
Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/587-2 (*)

**Advies van de FRZV over de uitsluiting van de ziekenhuissector van het
voorafgaande toezicht op concentraties door de Belgische
Mededingingsautoriteit (in antwoord op de adviesvraag van 16 oktober 2023
van de minister van economie en werk, de heer Pierre-Yves Dermagne)**

Namens de voorzitter van de FRZV,
Margot Cloet,

Sabine Stordeur
Directrice-generaal

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 16 november 2023 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

Argumenten voor vrijstelling van het voorafgaande toezicht door de Belgische Mededingingsautoriteit op concentraties tussen ziekenhuizen

In lijn met het artikel 2§3 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen, vragen we een vrijstelling van de aanmeldingsplicht en dus van het voorafgaande toezicht op concentraties door de BMA¹ voor samenwerkingsvormen die door en binnen ziekenhuizen in lijn met de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen kunnen plaatsvinden.

“De scope van ons verzoek is beperkt tot erkende ziekenhuizen en erkende ziekenhuisdiensten wiens activiteiten grotendeels gefinancierd zijn vanuit het Budget Financiële Middelen (BFM) en vallen onder de toepassing van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen, het betreft algemene, universitaire, psychiatrische en revalidatieziekenhuizen. We vragen geen vrijstelling voor commerciële dienstverleningen die zorgberoepers op eigen initiatief ondernemen (privéklinieken).”

Hierna leest u de redenen op grond waarvan de fusieoperaties tussen erkende Belgische ziekenhuizen niet onderworpen moeten worden aan het toezicht van en controle door de BMA.

1. Het Belgisch ziekenhuis-landschap

De kritische financiële situatie van de zorgondernemingen noopt tot een herstructurering die enerzijds het creëren van economische schaalvoordelen inhoudt en anderzijds leidt tot een kwalitatieve versterking van de dienstverlening. Deze beweging is ingezet in 2019 met de wettelijke verplichting dat algemene ziekenhuizen zich organiseren in een klinisch ziekenhuisnetwerk (Wet Klinische Netwerken²). Het behoort immers tot het beleid van de FOD Volksgezondheid om een hergroepering van ziekenhuisactiviteiten in België te bewerkstelligen teneinde op een kwalitatieve manier te kunnen beantwoorden aan elke gegronde zorgvraag van elke burger.

1.1. Verouderde onhoudbare situatie

De erkenning van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten en -functies en zorgprogramma's door de overheid staat borg voor de kwaliteitscontrole én voor de financiering van de zorgverlening (zie verder). Die overheidstussenkomst is essentieel voor de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg in België.

De financiering door de overheid van de ziekenhuizen en de dienstverlening die er plaatsvindt, volgt niet de erkenning van de diensten maar gebeurt vanuit een “gesloten omslag”, zijnde een vast federaal budget (het Budget Financiële Middelen).

¹ ingesteld door boek IV, titel 1, hoofdstuk 2 van het Wetboek van economisch recht

² [Wet 28 februari 2019](#) tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft.

Die overheidsmiddelen schieten te kort om voor elk ziekenhuis afzonderlijk voldoende middelen te voorzien. Bovendien kan geen enkel ziekenhuis op eigen kracht voldoende omzet genereren om dat tekort aan te vullen (zie MAHA analyse van Belfius).

Deze actuele budgettaire realiteit maakt het onhoudbaar voor elk ziekenhuis om autonoom de vereiste kwalitatieve zorg te blijven financieren. We wijzen op:

- De macro-economische context (historisch hoge inflatie, energiekosten, bouwkosten, rente, ...)³;
- De aanzienlijke investeringen nodig voor de digitale transformatie van de ziekenhuizen, de cyber security en voor de energie-efficiëntie en duurzaamheid van hun infrastructuur;
- Het ontbreken van enige intentie tot financiering op netwerkniveau en de afhankelijkheid van de financiering op ziekenhuisniveau;
- De financiering vanuit een gesloten enveloppe voor alle ziekenhuizen door de federale overheid;
- Een gesloten enveloppe die structureel onvoldoende is;
- Catch-ups (begrotingscorrecties) die jaren later plaatsvinden, waardoor ziekenhuizen cashflowproblemen krijgen.
- Nieuwe verplichtingen opgelegd aan de ziekenhuizen door de overheid zonder adequate financiering;

Deze problematische situatie, dit dreigende deficit in de zorgverlening, kan gedeeltelijk worden verbeterd door netwerken van ziekenhuizen, zoals geïnitieerd door het kabinet en de FOD Volksgezondheid in 2019 en indien de ziekenhuizen en de ziekenhuisdiensten verder hun krachten kunnen bundelen in samenwerkingsvormen zoals associaties, groeperingen en fusies die voorzien zijn in de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en de bijhorende Koninklijke Besluiten⁴.

1.2. Gewijzigde maatschappelijke context

Niet enkel de financiële tekorten maar ook de toenemende vereisten inzake techniek, kwaliteit en knowhow mét de bijhorende hoge kosten, dwingen de ziekenhuizen tot het benutten van economische schaalvoordelen. Daarnaast is er een zorgvraag die aanzienlijk gewijzigd is. De bevolking vergrijsst en vertoont meer en complexere aandoeningen. Er is een toegenomen vraag naar continue en chronische zorg. Bij die gewijzigde zorgvraag zien ziekenhuizen zich ook geconfronteerd met een structureel nijpend tekort aan voldoende en gekwalificeerd personeel. Bovendien vereist een kwalitatieve zorgverlening dat

³ MAHA analyse 2022 Belfius: <https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/nl/2022/Slides%20Presse%20NL%20def.pdf>

⁴ [KB 1 mei 1989](#) houdende nadere omschrijving van de **fusie** van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen; [KB 30 januari 1989](#) houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuis**groeperingen** en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen; [KB 25 april 1997](#) houdende nadere omschrijving van de **associatie** van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen.

men over voldoende expertise beschikt hetgeen maar opgebouwd kan worden met een minimumvolume aan activiteiten.

1.3. Huidige situatie en maatschappelijke context maakt de hervorming noodzakelijk

Verschillende Vlaamse en Waalse ziekenhuizen zijn momenteel – ondanks het feit dat de klinische ziekenhuisnetwerken reeds gevormd zijn en in voorbereidende fase op verdere operationalisering – in een traject van intensieve samenwerking door middel van een fusie, ziekenhuisgroepering of associatie van diensten. Deze evolutie komt overigens niet onverwacht. In de Memorie van Toelichting van de Wet Klinische Netwerken werd er reeds op gealludeerd dat binnen het netwerk er tendensen ontstaan om te evolueren naar een fusie van ziekenhuizen:

“Op het ogenblik van de oprichting van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moet er sprake zijn van minstens twee afzonderlijk erkende niet-psychiatrische ziekenhuizen. Deze vereiste dient te worden beoordeeld bij de oprichting van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk daar het immers mogelijk is dat bij de ontwikkeling van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk blijkt dat een fusie wenselijk is met het oog op de verhoging van de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg.”⁵

Net zoals de klinische ziekenhuisnetwerken zijn fusies van ziekenhuizen een hefboom voor een rationeler ziekenhuisaanbod om op lange termijn kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg te blijven garanderen en dit door het maximaal benutten van de beschikbare financiële middelen en het optimaal aanwenden van de schaarse human resources. Deze fusies zijn een belangrijk instrument om de ratio legis van de ziekenhuisnetwerken effectief en efficiënt te realiseren.

2. Belgische ziekenhuiswerking

De ziekenhuissector is sterk gereguleerd door zowel de federale als regionale overheden. Door deze regulering hebben de fusieoperaties van de Belgische ziekenhuizen geen impact op de mededingen in de sector. Zowel ziekenhuisbesturen als de bevoegde overheden toetsen de zorgverlening aan 3 cruciale criteria: toegankelijkheid (bereikbaarheid), betaalbaarheid (prijs) en kwaliteit van de zorgverlening.

2.1. Garantie op BETAALBAARHEID door geregementeerde tarifiering in de zorgverlening

Inzake kostprijs heeft de overheid een grote rol die zij restrictief invult. De vergoeding zowel van ziekenhuizen als van zorgverleners komt uit middelen van de federale ziekteverzekering en het federaal en regionaal budget voor de volksgezondheid.

De ziekenhuissector wordt in hoofdzaak gefinancierd met middelen uit de sociale zekerheid, via het Budget Financiële Middelen (BFM). Daarnaast krijgen ziekenhuizen een compensatie via afdrachten van erelonen van artsen en hebben zij slechts in beperkte mate eigen inkomen via farmaceutische producten, de cafetaria, parking...

⁵ Wetsontwerp van 18 september 2018 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, *Parl. St. Kamer 2017-18, 54-3275/001, 11.*

Dit maakt dat 90% van de omzet van ziekenhuizen terug te brengen is naar middelen van de overheid en slechts voor 10% door de eigen activiteit wordt gegenereerd.

Daarnaast zijn de prijzen en tarieven voor alle actoren in de zorgverlening (ziekenhuizen, beroepsbeoefenaars en patiënten) aan controles onderworpen door overlegorganen op federaal niveau in de schoot van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid;

- Medico-mut
- Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle
- Commissie patiëntenrechten

De tarieven van de ziekenhuizen:

Het BFM dekt op forfaitaire wijze de kosten die verband houden met het verblijf en de zorgverlening aan de patiënten in het ziekenhuis, met inbegrip van de patiënten in daghospitalisatie. Een heel aantal kosten gelieerd aan het verblijf en de verzorging tijdens dat verblijf, wordt dus gedekt door het BFM. Bij KB zijn die kosten vastgelegd en bij wet is bepaald dat aan de gehospitaliseerde patiënt geen zaken mogen worden aangerekend die reeds worden vergoed door het BFM⁶.

Ziekenhuizen hebben slechts een heel beperkte mogelijkheid om patiënten bijkomend te tarifieren. Enkel kosten die niet in het BFM zijn begrepen, kunnen vrij getarifeerd worden. En enkel voor de kost van het verblijf (de ligdagprijs) in een eenpersoonskamer kan een bijkomend tarief aangerekend worden in de vorm van een kamersupplement. Deze bedragen worden nauwlettend opgevolgd door de mutualiteiten die patiënten facturen controleren opdat geen onredelijke prijzen worden aangerekend aan de patiënt. Bovendien hebben de ziekenhuizen er geen belang bij om hoge marges te nemen op kosten die zij aanrekenen. Zij hebben immers geen aandeelhouders aan wie winsten moeten worden uitgekeerd. Hun hoofddoel is om kostendekkend te werken.

De tarieven van de zorgverleners zijn gereguleerd door :

- de nomenclatuur en het conventiestatuut
- het verbod van ereloonsupplementen in meer- en tweepersoonskamers, en in eenpersoonskamers in specifiek wettelijk omschreven gevallen en bij bepaalde forfaits of pathologie
- de wettelijke verplichting (art. 152 Ziekenhuiswet) om in de Algemene Regeling van het ziekenhuis de maxima aan ereloonsupplementen te bepalen, wat door de beheerder moet worden voorgelegd aan de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen die het op zijn beurt via het RIZIV meedeelt aan de verzekeringsinstellingen (mutualiteiten)
- de bevestiging van het maximumpercentage van ereloonsupplementen en de huidige voorbereidingen om tot een nieuwe en andere ziekenhuisfinanciering te komen

⁶ Art. 104 Gecoördineerde wet op ziekenhuizen (ook ziekenhuiswet)

- een verbod op supplementen bij patiënten met een verhoogde tegemoetkoming⁷
- de laagvariabele zorg waar met vaste forfaits wordt gewerkt, ...;

Het federale regeerakkoord van 30 september 2020 stelt bovendien dat “de groei van de ereloonsupplementen moet worden gereguleerd, gestabiliseerd en vervolgens afgebouwd.” Hetgeen momenteel volop besproken wordt.

2.2. Garantie op KWALITEIT door erkende dienstverlening

Om aan zorgverlening te mogen doen en bepaalde medische diensten te kunnen uitbaten, worden er strenge vereisten opgelegd naar personeel en technische omkadering. Dit wordt ook grondig gecontroleerd. Na controle krijgen de ziekenhuizen van de bevoegde overheid “een erkenning” om tot exploitatie over te gaan.

Er gelden strenge normen bij wet vastgelegd voor ziekenhuizen en medische diensten. De bevoegde deelstaat controleert naar best vermogen de naleving ervan zowel op het ogenblik van de aanvraag van een erkenning als nadien voor het behoud van de erkenning. In Vlaanderen beoordeelt Zorginspectie via het systeemtoezicht de kwaliteit van de geleverde zorg, en via het nalevingstoezicht controleert Zorginspectie periodiek of de zorgpraktijk blijft voldoen aan de vooropgestelde eisen. Er worden ook kwaliteitslabels toegekend door erkende instanties via accrediteringsprogramma’s waarbij bepaalde normen moeten worden behaald. Indien niet meer voldaan wordt aan de normen, wordt de erkenning geschorst of zelfs ingetrokken.

De overheid heeft steeds meer aandacht voor kwaliteitszorg. De aandacht verschuift daarbij van kwantitatieve normen (structuurkenmerken) naar kwalitatieve normen met aandacht voor het resultaat voor de patiënt (proces- en resultaatindicatoren). De overheid eist dat een ziekenhuis een aantoonbaar kwaliteitsbeleid voert.

Daarnaast moeten overheidsinstructies worden nageleefd, vaak opgelegd door Europa, inzake de apotheek-activiteit en geneesmiddelen behandeling, voedselveiligheid, nucleaire voorschriften onder toezicht van controle instanties als het FANC, het FAGG en het FAVV.

Sinds 2022 moeten ziekenhuizen binnen het kader van het loco regionaal klinisch netwerk, zorg strategische plannen opstellen en ter goedkeuring voorleggen aan de bevoegde regionale overheid. Deze plannen betreffen toekomstige investering nodig om de activiteit te blijven uitoefenen en worden getoetst aan een regelgevend kader met oog voor duurzaamheid.

2.3. Garantie op TOEGANKELIJKHEID door geprogrammeerde dienstverlening

⁷ 11 JULI 2023 Koninklijk besluit waarbij algemeen verbindend wordt verklaard het addendum van 28 april 2023 aan de collectieve overeenkomst van 12 mei 2022, gesloten binnen de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen, over het stabiliseren van de honorariumsupplementen en afdrachten

Op het niveau van het Rijk wordt rekening gehouden met het aantal inwoners om zorgverlening te organiseren. De overheid stelt hiertoe een programma op. De aanwezigheid en de omvang van een medische activiteit wordt gelinkt aan de behoefte van de populatie via die programmatie. In België is er geen ruimte meer in de programmatie van medische diensten om bijkomende erkenningen toe te wijzen, ook al is de spreiding ervan mogelijk niet optimaal over het hele grondgebied. Het is dus onmogelijk zomaar eender welke medische activiteit uit te oefenen, laat staan een nieuwe op te starten. Het betekent concreet dat er gewoon geen “markt” is, laat staan dat er marktcompetitie mogelijk is. Het is de federale overheid die via de programmatie een voldoende dienstverlening waarborgt. Zo beheerst en evalueert de overheid zelf het aanbod van zorgdiensten.

Via de programmatie, de erkenning en de financiering van de zorgverlening voorziet de bevoegde overheid in een toetssteen en controle voor de kwaliteit, de doelmatigheid, de (financiële) toegankelijkheid en de keuzevrijheid van de zorgverlening voor de patiënt.

2.4. Een gesubsidieerde activiteit door NOT FOR PROFIT organisaties

Aangezien het grootste deel van de omzet van een ziekenhuis terug te brengen is op middelen die door de samenleving worden gegenereerd, staat de activiteit van het ziekenhuis ook volledig ten dienste van die samenleving.

Alle ziekenhuizen zijn ondernemingen zonder winstuitkering aan stakeholders.

De publieke zorgvoorzieningen zijn nog onderworpen aan een controlebevoegdheid van het lokaal bestuur met de bijzondere verplichting “om kwalitatief hoogstaande zorg aan te bieden tegen de beste kostprijs aan eenieder, met respect voor de ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging van de patiënten in de meest brede zin en dit ongeacht hun inkomen, verzekerbaarheid- of vermogenstoestand.”⁸

Zowel de locoregionale klinische netwerken, als de private en publieke ziekenhuizen verlenen diensten van algemeen maatschappelijk belang aan de samenleving met geld van diezelfde samenleving. Bovendien wordt hun dienstverlening niet gepercipieerd als een commercieel product door de gebruiker.

Er kan dus niet worden aangenomen dat ziekenhuizen, zoals “klassieke” economische actoren, geneigd zullen zijn om niet-gereguleerde prijzen te verhogen of de kwaliteit van de zorgverlening te verlagen omdat dit economisch rendabel zou zijn, of om een druk bezochte patiëntenafdeling te sluiten om louter financiële redenen. Er is met andere woorden geen sprake van een normale marktwerking.

3. Een fusie van erkende ziekenhuizen heeft geen impact op de mededinging

Ziekenhuisfusies, maar ook associaties, groeperingen en netwerken zijn vormen van geïntegreerde samenwerking die de ziekenhuiswetgever al geruime tijd voorzien heeft omdat een doorgedreven samenwerking tussen diensten een optimale dienstverlening tegen een correct tarief voor de patiënt juist bevordert.

⁸ Artikel 503,1° Decreet Lokaal Bestuur.

Steeds in het licht van de federale programmatie wordt op niveau van het locoregionaal klinisch netwerk beslist welke zorgaanbod binnen welke ziekenhuis van dat netwerk wordt uitgevoerd. Niet de individuele ziekenhuizen maar het netwerk waar zij lid van zijn, is bevoegd om te beslissen over het aanbod van locoregionale zorgopdrachten. Dit betekent concreet dat het klinisch netwerk bepaalt welke 'locoregionale' dienst/zorgprogramma/... in welk algemeen ziekenhuis geëxploiteerd wordt. De individuele ziekenhuizen zijn bevoegd, binnen een sterk gereguleerde context (zie supra) om de locoregionale zorgopdrachten uit te voeren en om de zorg aan de patiënt te verstrekken. Zij voeren de netwerkbeslissing uit.

Een fusiebeweging zou ertoe kunnen leiden dat een bepaalde medische dienst verschuift naar een andere locatie. Dit zal nooit leiden tot het verminderen of verdwijnen van het aanbod in een bepaald zorggebied, gelet op de programmatie. Dit zal voornamelijk leiden tot een betere verdeling van de zorgopdrachten binnen die regio waar de ziekenhuizen actief zijn.

Bovendien heeft dit een geringe impact op het recht van de patiënt op vrije keuze van beroepsbeoefenaar, of op de therapeutische vrijheid van de zorgverleners. Een eventuele beperking van de keuze, die zou kunnen voortvloeien uit de verdeling van de zorgopdrachten binnen het netwerk, is gerechtvaardigd door de noodzaak om een kwalitatiever en rationeler ziekenhuisaanbod te garanderen via een optimalisering van de ingezette middelen.

4. Een aangepaste aanpak van het BMA voor de ziekenhuizen biedt geen soelaas

Hoewel tussen de ziekenhuizen de competitie inzake prijszetting gereguleerd is door een overheidsfinanciering en de competitie inzake dienstverlening geregeld is via de erkenning, normering en programmatie van de federale en regionale zorgwetgever, stelt het BMA toch bevoegd te zijn maar haar methoden aan te passen specifiek voor de sector. Hiermee geeft ze echter toe dat de sector niet vatbaar is voor de principes en de logica die het BMA hanteert in kader van haar bevoegdheid. Een eventuele controle door de BMA is zonder voorwerp omdat de federale en regionale bevoegde overheden betere instrumenten hebben om de "zorgmarkt" te reguleren.

Voorafgaande tussenkomst van het BMA moet daarom worden uitgesloten, anders levert dit louter een administratieve last op voor betrokken partijen zonder toegevoegde waarde. Dit blijkt uit de vragen die ze suggereert te stellen.

Die vragen kunnen niet op algemene wijze beantwoord worden omdat ze betrekking hebben op een specifieke casus. Al het werk dat vereist wordt zowel in het beantwoorden als in het evalueren leidt op voorhand al tot een gekend resultaat.

Waarom zouden de fusieoperaties in vraag gesteld moeten worden als ze behoren tot het beleid van de bevoegde overheid inzake volksgezondheid?

5. Conclusie

De strikte reglementering van de ziekenhuisactiviteiten en de vereiste erkenning van de zorgdiensten en -functies met bijhorende herhaalde inspecties, garanderen de nodige toetsing en bewaking van de kwaliteit van zorgverstrekking, de doelmatigheid, de (financiële) toegankelijkheid en de keuzevrijheid.⁹

Het voorgaande houdt in dat er van een normale marktwerking geen sprake is, waardoor de taak van de BMA hier geen toegevoegde waarde heeft.

Bovendien voeren het kabinet en de FOD Volksgezondheid een beleid dat verregaande en geïntegreerde samenwerking aan de erkende actoren oplegt om een betaalbare en kwaliteitsvolle gezondheidszorg te blijven garanderen.

Het is dan evident dat, waar de ter zake bevoegde wetgever de in het kader van die samenwerking gestelde handelingen als noodzakelijk of onontbeerlijk aanmerkt, ook voor mededingingsdoeleinden tot eenzelfde conclusie wordt gekomen, zodat die geïntegreerde samenwerkingsvormen niet als concurrentiestorend of misbruik van een machtspositie gekwalificeerd worden.

Erkende ziekenhuizen en erkende ziekenhuisdiensten worden dan ook best vrijgesteld van de meldingsplicht en de voorafgaande controlebevoegdheid van de BMA door een wet waarvan de auteur ervoor zal zorgen om, door de in dit advies ontwikkelde argumenten over te nemen, te specificeren dat de aldus vastgestelde vrijstelling verenigbaar is met het constitutionele beginsel van gelijkheid en non-discriminatie, aangezien deze gebaseerd is op een criterium en redelijk gerechtvaardigd is.

⁹ Zie in die zin ook Verslag MUYLLE van 11 maart 2021 bij het wetsontwerp tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de toepassing van de voorafgaande controle op concentraties van de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, *Parl. St.* 2020-2021, 55-1817/003, 9.