

Hoeveel kosten hoorapparaten in België?

Gauthier Vandeleene - Studiedienst

Samenvatting

De sector hoorapparaten is de laatste jaren snel gegroeid. Dit blijkt uit het aantal mensen dat vergoedingen ontvangt voor de kosten die door de verplichte verzekering worden gedekt. Niettemin blijft een aanzienlijk deel van de kosten van hoorapparaten voor rekening van de persoon. Dit zijn de supplementen: gemiddeld bedragen zij 2.000 euro voor stereofonische apparaten. Hoe kunnen we het bedrag verklaren dat de patiënt nog moet betalen? Hoe wordt de prijs van hoorapparaten bepaald? Deze studie heeft tot doel deze vragen te beantwoorden door de gegevens te analyseren over de consumptie van gezondheidszorg waarover CM beschikt. Uit onze analyse blijkt dat de prijs van hoortoestellen de kosten van de apparatuur (waaronder uiteraard het hoortoestel zelf) dekt, alsmede de vergoeding van diverse diensten die door de hoortoestelspecialist worden verleend. Op basis van de door de verstrekte factuurgegevens kan echter geen onderscheid worden gemaakt tussen deze verschillende componenten. Daarom kan het verplichte verzekeringsstelsel niet op een gedifferentieerde manier voor hen betalen. Uit onze analyse van de supplementen voor hoortoestellen blijkt ook dat er aanzienlijke verschillen zijn naargelang van de provincie waar het lid woont (soms wel het dubbele) en naargelang de persoon al dan niet het statuut van begunstigde van de verhoogde tegemoetkoming (VT) heeft. Aangenomen kan worden dat de economische situatie van individuen deze verschillen gedeeltelijk verklaart. Zo wordt in Vlaanderen duurdere en complexere apparatuur aangeschaft dan in Wallonië of Brussel, hoewel de leeftijds piramides van de gebruikers zeer vergelijkbaar zijn. Er zij op gewezen dat de detailhandelsprijs van hoortoestellen in België over het algemeen vaak hoger ligt dan in andere landen, zoals Denemarken, waar de bezettingsgraad van hoortoestellen de hoogste in Europa is. Verschillende nationale en internationale organisaties hebben reeds gewezen op anomalieën in de werking van de markt voor hoortoestellen. Onze aandacht gaat vooral uit naar het gebrek aan transparantie van de aangerekende supplementen, waardoor het onmogelijk is de door de audicien verleende diensten te scheiden van de kosten van de apparatuur. Het transparant maken van de kosten van hoortoestellen is naar onze mening echter een noodzakelijke voorwaarde voor elke discussie over het verhogen van de vergoeding door de verplichte verzekering of door de aanvullende verzekering.

Sleutelwoorden: Hoorapparaten, prijs, supplementen, audicien, technologie, terugbetaling

1. Inleiding

Gehoorverlies is een van de meest voorkomende chronische aandoeningen en wordt sterk geassocieerd met veroudering. «Uit internationale studies blijkt dat meer dan de helft van alle mensen tussen 61 en 70 jaar, en meer dan 80% van de mensen ouder dan 70 jaar, aan gehoorverlies lijdt, zij het in verschillende mate. Uiteraard hangt de precieze prevalentie af van de gehanteerde criteria en definities, die variëren van licht gehoorverlies tot ernstige en invaliderende gebreken. Het lijdt echter geen twijfel dat gehoorverlies een aanzienlijke maatschappelijke impact heeft, omdat het de levenskwaliteit van de burgers, vooral de ouderen, aantast» (Beguin & al., 2008).

Hoorapparaten zijn dan ook voor een groeiend deel van onze bevolking een onmisbaar hulpmiddel. Helaas kan de prijs van deze toestellen voor de persoon die ze nodig heeft, een aanzienlijk deel uitmaken van het maandinkomen. Belgen krijgen over het algemeen minder dan de helft terugbetaald van de prijs die zij voor dit soort toestellen hebben betaald, terwijl het terugbetalingstarief in 2008 al met 22% was verhoogd.

Dat de prijs van een medische dienst / medisch toestel hoog is en niet goed wordt terugbetaald, is op zich geen schandaal (hoewel het in vele opzichten betreurenswaardig is). Ook de tandheelkundige sector lijdt onder een dergelijke situatie. Deze asymmetrie is het gevolg van de (soms recente) geschiedenis van de sector en de sociale partners hebben tijd nodig om de uitgaven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (VV) weer in evenwicht te brengen.

In 2008 voerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een studie uit over deze problematiek, waarbij werd vastgesteld dat Belgen voor meer dan 85% van de hoorapparaten meer betalen dan hun Europese burens. Helaas is de prijs van hoorapparaten moeilijk te vergelijken omdat overal bijkomende diensten (verzekering, dienst na verkoop, enz.) inbegrepen zijn. (Beguin & al., 2008).

Deze studie heeft de autoriteiten blijkbaar overtuigd om (een beetje) verder te gaan. In 2014 heeft de minister voor Consumentenbescherming Johan Vande Lanotte besloten om een onderzoek in te stellen naar de prijs van hoorapparaten in België. Daarbij werd het Prijzenobservatorium geraadpleegd en ze hebben een studie uitgevoerd die in december 2014 is gepubliceerd (Prijzenobservatorium, 2014).

In deze studie wordt geconcludeerd dat er niets problematisch is aan de Belgische prijzen voor hoorapparaten, aangezien de winstgevendheid/solvabiliteitspercentages «normaal» zijn en, door de relatieve ondoorzichtigheid van de prijzen, prijsvergelijkingen tussen Europese landen onmogelijk zijn.

Wij hebben besloten dit onderwerp opnieuw te bekijken en op basis van de gegevens van de CM een balans op te maken van de prijzen van de hoorapparaten. Wij zijn vooral geïnteresseerd in het bedrag dat nog ten laste blijft van de patiënt, in het bijzonder de supplementen. Dit is inderdaad een mooie gelegenheid om eraan te herinneren dat supplementen niet alleen bestaan voor verzorging in het ziekenhuis, maar ook voor ambulante zorg, en dat, zoals wij hierna zullen zien, het totaal van deze supplementen heel hoog kan oplopen.

In dit artikel bepalen we eerst wat de prijs van de hoorapparaten precies dekt en leggen we een verband met de informatie die bij de ziekenfondsen beschikbaar is. Vervolgens analyseren we wat onze leden en de verplichte verzekering voor hoorapparaten betalen, afhankelijk van enkele variabelen, zoals de provincie waar het lid woont, de leeftijd of het VT-statuuut. Ook gaan we na hoeveel onze leden betalen, in het licht van de nationale en internationale aanbevelingen over de markt voor hoorapparaten. Tot slot gaan we wat dieper in op de kwestie van een eventuele verhoging van de vergoeding door de VP of door een aanvullende/facultatieve verzekering.

2. Terugbetaalbaar bedrag en prijs

De prijzenreglementering voorziet in een prijscontrole voor alle nieuwe hoorapparaten die vanaf 1 juli 2014 in België op de markt worden gebracht (en voor de hoorapparaten die al eerder op de markt waren). Op basis van het advies van de Prijzencommissie en op voorstel van de Prijzendienst beslist de Minister van Economie over de maximumprijs voor alle soorten hoorapparaten (meer dan 2.000 in België). Deze commissie is samengesteld uit deskundigen die bij decreet van de federale regering zijn gekozen. De volgende elementen worden door de Commissie en de minister in aanmerking genomen om deze maximale groothandelsprijs te bepalen: de doeltreffendheid van het product, de veiligheid en het gebruiksgemak van het product, de impact van het product op de levenskwaliteit van de patiënten (alsook op de mortaliteit en morbiditeit), het belang

van het product voor de klinische praktijk, de budgettaire impact, de verhouding tussen de kostprijs en de therapeutische waarde (Prijzenobservatorium, 2014). Noteer dat alleen de groothandelsprijzen van de verdelers aan de prijzenreglementering onderworpen zijn en dat het dus voor die prijzen is dat maximumbedragen worden vastgesteld. De door de verdelers aangerekende prijzen worden verhoogd met de bedragen die de audiciens aanrekenen voor hun diensten, en die prijzen zijn niet aan de prijzencontrole onderworpen. De prijzen die de audiciens aan de consumenten-patiënten aanrekenen voor hun hoorapparaten, vallen dus niet onder de prijzenreglementering.¹

Wat de prijs voor de consument betreft, is het woord «prijs» in het gewone taalgebruik heel duidelijk, maar in de gezondheidszorg gaat het om een vager begrip dat soms ondoordacht wordt gebruikt. In ons gezondheidszorgstelsel zal wat een patiënt betaalt voor gezondheidszorg in het algemeen uit verschillende delen bestaan, in het kader van de VP:

A. **Het officiële tarief**, zoals overeengekomen door de sociale partners, dat wordt aangerekend door de geconventioneerde zorgverleners, bestaat op zijn beurt uit twee delen:

A1. het remgeld: gedeelte van het officiële tarief dat door de patiënt moet worden betaald;

A2. het terugbetaalbare bedrag: het gedeelte van het officiële tarief dat door de VV aan de patiënt wordt terugbetaald via zijn ziekenfonds.

B. **De supplementen**, d.w.z. extra bedragen die aan de patiënt worden aangerekend bovenop het bedrag dat door de sociale zorgverleners is overeengekomen. In theorie kunnen deze supplementen alleen worden aangerekend door niet-geconventioneerde zorgverleners, maar er zijn vele uitzonderingen, in het bijzonder voor de sector van de audiciens (of o.a. ook van de tandartsen).

Deze drie onderdelen (remgeld, terug te betalen bedrag en supplementen) staan (normaal gezien) op de afrekening voor de patiënt en worden dus opgenomen in de databanken van de ziekenfondsen. Niettemin bestrijken de 'supplementen' zoals die in onze gegevens voorkomen, in ons gezondheidszorgstelsel een groot aantal zaken (wat de analyse ervan niet gemakkelijk maakt):

A. **'Zuivere' ereloon-supplementen**, d.w.z. bijvoorbeeld een bedrag dat bij een consultatie door (niet-geconventioneerde) zorgverleners bovenop het officiële tarief wordt aangerekend en dat niets meer omvat dan een beloning die deze zorgverleners passend achten voor hun diensten en die uitsluitend verband houdt met hun intellectuele prestatie.

B. **Materiaalsupplementen**, d.w.z. supplementen die het verschil weergeven tussen het officiële tarief voor het materiaal en de prijs die dit materiaal op de markt heeft. Dit is het geval wanneer de VV een officieel tarief vaststelt dat lager is dan de prijs van het materiaal (en eventueel het plaatsen ervan).

C. **Niet-terugbetaalbare prestaties**, die buiten het toepassingsgebied van de VV vallen, maar wellicht verband houden met een of andere dienst van de VV die op die bepaalde dag aan de patiënt is verleend, en die hetzij de wetgever, hetzij de zorgverlener zelf op het zoggattest van de patiënt wenst te vermelden.

In de sector van de hoorapparaten is de aankoopprijs van een hoorapparaat in België een globale prijs die het toestel zelf en een reeks aanvullende diensten omvat. De volgende elementen zijn minimaal in de aankoopprijs inbegrepen²: het toestel zelf; de eerste aanpassingen en de aanpassingen tijdens de vernieuwingsperiode; het oorstukje en het vormen van het hoorslangetje; een proefperiode van ten minste twee weken; de follow-up van de patiënt en het onderhoud van de efficiëntie van de prothese gedurende een periode van vijf jaar; een garantie van twee jaar tegen eventuele fabricagefouten.

Naast de aankoopprijs zijn de belangrijkste kosten waarmee mensen met hoorapparaten te maken kunnen krijgen de verzekering in verband met het toestel (verlengde garantie, verzekering tegen diefstal of verlies van het toestel) en de accessoires (afstandsbediening, communicatie-interface, enz.). De batterijen, die regelmatig moeten worden vervangen, vormen ook een extra kostenpost voor de gebruiker. De prijs van een batterij en de gebruiksduur zijn afhankelijk van het formaat, het merk en het distributiekanaal. Deze supplementen maken dus deel uit (wanneer ze worden aangegeven) van de factuur van de patiënt en worden daarom in onze gegevens opgenomen. Het is belangrijk op te merken dat de aankoop van een hoorapparaat ook een reeks diensten van de audicien omvat. De

1 <https://economie.fgov.be/nl/themas/verkoop/prijsbeleid/gereguleerde-prijzen/hoorapparaten>

2 Dit zijn de basiscomponenten, bepaald door de RIZIV-nomenclatuur. Afhankelijk van de verkoper kunnen ook andere diensten in de prijs zijn inbegrepen. Zie: artikel 31 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

audicien beoordeelt het gehoorverlies van de patiënt, past het hoorapparaat aan de behoeften van de patiënt aan, en zorgt voor follow-up en voorlichting. Als we dus de drie klassieke categorieën (remgeld, terugbetaalbaar bedrag, supplementen) nemen en vergelijken met de componenten van de aankoop van een hoorapparaat, hebben we:

- een klassiek remgeld en terugbetaalbaar bedrag (voor diensten en materiaal, zonder onderscheid);
- supplementen die alle mogelijke supplementen dekken (voor honoraria, materialen en niet-terugbetaalbare diensten).

Het feit dat het remgeld, de terug te betalen bedragen en de supplementen niet kunnen worden opgesplitst naar gelang van hun oorsprong (raadpleging, diensten en materiaal) vormt een probleem waarop wij nog zullen terugkomen. Het volgende hoofdstuk omvat de analyse van deze componenten van de prijs van een toestel.

3. De kosten van een hoorapparaat voor CM-leden

3.1. Opmerkingen met betrekking tot de methodologie

Zoals de lezer in de volgende hoofdstukken zal lezen, vormen de supplementen de variabele waar het in dit artikel om gaat. Helaas gaat het belang van deze variabele gepaard met problemen bij het verzamelen en registreren van gegevens. De supplementen zijn immers een zogenaamde 'residuele' variabele, d.w.z. dat zij worden samengesteld dankzij alle andere variabelen die aanwezig zijn op het zorgattest of de factuur die het lid aan zijn ziekenfonds voorlegt. In het geval van de supplementen is het dankzij het remgeld, het terugbetaalbare bedrag door de VV en het totale bedrag betaald door de patiënt (die normaal gezien allemaal op het zorgattest staan vermeld) mogelijk om de variabele 'supplement' af te leiden, door het remgeld en de terugbetaalde bedragen van het totaalbedrag af te trekken. In theorie kunnen we dus geen onderscheid maken tussen een situatie waarbij geen supplement verschuldigd was en een situatie waarbij het bedrag niet werd geregistreerd. Dit komt minder

vaak voor in de sector van de hoorapparaten, maar er zijn gevallen waarin de patiënt geen supplement hoeft te betalen, gezien de keuze van het toestel. Dit is vaak het geval bij apparaten die bijvoorbeeld aan kinderen worden geleverd.

Niettemin hebben sommige ziekenfondsen ervoor gekozen om de supplementen voor ambulante zorg (bijna) volledig te registreren, om verschillende redenen. Een daarvan is dat, wanneer de aanvullende verzekering tekortkomingen van de verplichte verzekering gaat compenseren, zij tegemoetkomt in de door het lid betaalde supplementen. Het is dus noodzakelijk zo nauwkeurig mogelijk te weten wat het lid heeft betaald. Voor deze ziekenfondsen zal er slechts een klein gedeelte van de gegevens zijn (soms 1 of 2%) waarover wij geen informatie hebben. Dat zal slechts minimale invloed hebben op de door ons gekozen indicatoren, namelijk het gemiddelde en de mediaan van de betaalde supplementen. We kunnen hier zeker zijn van de geldigheid van de gegevens, zelfs als we die gegevens verwijderen waarvoor we geen supplementen zien³. Dit is het geval voor de attesten voor stereo- en monofonische toestellen afgegeven aan leden ouder dan 65 jaar uit alle provincies van Vlaanderen (waar tussen 88% en 99% van de attesten supplementen bevat), de provincies Luxemburg en Namen, en Brussel (waar tussen 60% en 85% van de attesten supplementen vermeldt).

Anderzijds roept de registratie van supplementen in sommige gewesten vragen op. Dit is het geval voor de attesten die zijn afgegeven aan leden uit de provincies Waals-Brabant, Luik en Henegouwen, waar het merendeel van de attesten geen enkel supplement vermeldt (zelfs niet voor een paar cent, zoals wel gebeurt in provincies waar de registratie vollediger is). Wij kunnen er dus onmogelijk voor 100% zeker van zijn of deze gegevens overeenstemmen met de werkelijkheid. Als het ontbreken van informatie over supplementen voor de meeste van deze attesten te wijten zou zijn aan een gebrek aan registratie van supplementen in plaats van de afwezigheid van supplementen, zou de realiteit van onze resultaten er heel anders kunnen uitzien. En gezien de frequentie waarmee in de andere Waalse provincies supplementen worden aangerekend, is het heel waarschijnlijk dat dit het gevolg is van een gebrek aan registratie. Indien we echter de waarschijnlijke hypothese hanteren dat het gebrek aan registratie willekeurig is, dan nog blijft het interessant de resultaten voor deze provincies te presenteren, met de hierboven vermelde omzichtigheid.

³ Wij zouden ook kunnen aannemen dat er in deze gevallen geen supplementen zijn, en de ontbrekende informatie door een nul vervangen, zonder onze resultaten significant te wijzigen, maar dit zou een wijziging betekenen van de oorspronkelijke toestand van onze gegevens.

3.2. De ontwikkeling van de totale uitgaven over een periode van 10 jaar (2010-2019)

Volgens de cijfers van de CM voor alle nomenclatuurcodes van de sector van de audiciens, is deze sector de laatste jaren aanzienlijk gegroeid zowel op het vlak van het aantal leden als van het remgeld, de terugbetaalde bedragen of de betaalde supplementen voor de diensten van een audicien en de aankoop van een hoorapparaat (zie Tabel 1).

Zoals blijkt uit Tabel 1, is de sector op het vlak van terugbetaalde bedragen in 10 jaar tijd, tussen 2010 en 2019, bijna verdubbeld: van 20 miljoen tot 36 miljoen euro. Het remgeld volgt dezelfde trend. Het aantal mensen dat in de loop van het jaar ten minste eenmaal een hoorapparaat vergoed

heeft gekregen, is met 50% gestegen, van 20.000 tot meer dan 30.000 leden die een hoorapparaat hebben gekocht. Het is dus een sector die een (relatief) sterke groei kent: op één jaar na groeit de sector met meer dan 4,5% per jaar. Dat is logisch: de Belgische bevolking vergrijsst en steeds meer mensen hebben een hoorapparaat nodig. Wat de supplementen betreft, deze zijn meer dan verdubbeld, van 25 naar meer dan 50 miljoen euro. Bovendien neemt ook het gemiddelde aan geregistreerde supplementen per lid toe (bijna 1.500 euro in 2015, bijna 1.700 euro in 2019). In het licht van bovenstaande methodologische opmerkingen is het niettemin waarschijnlijk dat we een beter zicht hebben op de supplementen die aan onze leden worden aangerekend (wat de waargenomen groei verklaart, vooral sinds 2015) maar ook dat we het totaal van de supplementen nog steeds onderschatten.

Tabel 1: Ontwikkeling van de totale uitgaven voor hoorapparaten 2010-2019 (Gegevens CM, 2010-2019)

| Jaar | Terugbetaalde bedragen | Remgeld | Supplementen | Aantal unieke leden die een terugbetaling hebben ontvangen |
|---------------------------|------------------------|-------------|--------------|--|
| 2010 | € 20.658.620 | € 1.323.672 | € 25.299.411 | 20.774 |
| 2011 | € 22.004.032 | € 1.410.372 | € 26.623.718 | 21.803 |
| 2012 | € 23.984.565 | € 1.541.191 | € 27.713.768 | 23.260 |
| 2013 | € 25.661.436 | € 1.652.337 | € 30.248.451 | 24.041 |
| 2014 | € 27.791.986 | € 1.799.755 | € 33.076.738 | 25.558 |
| 2015 | € 29.575.839 | € 1.941.714 | € 39.904.947 | 26.800 |
| 2016 | € 31.024.374 | € 2.025.491 | € 44.600.770 | 27.889 |
| 2017 | € 31.883.665 | € 2.078.863 | € 46.364.258 | 28.656 |
| 2018 | € 34.548.941 | € 2.255.901 | € 52.464.611 | 30.826 |
| 2019 | € 36.166.981 | € 2.354.211 | € 53.632.540 | 31.378 |
| Groei tussen 2010 en 2019 | 75% | 78% | 112% | 51% |

3.3. Uitsplitsing van de prijs van een hoorapparaat

Tabel 2 hieronder toont de uitsplitsing van de prijs van een hoorapparaat (d.w.z. VV en kost per lid) voor de 10 meest terugbetaalde types hoorapparaten bij CM-leden, alsook de componenten van de prijs zoals ze uit onze gegevens blijken.

Zoals we in Tabel 2 kunnen zien, zijn de bedragen van het remgeld verwaarloosbaar in vergelijking met het terug te betalen bedrag en de supplementen (90 euro tegenover 1.350 euro en 2.560 euro voor de nomenclatuurcode 705574 bijvoorbeeld). Wij zullen niet verder ingaan op de analyse van deze component van de prijs ten laste van de patiënt.

Over het algemeen bedragen de supplementen, wanneer zij in rekening worden gebracht, in 75% van de gevallen

in België, en 90% in Vlaanderen, tussen 150% en 200% van het terugbetaalde bedrag. Dit betekent dat patiënten voor een hoorapparaat over het algemeen tussen een derde en de helft van wat zij aan de audicien hebben betaald, via de VV terugkrijgen, en alleen het saldo voor hun rekening blijft. Voor de meest gebruikte nomenclatuurcodes die hierboven zijn vermeld, komt dit neer op 1.000 tot 2.500 euro aan supplementen per patiënt.

Deze bedragen moeten de beleidsmakers in ieder geval aan het denken zetten over de financiële last die op de patiënten rust. Indien hoorapparaten van essentieel belang

worden geacht voor mensen met gehoorproblemen, moet het uiteindelijke bedrag dat zij betalen haalbaar zijn, omdat anders een deel van de potentiële patiënten riskeren te worden uitgesloten. Deze betaalbaarheid is duidelijk niet gegarandeerd. We mogen daarbij ook niet vergeten dat de VV om de 5 jaar een hoorapparaat kan terugbetalen. Dat is de periode waarna over het algemeen wordt aanbevolen het hoorapparaat te vervangen. Voor iemand die betrekkelijk vroeg in het leven een hoorapparaat zou beginnen te dragen (bv. op 65 jaar), zullen de hierboven vermelde factuurbedragen in theorie meer dan eens kunnen worden gevorderd.

Tabel 2: Mediaan van de prijscomponenten van hoorapparaten, waarbij supplementen in rekening worden gebracht, voor de 10 meest gebruikte nomenclatuurcodes bij onze leden (Gegevens CM, 2019)

| Nomenclatuurcode | Gebruikers | Mediaan supplementen | Mediaan terugbetaling | Mediaan remgeld | Mediaan totale kost ⁴ | Rubriek |
|------------------|------------|----------------------|-----------------------|-----------------|----------------------------------|--------------------------|
| 705574 | 15.038 | € 2.561 | € 1.348 | € 91 | € 4.000 | Stereo, 65 jaar en ouder |
| 705552 | 2.650 | € 2.675 | € 1.424 | € 91 | € 4.190 | Stereo, 18-64 jaar |
| 705530 | 2.282 | € 1.303 | € 681 | € 45 | € 2.030 | Mono, 65 jaar en ouder |
| 679173 | 1.610 | € 2.573 | € 1.348 | € 91 | € 4.013 | Stereo, 18 jaar en ouder |
| 705515 | 860 | € 1.410 | € 720 | € 45 | € 2.175 | Mono, 18-64 jaar |
| 706591 | 690 | € 2.985 | € 1.424 | € 91 | € 4.500 | Stereo, 18-64 jaar |
| 679136 | 280 | € 1.298 | € 681 | € 45 | € 2.025 | Mono, 18 jaar en ouder |
| 706613 | 261 | € 2.616 | € 1.348 | € 91 | € 4.070 | Stereo, 65+ jaar |
| 706554 | 116 | € 1.525 | € 720 | € 45 | € 2.290 | Mono, 18-64 jaar |
| 679674 | 73 | € 2.911 | € 1.348 | € 91 | € 4.350 | Stereo, 18 jaar en ouder |

4 De mediaan van de totale kost is niet noodzakelijk gelijk aan de som van de medianen van de verschillende prijscomponenten.

3.4. De supplementen volgens diverse analysevariabelen

3.4.1. De provincie waarin de patiënt woont

Gezien het relatief geringe bedrag van het remgeld, concentreren wij ons in dit deel op de supplementen die voor rekening van de patiënt blijven en niet door de verplichte verzekering worden vergoed. In Tabel 3 zien we hoe de aangerekende supplementen tussen de provincies waar de patiënten wonen, onderling verschillen. Wij beperken de analyse hier tot de facturen die een supplement vermeld-

den, met het nodige voorbehoud voor de provincies waar al te weinig attesten met supplementen zijn⁵.

Wij stellen vast dat de supplementen betaald door de leden van de CM zeer uiteenlopend zijn naar gelang van de provincie waarin zij wonen (zonder onderscheid te maken tussen de nomenclatuurcodes). Als we kijken naar Luik en Vlaams-Brabant, zullen de medianen bijna 2 keer zo groot zijn. In werkelijkheid lijkt er een verschil te bestaan tussen de gewesten: onze leden betalen in Vlaanderen meer dan in Wallonië en Brussel.

Tabel 3: Aantal gebruikers die een supplement hebben betaald en mediaan van het aantal aangerekende supplementen voor hoorapparaten in 2019, per provincie (Gegevens CM)

| Provincie | Gebruikers | Mediaan van supplementen |
|----------------------|------------|--------------------------|
| Antwerpen | 5.851 | € 2.588 |
| Vlaams-Brabant | 3.098 | € 2.611 |
| <i>Waals-Brabant</i> | 333 | € 1.661 |
| Brussel | 732 | € 1.538 |
| West-Vlaanderen | 4.086 | € 2.336 |
| Oost-Vlaanderen | 4.239 | € 2.461 |
| <i>Henegouwen</i> | 538 | € 1.391 |
| Limburg | 3.032 | € 2.261 |
| <i>Luik</i> | 1.008 | € 1.461 |
| Luxemburg | 590 | € 1.841 |
| Namen | 786 | € 1.867 |

Als we de twee belangrijkste nomenclatuurcodes nemen, naar gelang van het aantal vergoede personen in de leeftijdscategorie 65+, zijn de verschillen al even opvallend, zie Tabel 4.

Als we de rangschikking nemen volgens de medianen van de supplementen betaald voor twee nomenclatuurcodes voor hoorapparaten voor de leeftijdsgroep 65+, zijn de gevonden verschillen ook groot (hoewel niet twee keer groter voor de meest terugbetaalde code, 705574, voor een stereofonisch apparaat voor de leeftijdsgroep 65+). Toch is er een verschil van meer dan 1.000 euro tussen de mediaan in

Vlaams-Brabant en die in Luik. Voor de nomenclatuurcode 705530 komen we bijna aan het dubbele tussen de mediaan van Brussel en die van Vlaams-Brabant.

Het is belangrijk op te merken dat deze verschillen tussen de provincies in medianen van supplementen niet worden aangetroffen binnen de provincies, tussen de arrondissementen van eenzelfde provincie. Als we bovendien de provincies nemen waar het aandeel van de facturen met supplementen het grootst is, bedragen de verschillen in medianen van supplementen, afhankelijk van het arrondissement waar het lid woont, minder dan 200 euro (behalve

⁵ Cursief gedrukt in deze en de volgende tabellen.

voor de provincie Namen, waarvoor toch weinig facturen in onze gegevens zijn opgenomen). Er is dus een zekere homogeniteit van de prijzen binnen de provincies, in tegenstelling tot de heterogeniteit van de prijzen tussen de provincies onderling.

Uiteraard zijn er verschillende praktijken, wat verklaard zou kunnen worden door verschillen in verkochte producten, maar ook door verschillen in patiënten (die wellicht verschillende behoeften hebben). Toch lijkt het in dit stadium moeilijk voorstelbaar dat alle patiënten in Vlaanderen een ernstiger gehoorverlies hebben dan in Brussel en Wallonië, gezien de omvang van de steekproef.

Tabel 4: Vergelijking van het aantal gebruikers en de medianen van de aangevraagde supplementen voor hoorapparaten voor 65-plussers: monofonisch (nomenclatuurcode 705530 (A)) en stereofonisch (nomenclatuurcode 705574 (B)), per provincie (Gegevens CM, 2019)

| Provincie | Monofonisch apparaat (A) | | Stereofonisch apparaat (B) | |
|-----------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
| | Gebruikers | Mediaan supplementen | Gebruikers | Mediaan supplementen |
| Antwerpen | 548 | € 1.412 | 3.645 | € 2.743 |
| Vlaams-Brabant | 329 | € 1.412 | 1.883 | € 2.800 |
| Waals-Brabant | 21 | € 1.023 | 218 | € 1.815 |
| Brussel | 75 | € 771 | 435 | € 1.821 |
| West-Vlaanderen | 405 | € 1.303 | 2.570 | € 2.559 |
| Oost-Vlaanderen | 418 | € 1.401 | 2.600 | € 2.666 |
| Henegouwen | 54 | € 645 | 326 | € 1.601 |
| Limburg | 247 | € 1.273 | 1.852 | € 2.461 |
| Luik | 83 | € 899 | 621 | € 1.670 |
| Luxemburg | 43 | € 1.204 | 367 | € 2.261 |
| Namen | 59 | € 961 | 521 | € 2.041 |

Talrijke studies hebben getracht de precieze redenen voor deze prijsverschillen tussen landen of regio's in het algemeen aan te geven (Lipsey & Swedenborg, 1999, 2010; Heston & Lipsey, 1999; Hill, 1999). Hieronder volgt een niet-volledige lijst:

- Het belastingtarief: afhankelijk van de beleidsbeslissingen van een land kan het belasting heffen (of subsidiëren) en zo de prijzen en het verbruik van deze goederen in meer of mindere mate beïnvloeden.
- Inkomen per hoofd van de bevolking: hoe rijker het land, hoe hoger de prijzen (aangezien de totale vraag naar alle consumptiegoederen relatief hoog is in vergelijking met andere landen).
- Hoe meer consumptiegoederen er te koop zijn, hoe lager de prijzen zullen zijn (gezien de concurrentie tussen de producten).
- De cultuur van de consumenten en hun vermogen om prijzen te vergelijken (waardoor concurrentie ontstaat tussen leveranciers van goederen en diensten). Dit effect is zeer sterk voor goederen zoals energie of banken, waar de mogelijkheid van gebruikers om van leverancier te veranderen een aanzienlijke invloed heeft op de prijzen.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat voor het overige zeer vergelijkbare landen heel uiteenlopende prijsniveaus hebben. In nauw verband met ons onderwerp, verschillen ook de prijsniveaus voor geneesmiddelen bijzonder sterk tussen landen onderling (WHO, 2018). Uitgaande van deze enkele criteria zouden buurlanden veel hogere of veel lagere prijzen voor hoorapparaten kunnen hebben, afhankelijk van het feit of de hierboven beschreven factoren in het voordeel of in het nadeel van de consument werken. In het geval van hoorapparaten wordt de situatie echter

complexer dan een 'eenvoudig' consumptiegoed, gezien de tussenkomst van de Staat. In het geval van België is het, net als in andere sectoren, denkbaar dat de kosten van levensonderhoud (evenals het inkomen of de beschikbare producten) van provincie tot provincie verschillen en dat de gezondheidszorg dus 'duurder' of 'minder duur' is van het ene gewest tot het andere⁶, hoewel dit betreurenswaardig is in een land dat de prijzen in de gezondheidszorg wil reguleren. In theorie ligt het dus voor de hand dat de prijs van een hoorapparaat direct of indirect samenhangt met het vermogen van een patiënt om het te betalen. Dit betekent dat er in Vlaams-Brabant bijvoorbeeld meer mensen bereid zijn veel te betalen dan in Limburg (zie Tabel 5).

Als we kijken naar de inkomensniveaus per provincie, zien we een verband tussen de gemiddelde inkomens en de mediaan van de supplementen die worden betaald (zie Tabel 5). Leden die in de provincie Luik wonen, betalen minder dan in de andere provincies waar veel attesten met supplementen zijn (met uitzondering van Brussel, dat zeker een speciaal geval is, omdat het zeer heterogeen is qua inkomen). In Vlaanderen stelt men hetzelfde vast, behalve voor de provincie Antwerpen, die echter ook een minder homogene stedelijke groepering vormt wat het inkomen betreft.

Tabel 5: Gemiddeld jaarlijks netto belastbaar inkomen voor het jaar 2019 en medianen van aangerekende supplementen voor RIZIV-code 705574, per provincie (Gegevens CM, 2019 en gegevens Statbel, 2021)

| Provincie | Gemiddeld jaarlijks netto belastbaar inkomen | Mediaan supplementen |
|------------------------|--|----------------------|
| Vlaams-Brabant | € 22.245 | € 2.800 |
| <i>Waals-Brabant</i> | € 21.845 | € 1.815 |
| Oost-Vlaanderen | € 20.832 | € 2.666 |
| West-Vlaanderen | € 20.054 | € 2.559 |
| Antwerpen | € 20.053 | € 2.743 |
| Limburg | € 19.190 | € 2.461 |
| Luxemburg | € 18.662 | € 2.261 |
| Namen | € 18.561 | € 2.041 |
| <i>Luik</i> | € 17.720 | € 1.670 |
| <i>Henegouwen</i> | € 16.586 | € 1.601 |
| Brussel | € 14.973 | € 1.821 |

Het is mogelijk (hoewel weinig waarschijnlijk) dat de verschillen tussen provincies en gewesten kunnen worden verklaard door verschillen in factureringspraktijken. Zoals we hebben gezien, omvat de prijs van een hoorapparaat in België zowel het hoorapparaat zelf als de standaarddiensten. Daarnaast kunnen ook verzekeringen of andere aanvullende producten/diensten worden verkocht.

Indien het in Wallonië gebruikelijk is aanvullende diensten/producten te verkopen en deze niet op de factuur voor

indiening bij het ziekenfonds te vermelden, terwijl dit in Vlaanderen wel het geval is, dan zijn de prijzen die wij uit onze gegevens afleiden, vertekend. Heel waarschijnlijk kan dat de prijsverschillen tussen Luik en Vlaams-Brabant (meer dan 1.000 euro) echter niet verklaren en in de veronderstelling dat er geen extra producten bij komen, zijn de prijzen natuurlijk niet vertekend.

Niettemin lijkt het ons belangrijk op te merken dat ondanks de grote prijsverschillen tussen de provincies, wij geen

⁶ Zie Barometer van de ziekenhuisrekening van het Inter mutualistisch Agentschap.

(of zeer weinig) prijsverschillen vaststellen per verkocht model. Samengevat: als we voortgaan op de factuur van het lid (en dus van de provincie waarin het lid woont) is het verschil in prijs voor Model A heel klein. Dit zou eerder suggereren dat de verschillen in prijsmedianen tussen de provincies te wijten zijn aan het feit dat er verschillende toestellen worden verkocht en dat er geen verschillen zijn in de facturering van aanvullende producten en in de transparantie van de factuur voor de patiënt.

3.4.2. Het technologisch niveau van het toestel

In zijn studie stelt het KCE (Beguin & al., 2008) dat in Vlaanderen vooral duurdere hoorapparaten worden verkocht, in tegenstelling tot in Wallonië. Bovendien hebben audiciens deze resultaten bevestigd, op basis van hun verkoop (van andere merken) en aangegeven dat in Brussel de laag- en middelhooggeprijsde hoorapparaten de meest verkochte modellen waren. Kortom, in Vlaanderen was 60% van de hoorapparaten 'hoog' geprijsd, volgens de definitie van het KCE, terwijl in Wallonië 20% van de hoorapparaten 'hoog' geprijsd was.

De gegevens van de CM kunnen een update (en aanvulling) van deze cijfers vormen, zij het met enig voorbehoud. Technologiebedrijven geven de mate van complexiteit van een apparaat immers aan via een numerieke variabele die wordt aangegeven aan de FOD Economie. Op een schaal van 1 tot 5 geeft het bedrijf voor elk toestel aan hoe com-

plex het is in zijn eigen gamma. Dit geeft een idee van het niveau van gehoorproblemen waarop het bedrijf zich met dit of dat toestel wil richten (1 is een toestel van 'lage' complexiteit, bedoeld om 'lichte' problemen te verhelpen, tot 5 voor toestellen van 'hoge' complexiteit, bedoeld voor ernstige problemen).

Aangezien elk bedrijf zelf het niveau van complexiteit opgeeft, kunnen we niet met 100% zekerheid zeggen of elk apparaat werkelijk tot klasse 1 of 5 behoort: in het uiterste geval zou een toestel van het merk X van niveau 5 dezelfde complexiteit kunnen hebben als een toestel van het merk Y van niveau 1 (maar dit lijkt onwaarschijnlijk). Dit geeft echter wel een algemeen idee van de toestellen waarop de patiënten een beroep doen (of naar welke toestellen de audiciens hun patiënten verwijzen). De resultaten voor 2017 gebaseerd op de gegevens van de CM tonen vergelijkbare resultaten als de resultaten gepresenteerd in de studie van het KCE (Beguin & al., 2008) (we hebben geen toegang kunnen krijgen tot de technologieniveaus van de toestellen verkocht en terugbetaald in 2019).

In de eerste plaats is het belangrijk op te merken (ook al is het logisch) dat een meer geavanceerd technologisch niveau tot een hogere prijs leidt (cf. oplopende schaal). Hoge technologie of hoge prijs is dus hetzelfde. Zoals blijkt uit Tabel 6, zijn de supplementen betrekkelijk laag (= terugbetaling is bijna volledig) voor toestellen van niveau 1, maar nemen zij toe naarmate het toestel complexer wordt.

Tabel 6: Vergelijking van medianen en gemiddelden van betaalde supplementen voor hoorapparaten in functie van hun technologisch niveau (Gegevens CM, 2017)

| Technologisch niveau | Mediaan supplementen | Gemiddelde supplementen |
|----------------------|----------------------|-------------------------|
| 1 | € 14 | € 264 |
| 2 | € 382 | € 479 |
| 3 | € 1.601 | € 1.359 |
| 4 | € 2.421 | € 2.118 |
| 5 | € 2.998 | € 2.541 |

Zoals blijkt uit Tabel 7, kiezen (of krijgen) patiënten in Vlaanderen toestellen van een hoger technologisch niveau: meer dan de helft van de in Vlaanderen verkochte toestellen behoort tot categorie 4 of 5. In Wallonië en Brus-

sel ligt dat cijfer rond de 30%. Dit kan dus een verklaring zijn voor het feit dat de medianen in de Vlaamse provincies hoger liggen.

Tabel 7: Aantal en verdeling van gebruikers van hoorapparaten, volgens hun technologisch niveau en per gewest (Gegevens CM, 2017)

| Technologisch niveau | Brussel | | Vlaanderen | | Wallonië | |
|----------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| | Gebruikers | Verdeling | Gebruikers | Verdeling | Gebruikers | Verdeling |
| 1 | 62 | 8% | 254 | 1% | 229 | 4% |
| 2 | 147 | 19% | 1.954 | 9% | 1.677 | 27% |
| 3 | 221 | 29% | 4.488 | 20% | 1.640 | 26% |
| 4 | 128 | 17% | 6.069 | 27% | 1.047 | 17% |
| 5 | 94 | 12% | 5.165 | 23% | 683 | 11% |
| Geen informatie | 113 | 15% | 4.185 | 19% | 1.004 | 16% |
| Totaal | 765 | 100% | 22.115 | 100% | 6.280 | 100% |

Deze verschillen zijn ook duidelijk naar gelang van de provincies waarin de leden wonen. In Henegouwen behoort slechts 22% van de verkochte toestellen tot categorie 4 en 5, terwijl dit percentage in Vlaams-Brabant 54% bedraagt. Waarom kopen onze leden in Vlaanderen zulke dure toestellen? Is het uit vrije wil? Is dat alleen omdat ze het zich kunnen veroorloven of krijgen zij alleen informatie over de zogenaamde 'complexe' apparaten?

Indien het profiel van de gebruikers (meer of minder slecht-horend, minder of meer bejaard, enz.) in verschillende gewesten verschillend is, zou het normaal zijn verschillende supplementen te zien (aangezien de toestellen duurder of minder duur zijn naar gelang van hun niveau van complexiteit).

Tabel 8: Aantal en verdeling van gebruikers naar leeftijdsgroep op het moment van de aankoop van het hoorapparaat, per gewest (Gegevens CM, 2019)

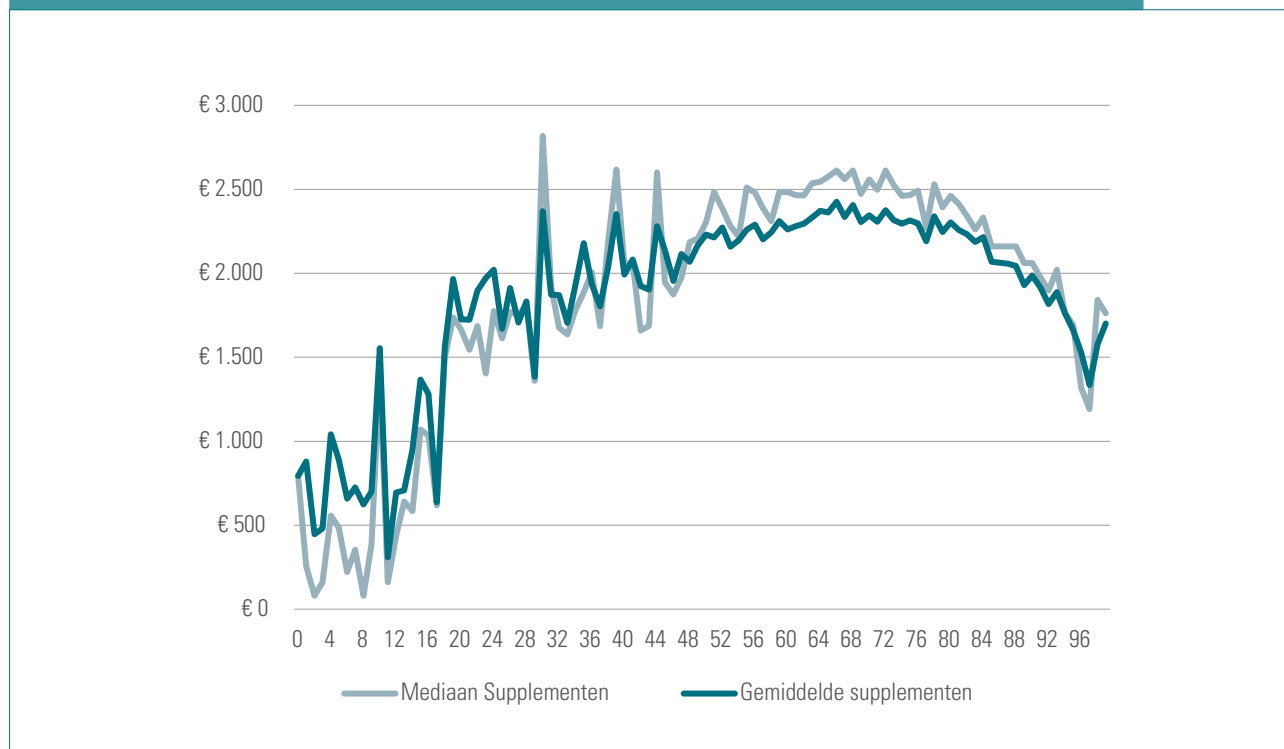
| Leeftijd | Brussel | | Vlaanderen | | Wallonië | |
|----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| | Gebruikers | Verdeling | Gebruikers | Verdeling | Gebruikers | Verdeling |
| ≤ 30 | 34 | 4% | 525 | 2% | 124 | 2% |
| 31-60 | 102 | 12% | 3.028 | 13% | 693 | 11% |
| 61-70 | 134 | 15% | 4.744 | 20% | 1.309 | 20% |
| 71-80 | 209 | 24% | 7.154 | 30% | 1.956 | 30% |
| >80 | 406 | 46% | 8.546 | 36% | 2.365 | 37% |

3.4.3. De leeftijd van het lid

Volgens onze gegevens was 16% van de leden die door de VV vergoed werden voor de aankoop van een hoorapparaat, jonger dan 60 jaar. Bovendien was bijna 40% tussen 61 en 80 jaar oud. Dit betekent dat het probleem van gehoorverlies niet beperkt blijft tot hoogbejaarden, met een

leeftijd die dicht bij de levensverwachting ligt (meer dan 80 jaar). Uit Tabel 8 blijkt dat het leeftijdsprofiel van de gebruikers in België vrijwel gelijk is, behalve in Brussel, waar het aandeel 80-plussers hoger is dan in Vlaanderen en Wallonië. Dit is ook het geval voor de provincies die op 1 of 2% na identieke leeftijds piramiden hebben.

Figuur 1: Supplementen naar leeftijd van de patiënt (Gegevens CM, 2019)



Daarentegen variëren de supplementen sterk naar gelang van de leeftijd van de patiënt (zie Figuur 1). Er is een positief verband tussen de leeftijd van de patiënt en de prijs tot ongeveer 80-85 jaar, waarna het verband negatief wordt. Het is duidelijk dat de overgrote meerderheid van de patiënten (>90%) tussen 50 en 90 jaar oud is, zodat de uitersten van de leeftijds piramide veel kleiner in aantal zijn, met als gevolg een grotere variabiliteit in de supplementen op deze leeftijden.

3.4.4. Het VT-statuu t van het lid

Volgens onze gegevens kopen VT-leden goedkopere hoorapparaten dan niet-VT-leden. De verschillen kunnen groot zijn: de mediaan is twee keer zo groot in het Brussels Gewest, terwijl het verschil in de andere gewesten 500 euro bedraagt (misschien een teken van de grote heterogeniteit van de inkomens in Brussel) (zie Tabel 9).

Tabel 9: VT/niet-VT-gebruikers die supplementen hebben betaald en supplementen, per gewest, voor nomenclatuurcode 705574 (Gegevens CM, 2019)

| Gewest | Niet-VT-gebruikers | | VT-gebruikers | |
|------------|--------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| | Gebruikers | Mediaan supplementen | Gebruikers | Mediaan supplementen |
| Brussel | 318 | € 2.121 | 117 | € 961 |
| Vlaanderen | 9.159 | € 2.782 | 3.391 | € 2.271 |
| Wallonië | 1.561 | € 1.951 | 492 | € 1.421 |

Zoals het geval is voor alle verkochte hoorapparaten houdt het feit dat leden met een VT-statuuut goedkopere toestellen kopen, logischerwijs verband met het feit dat deze toestellen van een lager technologisch niveau zijn (zie Tabel 10). Het is ook belangrijk op te merken dat VT's blijkbaar langer wachten alvorens een hoorapparaat aan te schaf-

fen (zie Tabel 11). Als we kijken naar de twee provincies aan weerszijden van de taalgrens waar we de meeste leden (code = 705574) waarnemen, namelijk Antwerpen en Henegouwen, zien we dat de VT-populatie ouder is dan de niet-VT-populatie. Dit geldt ook voor de andere provincies.

Tabel 10: Aantal en verdeling van VT/niet-VT-gebruikers in functie van het technologisch niveau (Gegevens CM, 2017)

| Technologisch niveau | Niet-VT-gebruikers | | VT-gebruikers | |
|----------------------|--------------------|-----------|---------------|-----------|
| | Gebruikers | Verdeling | Gebruikers | Verdeling |
| Geen informatie | 1.318 | 7,1% | 439 | 6,3% |
| 1 | 253 | 1,4% | 292 | 4,2% |
| 2 | 2.106 | 11,3% | 1.673 | 24,1% |
| 3 | 4.368 | 23,4% | 1.981 | 28,5% |
| 4 | 5.572 | 29,9% | 1.674 | 24,1% |
| 5 | 5.052 | 27,1% | 890 | 12,8% |

Tabel 11: Verdeling van VT/niet-VT-gebruikers per leeftijdscategorie voor Henegouwen en Antwerpen (nomenclatuurcode = 705574, Gegevens CM, 2019)

| Provincie | Leeftijdscategorie | Niet-VT | VT |
|------------|--------------------|---------|-------|
| Antwerpen | 61-70 | 16,6% | 7,9% |
| | 71-80 | 43,3% | 27,3% |
| | >80 | 40,1% | 64,8% |
| | Totaal | 2.788 | 900 |
| Henegouwen | 61-70 | 15,1% | 14,8% |
| | 71-80 | 43,1% | 30,9% |
| | >80 | 41,8% | 54,3% |
| | Totaal | 828 | 324 |

4. Prijzen en gebruik van hoorapparaten

Hoe beoordeel je of de prijs van een apparaat te hoog is? Het lijkt ons duidelijk dat 2.000 euro die door het lid zelf betaald moet worden een aanzienlijke inspanning is (ondanks het feit dat dit apparaat zeker zijn nut bewijst), maar waar trek je precies de grens?

De literatuur over het gebruik (of het bezit) van hoorapparaten door slechthorenden is vrij goed uitgebreid. Over het algemeen wordt aangenomen dat tussen 14% en 40% van de mensen die een hoorapparaat nodig hebben (of zouden hebben?) er ook daadwerkelijk een bezit, afhankelijk van variabelen zoals onder meer de leeftijd, de definitie van het gehoorverlies en natuurlijk de prijs (Löhler & al., 2019; Lupsakko & al., 2012; Popelka & al., 1998). Toch doen sommige landen het veel beter dan andere. In Denemarken bijvoorbeeld, waar de prijzen veel lager liggen dan in België (zoals we hierna zullen zien), ligt het percentage gebruikers van hoorapparaten op **53%**, het hoogste van de landen die door de European Hearing Instrument Manufacturers Association in de Eurotrak-enquêtes⁷ zijn onderzocht. (EHIMA, 2016) In België ligt dit percentage op **30%** volgens hetzelfde onderzoek gepubliceerd in 2017. (EHIMA, 2017)

Bovendien blijkt uit verschillende studies dat hoorapparaten door hun eigenaars niet continu (of soms helemaal niet) worden gebruikt. Volgens de studies gebruikte tussen 25% en 30% van de eigenaars hun hoorapparaten niet regelmatig (minstens 4 uur per dag). Factoren die van invloed zijn op dit niet-gebruik zijn over het algemeen de leeftijd, de mate van gehoorverlies, naast vele andere (Aazh & al., 2015; McCormack & al., 2013; Popelka & al., 1998).

Bovendien lijkt het ons des te meer noodzakelijk de momenteel vastgestelde lage aanschafcijfers (en het lage gebruiksniveau) tegen te gaan, aangezien de economische kost van niet-verholpen gehoorverlies hoger blijkt te zijn dan de kost van het gebruik van apparaten, d.w.z. van de terugbetaling van de hoorapparaten. Uit een studie die uitgevoerd werd voor Frankrijk blijkt namelijk dat, indien Frankrijk het percentage gebruikers van hoorapparaten (34%) zou verhogen tot 50% (dicht bij dat van Denemarken), dit een extra bedrag van 2,1 miljard euro aan immateriële

kosten, d.w.z. de waarde van het verlies van levenskwaliteit in verband met gehoorverlies, zou kunnen vermijden. Momenteel zou het niveau van het gebruik van hoorapparaten in Frankrijk de Franse ziektekostenverzekering ongeveer 6,6 miljard euro aan immateriële kosten besparen (de Kervasdoué & Hartmann, 2016).

Gezien de impact van de prijzen op het percentage slechthorenden dat zich een hoorapparaat aanschafft, zijn veel organisaties zich gaan interesseren voor de hoogte van de prijzen van hoorapparaten (aangezien dit een effect heeft op het aankoopinitiatief), vooral vanuit een internationaal perspectief. Het is een feit dat de hoge prijzen van hoorapparaten reeds sinds lange tijd vragen oproepen (Blustein & al., 2016). In 2008 heeft het KCE de meest uitgebreide studie uitgevoerd over de prijzen van hoorapparaten in België, per model, in vergelijking met de prijzen die in Europa worden gehanteerd (Beguïn & al., 2008). Hoewel de resultaten genuanceerd moeten worden omdat de prijzen meer of minder diensten kunnen omvatten, was de conclusie niettemin dat van de **46 geanalyseerde producten er 37 duurder waren in België** (zie Tabel 12). Als we dat vergelijken met Denemarken (waar de in de prijs inbegrepen diensten min of meer dezelfde zijn als in België) valt op dat van de 10 producten die konden worden vergeleken, er 9 duurder waren in België, van 61% tot 125% duurder. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er tussen de twee landen grote verschillen bestaan in het bezit van hoorapparaten (30% in België, 53% in Denemarken).

Waarom bestaan er zulke verschillen en waarom betalen de Belgen zoveel meer? Antwoorden zijn niet gemakkelijk te vinden. Wij hebben reeds enkele (theoretische) antwoorden gegeven wat de verschillen tussen landen betreft (zie punt 2.3.1), maar wat het prijsniveau zelf betreft, ligt het probleem heel anders.

«Waarom blijven de kosten van de gezondheidszorg stijgen in een tempo dat veel hoger ligt dan dat van andere sectoren? Het antwoord is, dat er niet één antwoord is. En helaas is er niet één vaststaande oplossing om dit probleem op te lossen. Een belangrijke factor is echter het gebrek aan gepubliceerde prijzen en vergelijkende informatie voor patiënten. In tegenstelling tot de duidelijk aangegeven prijzen voor consumptiegoederen en -diensten, zijn de tarieven voor gezondheidszorgdiensten grotendeels

7 <https://www.ehima.com/surveys/>

Tabel 12: Vergelijking tussen de prijzen van hoorapparaten in België⁸ en in Denemarken⁹ (bron: Beguin & al., 2008, pp.80-81)

| Model hoorapparaat | België | Denemarken | Verskil tussen Belgische en Deense prijs (%) |
|---------------------------------|---------|------------|--|
| Siemens Cielo richtingsgevoelig | € 1.414 | € 660 | 114% |
| Siemens Acuris Life | € 1.706 | € 991 | 72% |
| Widex Senso Vita SV9 vc | € 1.414 | € 876 | 61% |
| Widex Bravissimo BV9 vc | € 1.024 | € 564 | 82% |
| Oticon Tego | € 1.243 | € 612 | 103% |
| Phonak Maxx 211 D | € 1.267 | € 564 | 125% |
| Phonak Savia art 211 | € 2.193 | € 1.220 | 80% |
| Gn ReSound Canta 270 | € 487 | € 564 | -14% |
| Gn ReSound Discover V | € 951 | € 564 | 69% |
| Gn Resound +5 | € 1.438 | € 691 | 108% |

onbekend, waardoor het voor patiënten moeilijk is om de enorme prijsverschillen tussen aanbieders en locaties te zien.» (Hill, 2015).

Terwijl de ondoorzichtigheid van de prijzen en de moeilijkheid om vergelijkingen te maken vaak worden aangehaald als een factor voor hoge prijzen van gezondheidszorg of diensten in het algemeen, zijn de belangrijkste verklaringen die in studies over de sector van de hoorapparaten naar voren worden geschoven, eerder (Cour des Comptes française, 2013; Beguin & al, 2008; Alcimed, 2009; Bundeskartellamt, 2007): de concentratie van de wereldmarkt, de relatief ondoorzichtige prijsstelling, de inelasticiteit¹⁰ van de vraag ten opzichte van de prijs, het gebrek aan informatie voor de patiënt, die onder andere afhankelijk is van de mening en het advies van de audiciens.

In België voegen zich hier nog twee andere problemen aan toe:

- Audiciens zijn geconfronteerd met een financiële prikkel om dure hoorapparaten te verkopen, omdat zij een percentage van de prijs van het hoorapparaat ontvangen;

- Consumenten kunnen niet zelf beoordelen welk toestel het best aan hun behoeften voldoet, hoewel er een vragenlijst is ingevoerd zodat mensen kunnen beoordelen hoe tevreden ze zijn met het resultaat van de aanpassing van het hoorapparaat en de mate waarin zij een verbetering van hun gehoor vaststellen.

Tot slot zijn de prijzen voor hoorapparaten volgens het KCE opmerkelijk variabel voor een product dat zo gestandaardiseerd is en afkomstig is van één producent, wat laat veronderstellen dat de waargenomen prijsniveaus meer beïnvloed worden door factoren die verband houden met beleidskeuzes (bv. marktopzet) dan door normale vrije-marktmechanismen. Dit zou de bevinding verklaren dat de detailhandelsprijzen in landen waar hoorapparaten via openbare aanbestedingen worden aangekocht, vaak lager zijn dan in België. **De prijzen in het Verenigd Koninkrijk en Denemarken lijken over het algemeen lager te liggen, wat in verband zou kunnen worden gebracht met het neerwaartse effect dat openbare aanbestedingsprocedures op de prijzen kunnen hebben** (Beguin & al., 2008).

8 Dit omvat de prijs van het hoorapparaat, het oorstukje, de aanpassing en de garantie van 5 jaar.

9 Dit omvat de prijs van het hoorapparaat, het oorstukje, de aanpassing, de garantie van 4 jaar, het onderhoud gedurende 5 jaar.

10 Inelasticiteit betekent dat de vraag niet gevoelig (of heel ongevoelig) is voor het prijsniveau.

5. Wat kan er worden gedaan om deze markt te verbeteren?

5.1. Aanbevelingen van het KCE

In zijn studie (Beguin & al., 2008) heeft het KCE een aantal aanbevelingen gedaan met betrekking tot de markt voor hoorapparaten, zonder te verwijzen naar de terugbetaling zelf (die de kosten voor hoorapparaten voor patiënten natuurlijk «gemakkelijk» zou kunnen doen dalen). Wij vermelden hieronder aanbevelingen die nog niet zijn uitgevoerd.

Ten eerste moet volgens het KCE de technologische classificatie van hoorapparaten worden herzien met het oog op een grotere transparantie en om een duidelijker verband mogelijk te maken tussen de prijs en de complexiteit van het toestel. Gezien de administratieve kosten van een dergelijke classificatie is het natuurlijk een illusie te denken dat dit op nationaal niveau kan worden gedaan.

Ten tweede moeten patiënten de kans krijgen om verschillende hoorapparaten uit te proberen, ook de goedkoopste waarvoor geen enkel supplement wordt aangerekend. Het doel is hen in staat te stellen de beste keuze te maken voor hun specifieke financiële situatie.

Ten derde zou het loskoppelen van de vergoeding voor de plaatsing en aanpassing door de gehoorprothesist van de prijs van het hoorapparaat zelf de doorzichtigheid vergroten, vergeleken met de huidige situatie waarin gehoorprothesisten een fractie ontvangen van de prijs van het door hen verkochte hoorapparaat. Dit systeem zet aan om dure hoorapparaten te verkopen. Dit is een belangrijke kwestie waar ziekenfondsen al jaren mee bezig zijn. De moeilijkheid is echt te weten wat er naar de toestellen respectievelijk de dienstverlening zou moeten gaan, aangezien alleen de audiciens dit weet (en er geen belang bij heeft deze informatie te verspreiden).

5.2. Twee aanbevelingen van de Franse mededingingsautoriteit

Het is duidelijk dat België niet het enige land is waar debatten over de prijs van hoorapparaten worden gevoerd.

Hetzelfde debat heeft in Frankrijk plaatsgevonden en de Franse mededingingsautoriteit heeft zich over deze zaak gebogen. Het is waar dat dit soort markt evenzeer (zo niet eerder) een probleem van concurrentie en prijsregulering is dan van gezondheid. En logischerwijs liggen de aanbevelingen in dezelfde lijn als die van het KCE.

«De markt voor hoorprothesen, waar de prijzen vrij zijn, vertoont kenmerken die bijdragen tot de beperking van de keuzemogelijkheden van de patiënt: de onlosmakelijke koppeling van de verkoop van het toestel en de follow-updiensten, het grotendeels kunstmatige karakter, van de uitsplitsing die vandaag gebeurt, van de kosten in de offertes die aan de patiënten worden aangeboden, het gebrek aan individualisering van de tijd die aan de follow-updiensten wordt besteed» (Autorité de la concurrence de France, 2016, p. 2).

De Autoriteit stelt in de eerste plaats voor de verkoop van het toestel los te koppelen van de levering van de follow-updiensten, wat dicht aanleunt tegen de derde aanbeveling van het KCE die we hierboven hebben toegelicht. Dit sterkt de ziekenfondsen in hun standpunt dat deze maatregel noodzakelijk is.

Ten tweede stelt de Autoriteit een aanbeveling voor die volgens ons in deze sector nog niet eerder is gedaan. «In haar analyse van de beroepen in de gezondheidszorg aanvaardt de Autoriteit dat de numerus clausus de inflatie in de uitgaven voor de gezondheidszorg en in de terugbetaling van deze uitgaven door de socialezekerheidsorganen kan voorkomen. In dit geval blijft het bestaan van een numerus clausus van gekwalificeerde gehoorprothesisten echter betwistbaar, met name gezien de omvang van de resterende kosten voor de patiënten. Het bestaan van deze beperking op de toegang tot het beroep van gehoorprothesist leidt ertoe dat sommige van de meest dynamische spelers op de markt moeilijkheden ondervinden bij de aanwerving, wat hun ontwikkeling kan belemmeren» (Autorité de la concurrence de France, 2016, p.3). Kortom, de Autoriteit stelt voor het aantal audiciens uit te breiden om prijsconcurrentie tot stand te brengen.¹¹

Onze gegevens in België lijken deze maatregel in twijfel te trekken. De Belgische markt lijkt inderdaad zeer gesegmenteerd te zijn. Wij kunnen het aantal actieve audiciens in de provincies en gewesten vergelijken. Helaas hebben

11 In België bestaat er geen numerus clausus voor audiciens, maar het beroep kan alleen worden uitgeoefend nadat een erkenning en visum is uitgereikt door de overheid (FOD Volksgezondheid en Gemeenschappen).

wij geen toegang tot arbeidsplaats van de audiciens en wij gaan ervan uit, wat in dit stadium niet kan worden geverifieerd, dat zij allen in de provincie werken van hun woonplaats.

Uit onze analyse van de gegevens blijkt dat als we kijken naar de medianen van de supplementen (voor de meest gebruikte nomenclatuurcode in België) en het aantal inwoners, en dus potentiële patiënten (alle leeftijden) per audicien, we zien dat er geen echt verband is met de prijs. Toch lijken er in Vlaanderen veel meer audiciens te zijn dan in de andere twee gewesten, afhankelijk van de bevolking. Maar er zijn verschillen tussen provincies van dezelfde taalgemeenschap die niet verklaard lijken te kunnen wor-

den door het aantal audiciens. Limburg telt veel minder audiciens dan de andere Vlaamse provincies, maar ook veel minder dan de Waalse provincies, hoewel de prijzen er veel hoger liggen dan in Namen of Brussel.

Als we specifiek kijken naar het aantal inwoners boven de 65 jaar per audicien (aangezien dit de mensen zijn die het vaakst hoorapparaten nodig zullen hebben), zien we ook hier dat er in Vlaanderen meer audiciens zijn, zoals blijkt uit Tabel 13. En in tegenstelling tot wat de Franse mededingingsautoriteit veronderstelt, liggen de prijzen daar veel hoger. Voor België althans is dit misschien niet de plaats om te zoeken naar verbeteringen in de werking van deze markt.

Tabel 13: Potentiële patiënten van 65+ per audicien (per gewest) (gegevens CM, 2019)

| Gewest | Populatie van 65+ per gewest | Aantal audiciens (volgens woonplaats) | Aantal inwoners per audicien |
|------------|------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| Wallonië | 687.354 | 457 | 1.504 |
| Brussel | 159.593 | 160 | 997 |
| Vlaanderen | 1.357.531 | 1.717 | 791 |

5.3. Is meer terugbetalen 'de' oplossing om de financiële last van hoorapparaten te verlichten?

Sommige Belgen betalen zeer hoge prijzen om weer fatsoenlijk te kunnen horen. Ook al zijn deze toestellen zeer nuttig, met prijzen als deze vormt hun betaalbaarheid zeker een probleem. Het is duidelijk dat, om de toestellen toegankelijker te maken, de supplementen kunnen worden verlaagd door het bedrag van de terugbetaling te verhogen. Zoals de Franse mededingingsautoriteit in een advies over de hoorapparatenmarkt nogmaals bevestigt, zijn (Franse) audiciens geen voorstander van het loskoppelen van de prestaties (hoorapparaten en follow-up) vanwege "de gezondheidsrisico's die verbonden zouden zijn aan het niet-naleven of het ontbreken van regelmatige controles van het hoorapparaat van de patiënt. Het grootste gezondheidsrisico is echter al aanwezig: het gaat om het niet-verhelpen van het gehoorprobleem van een miljoen patiënten, van wie een groot deel om financiële redenen afziet van het aanschaffen van een hoorapparaat» (Franse mededingingsautoriteit, 2016, p.3). In afwachting van een universele oplossing is de verleiding voor de mutualiteiten of commerciële verzekeringsmaatschappijen, dan ook groot om

hun leden te helpen door uitkeringen voor hoorapparaten te verstrekken om te helpen bij de aanschaf van dergelijke toestellen. Maar dit alles is niet zonder risico...

Het thema van de 'balance billing' (of het vragen van een hogere prijs dan het officiële, gereguleerde tarief) komt in de afgelopen dertig jaar steeds vaker voor in de literatuur (Sloan, 1982; Glaze & McGuire, 1993). Veel auteurs stellen zich vragen bij de vaststelling dat mensen met een aanvullende verzekering naast het nationale verzekeringsstelsel, meer moeten betalen dan mensen zonder een dergelijke verzekering. Bijgevolg lijkt de aanwezigheid van aanvullende verzekeringen te leiden tot een selectieve verhoging van de prijzen (via het fenomeen van het moreel toeval (Pauly, 1968)) teneinde de rentabiliteit van (elk segment van) de markt te optimaliseren, en bijgevolg tot een dualisering van de geneeskunde (of meer precies van de gehanteerde tarieven). Dit zal vervolgens leiden tot een opwaartse druk op alle prijzen.

Deze optimalisering van de markt lijkt echter niet noodzakelijk te zijn voor het overleven van de spelers, maar is slechts ingegeven door het streven naar meer winst. Dit gaat onvermijdelijk ten koste van het welzijn van de con-

sument. Voor hoorapparaten kan de verplichte verzekering (of in afwachting, de aanvullende of facultatieve verzekering) ingrijpen met hogere terugbetalingen, maar als de prijzen niet gereguleerd zijn, zal dat waarschijnlijk geen nut hebben als dat betekent dat de prijzen dan ook meestijgen.

Het feit dat een aanvullende/facultatieve verzekering de norm wordt, werkt ook de vraag naar duurder (beter geachte) artsen/producten in de hand, waardoor de betaling van supplementen wordt opgedreven. Als gevolg daarvan stijgen de premies voor aanvullende verzekeringen en ondermijnen zij de potentiële dekking van mensen die alleen door een sociale ziektekostenverzekering worden gedekt (wanneer supplementen mogelijk zijn) (Feldstein, 1970; Feldman & Dowd, 1991).

Volgens een recente studie is in Frankrijk het gebruik van specialisten die supplementen kunnen aanrekenen, gebaseerd op de overtuiging dat zij een betere kwaliteit van zorg leveren of dat het gemakkelijker zal zijn om een afspraak met hen te krijgen, in tegenstelling tot hun collega's die het officiële tarief aanrekenen, wegens lange wachttijden, transportkosten of gewoon het vinden van artsen die het officiële tarief aanrekenen (Dormont & Péron, 2016). Uit de ramingen van deze auteurs blijkt dat een betere dekking door een aanvullende verzekering bijdraagt tot de stijging van de prijs van de medische verzorging, doordat de vraag naar artsen die supplementen aanrekenen toeneemt. Bovendien merken andere auteurs op dat de toegang wordt ondermijnd in gebieden waar er veel artsen zijn die supplementen aanrekenen en weinig die alleen het officiële tarief aanrekenen (omdat het aantal raadplegingen van deze laatste toeneemt) (Jelovac, 2015).

Dit doet de vraag rijzen of het opportuun is meer terug te betalen voor zorg (of supplementen) als de sociale partners er niet zeker van zijn dat de aanbieders niet op hun beurt de prijzen zullen verhogen. Dit is een eindeloze spiraal, en indien de prijsstijging hoger is dan de verhoging van de terugbetaling, ten nadele van de patiënt. In het geval van een aanvullende/facultatieve verzekering zal de premie bovendien het volgende jaar stijgen, enzovoort, totdat zij voor sommige mensen uiteindelijk onbetaalbaar wordt.

Een min of meer vergelijkbaar verschijnsel heeft zich in ons land voorgedaan met betrekking tot de commerciële hospitalisatieverzekering. Terwijl de wetgever de maximumprijzen die in het ziekenhuis konden worden aangerekend niet

streng heeft gereguleerd, en sommige commerciële verzekeringen de supplementen gevraagd bij ziekenhuisopnames zonder plafond terugbetaalden, hebben sommige ziekenhuizen zo veel aangerekend, dat het verzekeringsproduct zo duur werd dat het de verzekeringen die geen plafond hadden vastgesteld, onder druk zette. Het gevolg van deze wedloop is dat de prijzen voor eenpersoonsskammers nooit zo hoog zijn geweest en dat sommige particuliere commerciële facultatieve verzekeringen nu weigeren supplementen boven een bepaald plafond te vergoeden (Michel, 2020). Intussen zijn waarschijnlijk nog meer patiënten van de markt van de hospitalisatieverzekeringen uitgesloten als gevolg van de stijging van de premies, om nog maar te zwijgen van degenen die het zich van bij het begin al niet konden veroorloven. Indien de sector van de hoorapparaten deze weg zou volgen, zouden de prijzen op lange termijn dus nog hoger kunnen zijn.

Het zou nadelig zijn aanvullende of facultatieve verzekeringen op de markt te hebben die onbetaalbaar worden door de voortdurende stijging van de supplementen. Er is behoefte aan een sterke prijsregulering, bijvoorbeeld in navolging van bovengenoemde aanbevelingen, aan meer transparantie over het 'materiële' deel van het ereloon, de verleende diensten, het verband tussen gehoorverlies en het aanbevolen toestel, en niet te vergeten de kosten voor de patiënt. En dan zou in dit kader een verhoging van het door de VV terug te betalen bedrag kunnen worden overwogen (zoals dat ook het geval zou moeten zijn voor ziekenhuisopnames).

6. Conclusie

De problematiek van de prijzen van de hoorapparaten is op zijn zachtst gezegd complex. Sommigen zullen dezelfde ins en outs zien als bij geneesmiddelen: wereldmarkt, oligopolie¹², gebrek aan transparantie en prijsinelasticiteit, enz. Kan België dan wel overwegen om alleen actie te ondernemen?

Het is duidelijk dat de Belgen niet de meest voordelige prijzen genoten toen het KCE zijn studie heeft uitgevoerd (Beguïn & al., 2008). In vergelijking met Denemarken, waar

12 Een oligopolie is een markt die wordt beïnvloed door een klein aantal verkopers.

de prijssamenstelling vergelijkbaar was, betalen patiënten in België veel meer. Landen waar de prijzen lager waren, hebben waarschijnlijk een strengere en beter werkende prijsregulering, zoals aangetoond door het KCE. Zij beperken bijvoorbeeld het aantal te koop aangeboden apparaten om de markt overzichtelijker te maken. De Franse mededingingsautoriteit heeft voorgesteld, net zoals het KCE in België, om de prijs van het toestel en de prijs van de dienst op te splitsen om de prijstransparantie te bevorderen en de gebruikers aldus duidelijke informatie te verschaffen over wat zij betalen en waarom.

Net als medicijnen zijn hoorapparaten voor veel mensen absoluut noodzakelijk. Het systeem van indeling van de hoorapparaten naar gelang van hun complexiteitsgraad lijkt gezien de administratieve kosten echter moeilijk uitvoerbaar, behalve op een hoger niveau (de Europese Unie). We zouden ook sterker staan mochten we op Europees niveau met de bedrijven onderhandelen, zoals nu gebeurt met het COVID-19-vaccin. We zouden openbare aanbestedingen voor hoorapparaten kunnen uitschrijven (zoals voorgesteld voor de geneesmiddelensector met het KIWI-model).

In afwachting van het onderzoek en de toepassing van deze verbeterpistes, moeten de ziekenfondsen nalaten om

(in aanvulling op de verplichte verzekering) zonder enige voorwaarde tussen te komen in de terugbetaling van hoorapparaten. Het risico is te groot om in een spiraal zoals die van de prijzen van ziekenhuisopnames terecht te komen. We moeten blijven werken aan een grotere prijstransparantie in de sector van de hoorapparaten, bijvoorbeeld door een einde te maken aan de koppeling tussen de prijs van het hoorapparaat en de marge voor de audicien. Met deze verbeteringen zullen wij de zekerheid hebben dat de gehanteerde prijzen transparant zijn en dat wij ze kunnen beoordelen. Alleen dan zal de tussenkomst van de aanvullende verzekering (in afwachting van de tussenkomst van de verplichte verzekering) op lange termijn een gunstig effect hebben.

In afwachting moedigen wij onze leden aan om de aangeboden toestellen goed te vergelijken op hun effect op hun gehoor, met de hulp van hun familieleden. Zoals de NHS-autoriteiten (nationale gezondheidsdienst) in het Verenigd Koninkrijk zeggen, voor mensen die niet via een officiële NHS-verdeler kopen, " probeer te voorkomen dat u in de richting van dure modellen wordt gestuurd - er kunnen goedkopere modellen zijn die even goed aan uw behoeften voldoen"¹³.

13 Zie <https://fish.hants.gov.uk/kb5/hampshire/directory/advice.page?id=4AGY75clgsc>

Bibliografie

- Aazh, H., Prasher, D., Nanchahal, K., & Moore, B. C. (2015). Hearing-aid use and its determinants in the UK National Health Service: a cross-sectional study at the Royal Surrey County Hospital. *International journal of audiology*, 54(3), 152-161.
- Alcimed (2009). *Etude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et âgées en perte d'autonomie*. Beschikbaar op: https://www.cnsa.fr/documentation/synthese_transversale.pdf
- Autorité de la concurrence. (2016). *Avis n°16-A-24 du 14 décembre 2016 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur des audioprothèses*. Beschikbaar op: <https://www.autoritedelaconcurrence.fr/sites/default/files/2019-05/16a24.pdf>
- Beguïn, C., Deggouj, N., Debaty, M., Gerkens, S., Van den Steen, D., Roberfroid, D., ... & Closon, M. C. (2008). *Appareils auditifs en Belgique : health technology assessment*. Health Technology Assessment (HTA). Brussel : Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. KCE reports 91B (D/2008/10.273/68).
- Blustein, J., & Weinstein, B. E. (2016). Opening the market for lower cost hearing aids: regulatory change can improve the health of older Americans. *American journal of public health*, 106(6), 1032-1035.
- Bundeskartellamt. (2011). *Bundeskartellamt eliminates competition restraints in the distribution of hearing aids*. Beschikbaar op: https://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Meldung/EN/Pressemitteilungen/2011/24_11_2011_BIHA-H%C3%B6rger%C3%A4te.html
- Cour des Comptes de France. (2013). *La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses*. In Rapport Sécurité Sociale 2013. Beschikbaar op: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_version_integrale.pdf
- de Kervasdoué, J., & Hartmann, L. (2016). *Impact économique du déficit auditif en France et dans les pays développés. Rapport final pour l'UNSAF*. Beschikbaar op: http://www.unsaf.org/doc/Impact_Economique_Deficit_Auditif_en_France.pdf
- Dormont, B., & Péron, M. (2016). Does health insurance encourage the rise in medical prices? A test on balance billing in France. *Health economics*, 25(9), 1073-1089.
- Ehima (2016). *Eurotrak Denmark 2016*. Beschikbaar op: http://www.ehima.com/wp-content/uploads/2016/09/EuroTrak_2016_DENMARK.pdf
- Ehima (2017). *Eurotrak Belgium 2017*. Beschikbaar op: http://www.ehima.com/wp-content/uploads/2017/12/EuroTrak-Belgium_2017_Final-Report.pdf
- Feldman, R., & Dowd, B. (1991). A new estimate of the welfare loss of excess health insurance. *The American economic review*, 81(1), 297-301.
- Feldstein, M. (1970). The Rising Price of Physicians' Services. *The Review of Economics and Statistics*, 52(2), 121-133.
- Glazer, J., & McGuire, T. G. (1993). Should physicians be permitted to 'balance bill' patients?. *Journal of Health Economics*, 12(3), 239-258.
- Heston, A., & Lipsey, R. E. (1999). *International and Interarea Comparisons of Income, Output, and Prices*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hill, B. (2015). *Bundled pricing strategies and price variation*. Beschikbaar op: <https://www.healthcarefinancenews.com/blog/bundled-pricing-strategies-and-price-variation>
- Hill, R. J. (1999). Comparing price levels across countries using minimum-spanning trees. *The Review of Economics and Statistics*, 81(1), 135-142.
- Jelovac, I. (2015). Physicians' balance billing, supplemental insurance and access to health care. *International journal of health economics and management*, 15(2), 269-280.
- Lipsey, R. E., & Swedenborg, B. (1999). Wage dispersion and country price levels. In *International and interarea comparisons of income, output, and prices* (pp. 453-477). Chicago: University of Chicago Press.
- Lipsey, R. E., & Swedenborg, B. (2010). Product price differences across countries: determinants and effects. *Review of World Economics*, 146(3), 415-435.
- Löhler, J., Walther, L. E., Hansen, F., Kapp, P., Meerpohl, J., Wollenberg, B., ... & Schmucker, C. (2019). The prevalence of hearing loss and use of hearing aids among adults in Germany: a systematic review. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 276(4), 945-956.
- Lupsakko, T. A., Kautiainen, H. J., & Sulkava, R. (2005). The non-use of hearing aids in people aged 75 years and over in the city of Kuopio in Finland. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck*, 262(3), 165-169.
- McCormack, A., & Fortnum, H. (2013). Why do people fitted with hearing aids not wear them? *International journal of audiology*, 52(5), 360-368.
- Michel, M. (2020). *DKV exclut 33 hôpitaux de son assurance hospi individuelle*. Beschikbaar op: <https://www.lecho.be/monargent/assurances/dkv-exclut-33-hopitaux-de-son-assurance-hospi-individuelle/10198194.html>
- Observatoire des prix. (2014). *Etude sur les prix, les marges et le fonctionnement du marché des appareils auditifs en Belgique*. Brussel: SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2018). *Pricing of cancer medicines and its impacts – Technical Report*. Genève: Wereldgezondheidsorganisatie.
- Popelka, M. M., Cruickshanks, K. J., Wiley, T. L., Tweed, T. S., Klein, B. E., & Klein, R. (1998). Low prevalence of hearing aid use among older adults with hearing loss: the Epidemiology of Hearing Loss Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(9), 1075-1078.
- Sloan, F. A. (1982). Effects of health insurance on physicians' fees. *The Journal of Human Resources*, 17(4), 533-557.
- Statbel. (2021). *Gemiddeld inkomen van de Belg bedroeg in 2019 19.105 euro*. Beschikbaar op: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/fiscale-inkomens>