde, som skønnes at dække mindst 40 % af høretabstilfældene⁶ (PAX og andre private klinikker vurderer dette til at 80-90 %), hvoraf igen halvdelen, 20 % skønnes at kunne dækkes indenfor DAGS taksterne på OHØC og stort set uden egenbetaling i PHØK⁷.

Sammenligneligheden foretages på disse enklere tilfælde, idet de takster som OHØC modtager for de mere komplicerede behandlinger er højere og meget varierede, men vurderes at dække udgifterne til behandlingerne. Formentlig er OHØC førstevalg ved en lang række komplicerede behandlinger samt overfor børn. Men heller ingen tvivl om, at de 40 % enklere behandlinger foretaget hos OHØC ligevel kan udføres af PHØK. Og billigere.⁸

Det er væsentligt at fastholde, at jo mere komplicerede høretabsbehandlingerne er og jo mere specialiserede de udleverede høreapparater er, jo højere bliver den samlede omkostning ved en behandling såvel i OHØC som ved PHØK, men med den set fra den offentlige finansierings synsvinkel (Regioner + Kommuner) væsentlige forskel, at det er de private kunder i PHØK, der selv betaler denne meromkostning.

At kunne fastslå de samlede samfundsomkostninger, offentlige + brugerbetaling, ved stigende sværhedsgrader af høretabsbehandling udover ovennævnte 20 % hhv. 40 % vil kræve yderligere specifikke gennemgange af en lang række sammenlignelige udleveringer, før den økonomiske og kvalitative effektivitet mellem de to udleveringsforløb, OHØC og PHØK, kan sammenlignes.

Hvert af de to systemer har deres fordele og ulemper, som ikke yderligere skal kvantificeres i denne rapport, men som bør danne afsæt til en samlet fornyet "kulegravningsrapport", der udover nedenstående forskelligheder præsenteret i skemaet også tager den samlede såvel kvalitative som økonomiske rationalitet i betragtning.

⁶ Vurdering fra Odense OHØC

⁷ Det er oplyst, at 16 – 20 % af kunder hos PHØC ikke har nogen egenbetaling.

⁸ Vurdering fra Odense OHØC.

Denne rapport har af tidsmæssige årsager ikke kunnet foretage egne kvantitative analyser af relevante høreabsramte borgeres forløb igennem de to systemer for mere præcist at kunne opgøre de samlede resourcetræk ved anvendelse af de to systemer.

Der er således i dag, trods Kulegravningsrapporten, ikke en samlet analyse og dermed forståelse af, hvilket system, som er det mest samfundsmæssigt effektive til at behandle de mest almindeligt forekommende høreabstiltfælde. Og dette uanset hvordan dette finansieres, offentligt eller med egenbetaling. Og i et samfund, hvor Offentlig-Privat-Parterskab, OPP er en almindelig samarbejdsform mellem to systemer, så kan der uden tvivl opnås store samlede og især offentlige besparelser, såfremt denne fælles forståelse skabes. Og formentlig er den mest hensigtsmæssige måde at lade PHØK løse en større og ikke en mindre del af opgaven med at "reparere" høreab.

En kort gennemgang af styrker og svagheder i de forskellige leverandører og leverancer, der tilsammen udgør det system, der behandler høreab. Speciallæger, OHØC, KoKoC og PHØK.

17 Offentlige Høre Centre (OHØC) - varierende sammenlagt med høreafdelinger på sygehusene.	
Styrker	Svagheder
<ul style="list-style-type: none"> • Behandling altid gratis uanset hvor kompliceret høreabet er. • Styrker forskning og vidensformidling. • Centrale for behandling af sværere høreab, herunder operationer, knoglebaserede løsninger og børn. • Ved ændringer i høreab har borgeren krav på et nyt gratis forløb – med nye omkostninger. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relativt lange ventetider (ca. 40 uger). • Begrænset udvalg af høreapparater. • Borgeren ejer ikke høreapparatet. • Borgeren har krav på et gratis nyt apparat, såfremt apparatet mistes.
Ca. 200 Private Høre Klinikker (PHØK)	
Styrker	Svagheder
<ul style="list-style-type: none"> • Velfordelt over hele landet. • Hurtig behandlingstid sammenlignet med OHØC • Gratis i 16 – 29 % af udleveringerne med de nuværende tilskud. • Indgår centralt i forskning – og vidensformidling i form af aftestning af nye høreapparater. • Kunden ejer høreapparatet • Adgang til de nyeste apparater og teknik – mod egenbetaling. • Krav om uddannet personale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Borgeren kan kun i særlige tilfælde få udleveret et nyt gratis apparat eller udredning såfremt det mistes eller høreabet ændrer sig. • Der er en gennemsnitlig egen betaling udover tilskuddet på ca. DKK 5.650 på ca. DKK 2.500 pr. behandling for de 84 %, der ikke er gratis. • Kritiseres for ikke at udspecificere fakturaer på høreapparat og høretræning.
Kommunale Kommunikations Centre (KoKoC) eller Regionale centre for flere kommuner, hvor der indgås abonnements aftaler med kommunerne.	
Styrker	Svagheder / udfordringer.
<ul style="list-style-type: none"> • Godt kendskab til borgernes behov for apparater og behandling. • Godt kendskab til visitations- og behandlingseffektivitet fra OHØC, høreelæger samt 	<ul style="list-style-type: none"> • Meget forskellig organiseringsgrad og indsats i de forskellige kommuner. Og meget forskellig servicegrad. • Mangler adgang til at justere en stor del af

PHØC.	høreapparaterne. <ul style="list-style-type: none"> • En kompleks serviceopgave, hvor opgaverne løses meget forskelligt rundt i landet.
Henvisende speciallæger, ca. 176 i praksis og ca. 20 i OHØC.	
Styrker	Svagheder
<ul style="list-style-type: none"> • Anbefalinger omkring behandling af høretab skal følges af resten af systemerne og skal udløse kommunale tilskud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kulegravningsrapporten kritiserer, at speciallægerne kan henvise til private klinikker ejet af dem selv. • Administration af anbefalingerne i kommunerne er overflødig, da ørelægenes anbefalinger skal følges.

Nogle steder har OHØC / Regionerne out-sourset opgaven til private hørelæger. Dette er en mindre del af området, og de i kilderne opgjorte omkostninger ved dette set fra et offentligt udgiftsniveau er på linje med OHØC, men formentlig med en tvivlsom besparelse opnået igennem denne out-sourcing, når alle administrative omkostninger medregnes. Rapporten dækker ikke disse undtagelser.

Analysen

Uddrag fra Kulegravningsrapporten:

”Behandling på private klinikker giver anledning til mindre offentlige tilskud – både ved behandling af et eller to ører. Men det kan ikke konkluderes, at private klinikker nødvendigvis er billigere, idet nogle af udgifterne kan være betalte af borgernes egenbetaling”.

Denne rapport konkluderer i tillæg til ovennævnte,

”at det for de sammenlignelige ydelser og uden tillægsydelser, der kan udføres af de private klinikker, da er PhØK billigere, også når borgernes egenbetaling medtages.”

Nedenstående opstilling er for de tilfælde af behandling, som med ens kvalitet kan løses af de offentlige regionale hørecentre, OHØC som af de private Høreklinikker (PHØK). Der er tale om ca. 40% af behandlingerne, der kan sammenlignes.

For yderligere at gøre det sammenligneligt imellem de to systemer, OHØC og PHØK er behandlingerne yderligere indsnævrede, idet beregningerne er foretaget for:

- Førstegangs udlevering og behandling af mindre komplicerede høretab, de letteste 40%.
- Såfremt man havde sammenlignet mere komplicerede høretabsbehandlinger, så ville de offentlige tilskud via DAGS-refusionerne stige.
- Udelukker løsningen, hvor opgaven af regionerne er udliciteret til praktiserende speciallæger med aftaler, da dette efter de gennemgåede rapporter formentlig ikke løser opgaven hverken bedre eller billigere.

1. NUVÆRENDE BETALINGSANALYSE FØR LOVFORSLAGET OG FØR NYE AMGROS AFTALER: Omkostnings – og betalingsanalyser for førstegangsbehandling af høretab i hhv. offentligt (OHØC) som privat regi (PHØK).		
Alle tal er hvis ikke andet oplyst i DKK	Regionale Audiologiske Klinikker – Offentlige Hørecentre - OHØC	Private Høre Klinikker - PHØK
Behandling på et øre - ca. 20% af alle tilfælde		
Henvisning fra prak. Speciallæge	797 ⁹ - DKK 800	797 – DKK 800
Behandling DAGS satser ¹⁰ (vigtig note)	Audiologisk test 2260, Udlev. af høreapparat 1165 = 3425	Incl. i betaling
Et høreapparat	3984 excl. Moms est. 4000	5607. Offentlig udgift når delvist momstilbageløb 500 fratrækkes = est. 5100
Nyudlevering grundet tab eller forandringer i høretab	800 ¹¹	0, sjældent benyttet ved anvendelse af PHØC
Øreprop	125 – 200 = est. 160	Inklusiv i betaling
Kommunale kommunikationscentres indsats ¹²	2000 – 3000 og op til 5.100 = est. 2.800	Bruges kun i højst ca. 10% af udleveringerne = est. 200 ¹³
Kommunal administration af tilladelser	400	400
Moms af høreapparat og øreprop	(1028), medregnes ikke, da moms modregnes af kommunerne ¹⁴)	
Brugerbetaling / egenbetaling	0	0 (se forudsætninger ovenfor. I gnst. Dog DKK 2.600 pr. kunde)
I ALT justeret for momstilbageløb	12.385	6.500
Heraf estimeret betalt af kommuner	4000+2800+400 = 7.200	5600 + 200+400 = 6200
Heraf estimeret betalt af regioner	800+3425+800 +160= 5.185	300 (800- 500 imomstilbageløb)

⁹ Alle tal i opstillingerne afrundes for i de samlede konklusioner ikke at give en større målepræcision end korrekt er. F.eks. så kunne man til speciallægetaksterne tillægge alle administrations- og forhandlingsomkostninger, der formentlig er betydelige, også pr. undersøgelse.

¹⁰ Kulegravningsrapporten indeholder, at DAGS taksterne formentlig ikke dække de samlede overhead omkostninger for OHØC.

¹¹ Kræver en omhyggelig analyse at fastslå nærmere. Oplyst fra Odense.

¹² Efter interviews mm. fremstår der store forskelle mellem servicegraden og effektiviteten i KoKoC.. De forelagte budgetter samt det antal borgere, der modtager uddannelse i brug af hørehjælpemidler anvendes til at opstille ovennævnte ramme for omkostningerne ved at "implementere" høreapparater. Denne omkostninger ikke tidligere medtaget i Kulegravningsrapporten, andre undersøgelser eller forsøgt omkostningsvurderet. Og da det er en betydelig omkostning ændrer det væsentligt på de fremlagte konsekvensberegninger af loven.

¹³ PHØC udfører ofte denne service, da de har et mere fuld-service koncept. Det vurderes, at der højst er 10% af alle brugere af KoKoC, der har anvendt PHØC, og da disse har ca. 50% af alle apparatudleveringer, så efterlader det hver bruger med ca. 20% brugs-sandsynlighed af KoKoC, hvis de er kunder hos PHØC.

¹⁴ Oplyst i Kulegravningsrapporten og andre steder

Behandling på to ører - ca. 80% af alle tilfælde		
Henvisning fra prak. Speciallæge	800	800
Behandling DAGS satser	Audiologisk test 2260 og udlev. af høreapparat 1165 = 3425	Incl. i betaling
To høreapparater	2x 4000 ¹⁵ = est. 8000 excl. Moms	2x 5607 = e11.200. Offentlig udgift når delvist moms-tilbageløb 1000 fratrækkes = est. 10.200
Nyudlevering grundet tab eller forandringer i høretab	1200 ¹⁶	0, sjældent ved anvendelse af PHØC
Øreprop	250 – 400 est. 320	Inklusiv i betaling
Kommunale kommunikationscentres indsats	2000 – 3000 og op til 5.100 = est. 2.800	Bruges kun i højst ca. 10% af udleveringerne = 200
Kommunal administration af tilladelser af ordningen	400	400
Moms af høreapparat og øreprop	(1028), medregnes ikke, da moms her modregnes af kommunerne ¹⁷)	
Brugerbetaling / egenbetaling	0	0 (se forudsætninger ovenfor og i gennemsnit DKK 2.600)
I ALT justeret for momstilbageløb ¹⁸	16.945	11.600
Heraf estimeret betalt af kommuner	8000+2800+400 = 11.200	2x(5600) + 200+400 = 11800
Heraf estimeret betalt af regioner	800+3425+1200+320= 5.745	-200 = 800 – 1000 i momstilbageløb

¹⁵ Tallet er fra Kulegravningsrapporten og inden AMGROS gennem licitation fik en betydelige besparelse på alle de mere standardiserede udleveringer.

¹⁶ Kræver en omhyggelig analyse at fastslå nærmere. Oplyst fra Odense.

¹⁷ Oplyst i Kulegravningsrapporten og andre steder

¹⁸ De eksakte beregninger om momstilbageløb for tilskud ydet til hhv. kommuner, OHØC og PHØK kræver en nøje og sagsspecifik beregning, men det flytter ikke mange sammenlignings-kroner. Og ikke mindst, så ses Staten og Regioner som en finansieringskilde, uanset at de har meget forskellige budgetansvar. Staten tjener på dette – som vanligt.

2. BETALINGSANALYSE EFTER LOVFORSLAGET OG MED NYE AMGROS AFTALER:		
Omkostnings – og betalingsanalyser for førstegangsbehandling af høretab i hhv. offentligt (OHØC) som privat regi (PHØK).		
<i>De ændrede tal er i kursiv.</i>		
Alle tal er hvis ikke andet oplyst i DKK	Regionale Audiologiske Klinikker – Offentlige Hørecentre - OHØC	Private Høre Klinikker - PHØK
Behandling på et øre - ca. 20 % af alle tilfælde		
Henvielse fra prak. Speciallæge	797 ¹⁹ - DKK 800	797 – DKK 800
Behandling DAGS satser ²⁰ (vigtig note)	Audiologisk test 2260, Udlev. af høreapparat 1165 = DKK 3425	Incl. i betaling
Et høreapparat	1550 excl. moms (opgivet som AMGROS gnst. Indkøbspriser, Okt. 2012)	4000 Offentlig udgift når moms- tilbagebetaling fratrækkes = est. 3.600
Nyudlevering grundet tab eller forandringer i høretab	800 ²¹	0, sjældent ved anvendelse af PHØC
Øreprop	125 – 200 = est. 160	Inklusiv i betaling
Kommunale kommunikationscentres indsats ²²	2000 – 3000 og op til 5.100 = est. 2.800	Bruges kun i højest ca. 10% af udleveringerne = est. 200 ²³
Kommunal administration af KoKoC	100	10
Regional administration ²⁴ af tilladelser	200	200
Moms af høreapparat og øreprop	(1028), medregnes ikke, da moms her modregnes af kommunerne ²⁵)	
Brugerbetaling / egenbetaling	0	1000 – 1600 Est. 1300
I ALT justeret for momstilbagebetaling	9.835	6.110
Heraf estimeret betalt af kommuner	2800+100 = 2.900	200+10 = 210
Heraf estimeret betalt af regioner	800+3425+1550+800 +160+200= 6.935	800+3600 +200 = 4.600 (momstilbagebetaling medregnet)

¹⁹ Alle tal i opstillingerne afrundes for i de samlede konklusioner ikke at give en større målepræcision end korrekt er. F.eks. så kunne man til speciallægetaksterne tillægge alle administrations- og forhandlingsomkostninger, der formentlig er betydelige, også pr. undersøgelse.

²⁰ Kulegravningsrapporten indeholder, at DAGS taksterne formentlig ikke dække de samlede overhead omkostninger for OHØC.

²¹ Kræver en omhyggelig analyse at fastslå nærmere. Oplyst fra Odense.

²² Efter interviews mm. fremstår der store forskelle mellem servicegraden og effektiviteten i KoKoC.. De forelagte budgetter samt det antal borgere, der modtager uddannelse i brug af hørehjælpemidler anvendes til at opstille ovennævnte ramme for omkostningerne ved at "implementere" høreapparater. Denne omkostninger ikke tidligere medtaget i Kulegravningsrapporten, andre undersøgelser eller forsøgt omkostningsvurderet. Og da det er en betydelig omkostning ændrer det væsentligt på de fremlagte konsekvensberegninger af loven.

²³ PHØC udfører ofte denne service, da de har et mere fuld-service koncept. Det vurderes, at der højest er 10% af alle brugere af KoKoC, der har anvendt PHØC, og da disse har ca. 50% af alle apparatudleveringer, så efterlader det hver bruger med ca. 20% brugs-sandsynlighed af KoKoC, hvis de er kunder hos PHØC.

²⁴ Der foreslås velforståelige administrative forenklinger i administration. Med de opgive tal – men ikke afklaret arbejdsdeling kommuner og regioner er disse opdelinger bedste skøn på kendte opstillinger. Men det er jo en omkostningsanalytikers vanlige opgave, idet omkostninger varierer med beslutningsanledningen og tidshorisonterne. Heri adskiller økonomi sig fra revision og regnskab, hvis opgave er eftervisnings- og kontrol fokuseret.

²⁵ Oplyst i Kulegravningsrapporten og andre steder

Behandling på to ører - ca. 80 % af alle tilfælde		
Henvisning fra prak. Speciallæge	800	800
Behandling DAGS satser	Audiologisk test 2260 og udlev. af høreapparat 1165 = 3425	Incl. i betaling
To høreapparater	$2 \times 1550^{26} = \text{est. } 3100$ excl. Moms	6.350 incl. delvis moms. Netto offentlig udgift når moms-tilbageløb fratrækkes = est. 5.550
Nyudlevering grundet tab eller forandringer i høretab	1200 ²⁷	0, sjældent ved anvendelse af PHØC
Øreprop	250 – 400 est. 320	Inklusiv i betaling
Kommunale kommunikationscentres indsats	2000 – 3000 og op til 5.100 = est. 2.800	Bruges kun i højst ca. 10 % af udleveringerne = 200
Kommunal administration af tilladelser af ordningen	100	10
Regional administration af tilladelser af ordningen	200	200
Moms af høreapparat og øreprop	medregnes ikke, da moms her modregnes	
Brugerbetaling / egenbetaling	0	1600 - 2400 (se forudsætninger ovenfor) est. 2000 ²⁸
I ALT justeret for momstilbageløb ²⁹	11.995	8.760
Heraf estimeret betalt af kommuner	$2.800+100= 2.900$	$200+10 = 210$
Heraf estimeret betalt af regioner	$800+3425+3100+1200+320+200=$ 9.045	800+5550+200= 6.550 (hvis momstilbageløb medregnes)

Ovennævnte beregninger er som tidligere nævnt behæftet med estimeringsusikkerheder og er derfor iblandt opgivet som intervaller. Mange af tallene vil i særlige behandlingsforløb være anderledes – og oftest højere.

Et egentligt udredningsarbejde vil kræve opdeling af behandlingsforløb i en lang række kategorier og så for hver kategori at gennemgå resourcetræk, tilskud og omkostninger for et betydeligt antal behandlinger. Med et sådant materiale vil hele området utvivlsomt kunne organisere sig bedre og væsentligt billigere og med et bedre serviceniveau som resultat.

Tiden eller ressourcerne har ikke tilladt dette, men en fordybelse med ovennævnte metode vil kunne give to eller trecifrede millionbesparelser på området.

²⁶ Tallet er fra Kulegravningsrapporten og inden AMGROS gennem licitation fik en betydelige besparelse på alle de mere standardiserede udleveringer.

²⁷ Kræver en omhyggelig analyse at fastslå nærmere. Oplyst fra Odense.

²⁸ PAX – private audiologiske klinikers sammenslutning.

²⁹ De eksakte beregninger om momstilbageløb for tilskud ydet til hhv. kommuner, OHØC og PHØK kræver en nøje og sagsspecifik beregning, men det flytter ikke mange sammenlignings-kroner. Og ikke mindst, så ses Staten og Regioner som en finansieringskilde, uanset at de har meget forskellige budgetansvar. Staten tjener på dette – som vanligt.

For at kunne overskue de betydelige talmængder, så har man sammenvejet tallene for behandlingen af hhv. et øre og to ører efter den almindeligt anerkendte fordeling af disse behandlinger med hhv. 20% og 80%

Desuden at udleverede antal høreapparater og antal behandlinger er i forholdet 1,8:1, dvs. at hvis der i alt er 120.000 udleverede høreapparater, så er der ca. 66.666 fordelt med 51 % til OHØC, 34000, og 32.666 til PHØK.

Udvalgte tal fra situationen for L 59				
	Før L 59 og med de tilskud, der var gældende før den nye lov og før de nye AMGROS indkøbsordninger		Konsekvenserne af L 59 med nye lavere tilskud og en ny arbejdsdeling imellem regioner og kommuner	
	OHØC	PHØc	OHØC	PHØc
Antal behandlinger	34.000	32.666	34.000 + 7.000 = 41.000	32.666 – 7.000 = 25.666
Vægtet pris pr. behandling	20 % x 12.385 + 80 % x 16.945 = 16.033	20 % x 6.500 + 80 % x 11.600 = 10.580	20 % x 9.835 + 80 % x 11.995 = 11.563	20 % x 6.110 + 80 % x 8.760 = 8.230
Kommunale tilskud og omkostninger	20 % x 7.200 + 80 % x 11.200 = 10.400	20 % x 6.200 + 80 % x 11.800 = 10.680	20 % x 2.900 + 80 % x 2.900 = 2.900	20 % x 210 + 80 % x 210 = 210
Regionale tilskud og omkostninger	20 % x 5.185 + 80 % x 5.745 =5.633	20 % x 300 + 80 % x -200 = -100	20 % x 6.935 + 80 % x 9.045 = 8.623	20 % x 4600 + 80 % x 6550 = 6.160
I alt offentlige tilskud pr. beh.	16.033	10.580	11.523	6.370
Tilskud større end ved privat beh.	52 %		81 %	

Bilag

BILAG 1: Uddrag af høringsvarene til den nye lov (ca. 450 sider)

DAGS-taksterne **indeholder ikke** udgifter såsom lønsumsafgift, apparatur og husleje (Sundheds- og Forebyggelsesudvalget, 2012).

Frekvensen og de heraf følgende udgifter af efterjusteringer fremgår ikke af Kulegravningsrapportens udregninger, men hvis det antages at der foretages en efterjustering hvert andet år pr. bruger (hvilket er lavt) bliver beløbet

Speciallæger med rammeaftale og den tilhørende behandlingsbetaling er dyre for det offentlige (AudioNova Hørecenter, 2012). Man bør kigge på denne allokering, da det er en stor udgift.

Nedsættelse af tilskud:

1 øre: 4.000 DKK fra før 5.607 DKK

2 ører: 6.000 DKK fra før 5.607 DKK

Det danske tilskud bliver blandt **de laveste** i Europa (GN Resound, Oticon og Widex, 2012).

Der er et incitament for ikke at behandle høretab på begge ører samtidig. HØPA mener endda, at der kan opstå **irreversibel høreskade på det øre, som ikke behandles** tids nok (HØPA, 2012).

Samtidig vil man opdele tilskuddet i en takst for selve høreapparatet (2000 DKK) og et tilskud til behandling, dvs. høreprøve, tilpasning, service og garanti (2000 DKK) (Konkurrence og Forbrugerstyrelsen, 2012).

Lovforslagets tilskuds-nedsættelse betyder alt i alt en **nedsættelse på 46 %** for behandling af to ører (Ældremobiliseringen, 2012). Denne nedsættelse vil skabe opdeling af A og B hold i samfundet (nogle har råd, andre har ikke) og DH mener at den forslåede øgede brugerbetaling er på kant med handicapkonventionens artikel 25, der forpligter alle medlemsstater til at *"give personer med handicap det samme udbud af sundhedsydelser og –ordninger af samme kvalitet og standard gratis eller til en overkommelig pris, som gives til andre..."* (DH, 2012).

Ifølge Farmakonomforeningen, vil lovforslaget betyde, at **egenbetalingen kommer til at ligge et sted mellem 5 og 10.000 kr. for to høreapparater**. Ifølge Kulegravningsrapporten fremgår det, at over 70 % der vælger privat leverandør har en egenbetaling allerede nu (Sundheds- og Forebyggelsesudvalget, 2012). Man må derfor forvente, at de økonomisk svageste stillede ældre må vælge den private leverandør fra (Ældremobiliseringen, 2012).

Den forventede nedgang i HA-brugere er på 30 % og ved den seneste nedsættelse af tilskud på 10 % (for to ører) i 2011 oplevede det private marked for HA et fald på 15 % og det offentlige et fald 6 % (AudioNova Hørecenter, 2012).

Omkring ventetid:

En sådan reduktion vil medføre et ekstra pres på de offentlige audiologiske afdelinger, hvor der i forvejen er meget lang ventetid. Ventetiden mellem henvisning fra speciallæge til første undersøgelse er i **gennemsnit 30,9 uger** og herefter **8,45³⁰31 uger** før udlevering af høreapparatet hos de regionale audiologiske klinikker. **Hermed er man først optimalt funktionsdygtig igen efter 39,35 uger og det er endda fraregnet den gennemsnitlige ventetid inden individet med hørebesvær kontakter speciallægen.** Samtidig skal svære høretab imidlertid som udgangspunkt henvises til behandling i offentlig regi.

Ventetider hos offentlige sygehuse og offentlige klinikker:

	Fra henvisning fra speciallæge til første undersøgelse	Ambulant behandling derefter til udlevering	I alt
Gennemsnitlig ventetid	30,9 uger	8,45 uger	39,35 uger

Ventetiden mellem henvisning fra speciallæge til første undersøgelse er i gennemsnit 30,9 uger og herefter 8,5 uger før udlevering af høreapparatet hos de regionale audiologiske klinikker. Hermed er man først optimalt funktionsdygtig igen efter 39,4 uger. Og det er fraregnet den gennemsnitlige ventetid inden borgeren med hørebesvær kontakter speciallægen. Samtidig skal svære høretab imidlertid som udgangspunkt henvises til behandling i offentlig regi.

Ældremobiliseringen nævner 33 uger og ikke 30,9 uge som den offentlige ventetid (Ældremobiliseringen, 2012).

Som supplement til de offentlige klinikkers kapacitet har regionerne de senere år henvist visiterede patienter fra de lange ventelister til private klinikker (puljepatienter) (AMGROS, 2012).

Tidlig iværksættelse af lovændringen (1-1-13), kræver en kort implementeringsfase og en potentiel dyr indkørselsfase efter iværksættelsen. Danske regioner forventer at modtage denne merudgift (Dansk HøreCenter, 2012). Generelt er der stor pessimisme omkring iværksættelsens tidspunkt og man forventer kaos for brugerne/patienterne.

Ændring af garanti-perioden:

4 år er den længste garanti globalt og derfor er der ingen statistikker over reparationer. Vurderingen er dog, at sandsynligheden for reparation stiger med **90 %**, og at minimum **50% af samtlige apparater skal til reparation**, som følge af hverdagsbrug. **Dette vil betyde øget gene og en forøget totalomkostning for brugeren** (Leverandørforeningen for Høreapparater, 2012).

Alternativt må borgeren enten undvære høreapparatet et år eller selv bekoste nyt apparat med fuld egenbetaling (Dansk Medicin Audiologisk Selskab, 2012).

30

31 Beregninger er foretaget ud fra tallene i svaret på spørgsmål 47 - <http://www.ft.dk/samling/20121/almdel/suu/spm/47/svar/915662/1172945/index.htm>

Forringelse af kvalitet

Apparatet:

Det fastsatte høreapparatssortiment hos de offentlige hørelinikker, der er trådt i kraft 01-08-12 kan betyde en kvalitetsforringelse hvilket vil øge efterspørgslen hos private klinikker og dermed øge egenbetalingen hos brugerne. Såfremt brugerne ikke vil øge egenbetalingen, risikerer man at bevare samme kvalitet som i 2002, hvilket vil betyde at industrien **ikke længere har incitament til forskning og udvikling på området i Danmark** (Dansk Medicin Audiologisk Selskab, 2012).

Vedrørende AMGROS begrænsede modeller kan det vise sig at være en meget dyrere løsning for både brugere og kommuner, eftersom kendte modeller og mærker fjernes, hvor det kan få afgørende betydning for de ofte meget dyre hjælpemidler, som netop er tilknyttet de svære hørenedsættelser (Høreforeningen Aarhus Lokal afdeling, 2012).

Herudover har den forringede kvalitet allerede nu betydet stigende udgifter på servicering, reklamationer og udskiftning af høreapparater. Dvs. den økonomiske besparelse man har opnået i AMGROS ikke dækker de arbejdstimer, der bliver investeret i at servicere gammel teknik. Hertil kommer, at blev den nyeste teknologi anvendt, ville tale-høreopædagogiske hjælpemidler ikke være nødvendige i samme omfang (HØPA, 2012).

Behandling:

Tidligere var undersøgelsestiden for to ører det dobbelte af ét øre, men nu vil man gå ud fra at der slet ikke er nogen øget tidsanvendelse ved at undersøge øre nummer to. Ældremobiliseringen anbefaler, at man lader uvildige specialister se på, hvad der er sagligt rimeligt og forsvarligt (Ældremobiliseringen, 2012).

Dansk HøreCenter meddeler om de mange forskellige indstillinger til individuelle brugere som kræver mere tid til flere ører (Dansk HøreCenter, 2012).

HØPA mener at speciallæger i praksis kan bidrage med et betydeligt kvalitetsløft, da de med 176 speciallæger i praksis, hvoraf at ca. halvdelen er beskæftiget med høreapparatudlevering, mere bredt repræsenteret i landet end blot de 20 speciallæger på de indeværende 16 audiologiske hospitalsklinikker på landsplan, og er derfor lettere tilgængelige (HØPA, 2012).

Regeringen har i lovforslaget lagt op til at en behandling må koste 2000 kr. Det kan ikke lade sig gøre. En anstændig behandling over 4 år indeholder mindst (Din Hørespecialist Aps, 2012):

1. 1,5 time til første konsultation.
2. 1 time til udlevering, første justering, inkl. Audiologisk udredning.
3. 1 time til efterjustering.
4. Gennemsnitligt 4 timer løbende justering fordelt over typisk 5-7 gange over 4 år. Selv med det bedste høreapparat bør dette ikke undværes.

Til sammenligning forstår og accepterer regeringen at behandlingen i offentlige regi koster 4128 kr. Beløbet inkluderer dog kun 2,5 besøg til udredning, udlevering og første justering. Løbende justering og hjælp foregår på kommunikationscentrene, og takseres særskilt. Bemærk at beløbet ikke inkluderer omkostninger til bygninger, vedligehold, IT systemer og en lang række andre udgifter (Din Hørespecialist Aps, 2012).

Manglende transparens:

I Danmark er der speciallæger i øre-, næse og halssygdomme der driver privathøreapparatsalg og dette forhold kan medføre en uheldig interessesammenblanding i forbindelse med forløbet efter diagnosticering hvor patienten skal vælge behandlingsmulighed (GN Resound, Oticon og Widex, 2012).

Det er ikke et krav for disse læger at registrere patienter der vælger HA-behandling på lægens private klinik eller klinik, hvor lægen har en økonomisk interesse (Sundheds- og Forebyggelsesudvalget, 2012). Problematisk at opgøre allokeringen.

Samfundsmæssige tab – UHØRT

Skævheden mellem det offentlige og private:

Lukning af private klinikker – mange arbejdsløse (AudioNova Hørecenter, 2012).

Private udbydere vil få **beskåret deres indtjening med 40%** (Oticon, GN, Resound og Widex, 2012).

- Beløbet er uforklarligt ud fra kulegravningsrapportens oplysninger om en gennemsnitlig offentlig behandlingsudgift på 4.128 kr. Hvorledes tænker man, at en privat klinik skal kunne gøre det billigere, specielt når de private klinikker ofte dækker behov i relation til placering i nærområdet, hjemmebesøg, plejehjemsbesøg etc. Kulegravningsrapporten anfører, at hver anden bruger har behov for individuelle ørepropper, som værdiansættes til 250 kr. + moms per styk. Dertil kommer aftrykstagning, der typisk kræver ½ times arbejde i klinikken, materialer til aftrykstagning samt undersøgelse af øret. Det er således

samlet en udgift for en privat klinik på minimum 800 kr. + moms. LFH finder ikke, at Lovforslaget tager højde for de praktiske forhold på området.

- En simpel høreapparatbehandling kræver 3-4 besøg svarende til i hvert fald 3-4 timers arbejde i en klinik offentlig som privat. Dette er i realiteten umuligt at gøre forsvarligt for 2.000 kr., når den private forhandler skal dække sine omkostninger til kvalitetssikring, efteruddannelse, godkendelser fra DELTA, kalibrering af måleudstyr, afskrivninger på måleudstyr IT, husleje og arbejds løn etc.

a. Tilskuddet blev reduceret i 2011 med 10 %, og en reduktion i tilskuddet fra Sygeforsikring "danmark" ramte oveni dette. Såfremt der har været tale om overbetaling, burde det stadig give sig udslag i flotte regnskaber i branchen. De tre største kæder inden for privat høreapparatsalg i Danmark – Audionova, Dansk Hørecenter og Hørecentrene – dækker ca. halvdelen af det private marked (30.000 høreapparater). En summering af deres resultat viser et underskud på 25,7 mio. kr. Omregnet per solgt høreapparat med det nuværende tilskud er det 857 kr. i tab. (DANSK HØRECENTER ApS (cvr-nr 10145015) 01.01.2011 - 31.12.2011, AUDIONOVA ApS (cvr-nr. 16753181) 01.01.2011 - 31.12.2011, AURI HØRECENTER ApS (cvr-nr. 28117477) 01.01.2011 - 31.12.2011, HØRECENTRENE A/S (cvr-nr. 31347564) 01.07.2011 - 31.03.2012, HØRECENTRENE DANMARK ApS (cvr-nr. 20249692) 01.07.2011 - 31.03.2012). Medlemmerne af LFH er som leverandører bekymrede over denne udvikling og finder ikke, at det nuværende tilskud skulle indeholde en favorisering af det private marked, måske nærmere tværtom.