

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 16/11/2023

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/587-2 (*)

Avis du CFEH sur l'exclusion du secteur hospitalier du contrôle préalable des concentrations par l'Autorité belge de la concurrence (en réponse à la demande d'avis du 16 octobre 2023 du Ministre de l'économie et du travail, M. Pierre-Yves Dermagne)

Au nom de la Présidente du CFEH,
Margot Cloet

Sabine Stordeur
Directrice générale

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 16/11/2023 et ratifié par le Bureau à cette même date

Arguments en faveur de l'exemption de la surveillance préalable par l'Autorité belge de la concurrence des fusions hospitalières

Conformément à l'article 2§3 de la Loi coordonnée sur les hôpitaux, nous demandons une exemption de l'obligation de notification et donc de la surveillance préalable par l'Autorité belge de la concurrence (L'ABC¹) pour les formes de collaboration pouvant avoir lieu au sein des hôpitaux conformément à la Loi coordonnée sur les hôpitaux.

La portée de notre demande est limitée aux hôpitaux agréés et aux services hospitaliers agréés, dont les activités sont largement financées par le Budget des moyens financiers (BMF) et couverts par l'application de la Loi coordonnée sur les hôpitaux ; il concerne les hôpitaux généraux, universitaires, psychiatriques et de réhabilitation. Nous ne demandons pas d'exemption pour les services commerciaux que les professionnels de la santé entreprennent de leur propre initiative (cliniques privées).

Ci-dessous, vous trouverez les raisons pour lesquelles les opérations de fusion entre les hôpitaux belges agréés ne devraient pas être soumises à la surveillance et au contrôle de l'ABC.

1. Le paysage hospitalier belge

La situation financière critique des institutions de soins de santé nécessite une restructuration qui, d'une part, implique la création d'économies d'échelle et, d'autre part, conduit à un renforcement qualitatif du service. Ce mouvement a été initié en 2019 avec l'obligation légale pour les hôpitaux généraux de s'organiser en un réseau hospitalier clinique (Loi sur les réseaux cliniques²). Il s'agit en effet de la politique du Service public fédéral (SPF) de la Santé de faciliter la réorganisation des activités hospitalières en Belgique afin de répondre qualitativement à chaque demande de soins de santé justifiée de chaque citoyen.

1.1. Situation dépassée et insoutenable

L'agrément des hôpitaux, des services hospitaliers et des fonctions, ainsi que des programmes de santé par l'autorité garantit le contrôle de la qualité et le financement de la prestation de soins de santé (voir ci-dessous). L'intervention de l'autorité est essentielle pour la rentabilité, la qualité et l'accessibilité des soins de santé en Belgique.

Le financement par l'autorité des hôpitaux et des prestations de soins fournis ne suit pas l'agrément des services, mais provient d'une "enveloppe fermée," qui est un budget fédéral fixe (le Budget des moyens financiers).

Ces fonds publics ne suffisent pas à fournir des ressources suffisantes à chaque hôpital individuellement. De plus, aucun hôpital ne peut générer suffisamment de revenus à lui seul pour combler ce déficit (voir l'analyse MAHA de Belfius).

¹ Institué par le livre IV, titre 1, chapitre 2 du Code de droit économique

² [Wet 28 februari 2019](#) Loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux.

La réalité budgétaire actuelle rend fort compliqué pour chaque hôpital de financer de manière autonome les soins de santé de qualité nécessaires. Nous soulignons :

- Le contexte macroéconomique (inflation historiquement élevée, coûts énergétiques, coûts de construction, taux d'intérêt, etc.)³ ;
- Les investissements importants nécessaires pour la transformation numérique des hôpitaux, la cybersécurité, l'efficacité énergétique et la durabilité de leur infrastructure ;
- L'absence de toute intention de financement au niveau du réseau et la dépendance du financement au niveau de l'hôpital ;
- Le financement à partir d'une enveloppe fermée pour tous les hôpitaux par l'autorité fédérale ;
- Les nouvelles obligations imposées aux hôpitaux par les autorités sans financement adéquat ;
- Une enveloppe fermée insuffisante à la base ;
- Des rattrapages (corrections budgétaires) qui interviennent des années plus tard, générant des problèmes de trésorerie des hôpitaux.

Cette situation problématique peut, en partie, être potentiellement améliorée au travers d'une mise en réseau des hôpitaux, , comme initiée le cabinet et le SPF Santé en 2019, et si les hôpitaux et les services hospitaliers peuvent continuer à unir leurs forces sous forme de collaborations telles que des associations, des groupes et des fusions prévues dans la coordonnée sur les hôpitaux et les arrêtés royaux associés⁴.

1.2. Contexte social modifié

Non seulement les déficits financiers, mais aussi les exigences croissantes en matière de technologie, de qualité et d'expertise, ainsi que les coûts élevés associés, obligent les hôpitaux à exploiter des économies d'échelle. De plus, la demande de soins de santé a considérablement évolué. La population vieillit et présente des problèmes de santé plus complexes. Il y a une demande accrue de soins continus et chroniques. Avec cette demande modifiée de soins de santé, les hôpitaux sont également confrontés à une pénurie structurelle de personnel qualifié. De plus, la prestation de soins de santé de qualité nécessite d'avoir suffisamment d'expertise, qui ne peut être acquise qu'avec un volume minimum d'activités.

1.3. La situation actuelle et le contexte social rendent la réforme nécessaire

Plusieurs hôpitaux flamands et wallons sont actuellement en phase de collaboration intensive par le biais de fusions, groupements d'hôpitaux ou associations de services, malgré le fait que les réseaux hospitaliers cliniques ont déjà été constitués et sont en phase préparatoire pour une opérationnalisation ultérieure. Cette évolution n'est pas inattendue. L'exposé des motifs de la Loi sur les réseaux cliniques faisait déjà allusion au fait qu'au sein du réseau, des tendances se manifestent en faveur de fusions hospitalières : *"Au moment de la constitution du réseau hospitalier clinique locorégional, il doit y avoir au moins deux hôpitaux non psychiatriques agréés séparément. Cette exigence doit être évaluée lors de la création du*

³MAHA 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](#) précisant la description d'une **fusion** d'hôpitaux et des normes particulières qu'il doit respecter ; [KB 30 januari 1989](#) fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des **groupements** d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter; [KB 25 april 1997](#) précisant la description d'une **association** d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter.

*réseau hospitalier clinique locorégional, car il est possible que le développement du réseau hospitalier clinique locorégional révèle qu'une fusion est souhaitable afin d'augmenter la qualité et l'efficacité des soins."*⁵

Comme les réseaux hospitaliers cliniques, les fusions hospitalières sont un levier pour une offre hospitalière plus rationnelle afin de garantir des soins de santé de qualité, accessibles et abordables à long terme en maximisant l'utilisation des ressources financières disponibles et l'utilisation optimale des ressources humaines rares. Ces fusions sont un instrument important pour atteindre efficacement l'objectif du législateur en matière de réseaux hospitaliers cliniques.

2. Fonctionnement des hôpitaux belges

Le secteur hospitalier est fortement réglementé à la fois par les autorités fédérales et régionales. En raison de cette réglementation, les opérations de fusion des hôpitaux belges n'ont aucun impact sur la concurrence dans le secteur. Les conseils d'administration des hôpitaux et les autorités compétentes évaluent la prestation de soins de santé selon trois critères essentiels : son caractère financièrement abordable, sa qualité et son accessibilité (la possibilité d'y accéder).

2.1. Garantie du CARACTERE FINANCIEREMENT ABORDABLE grâce à la tarification réglementée des soins de santé

En termes de coûts, l'autorité joue un rôle significatif en les comblant de manière restrictive. Le remboursement des hôpitaux et des prestataires de soins de santé provient des ressources de la sécurité sociale fédérale et des budgets fédéraux et régionaux pour la santé publique.

Le secteur hospitalier est principalement financé par les fonds de la sécurité sociale, par le biais du Budget des moyens financiers (BMF). Les hôpitaux reçoivent également une compensation via les honoraires médicaux, et ils ont des revenus limités provenant de produits pharmaceutiques, de la cafétéria, du stationnement, etc.

Cela signifie que 90 % des recettes des hôpitaux peuvent être attribuées à des ressources issues de l'autorité, seuls 10 % étant générés par leurs propres activités.

De plus, les prix et tarifs pour tous les acteurs de la prestation de soins de santé (hôpitaux, professionnels de la santé et patients) sont soumis à des contrôles par l'intermédiaire d'organismes de négociation au niveau fédéral dans le cadre de l'Institut national d'assurance maladie et d'invalidité (INAMI) et du Service public fédéral de la Santé publique.

- Medico-mut
- Service de contrôle et d'évaluation médicale
- Commission des droits des patients

Tarifs hospitaliers :

Le BMF couvre de manière forfaitaire les frais liés au séjour et aux soins des patients à l'hôpital, y compris les patients en hospitalisation de jour. Toute une série de frais liés au séjour et aux soins durant ce séjour

⁵ Projet de loi du 18 septembre 2018 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, *Parl. St. Kamer 2017-18, 54-3275/001, 11.*

sont donc couverts par le BMF. Ces frais sont fixés par arrêté royal et la loi stipule que le patient hospitalisé ne peut se voir facturer des frais qui sont déjà remboursés par le BMF⁶.

Les hôpitaux n'ont qu'une possibilité très limitée de facturer des frais supplémentaires aux patients. Seuls les coûts non inclus dans le BMF peuvent être facturés librement. Et ce n'est que pour le coût du séjour (le prix de la nuitée) dans une chambre individuelle qu'un supplément peut être facturé sous la forme d'un supplément de chambre. Ces montants sont étroitement contrôlés par les mutuelles, qui vérifient les factures des patients afin que ceux-ci ne se voient pas imposer des prix déraisonnables. De plus, les hôpitaux n'ont aucun intérêt à prendre des marges élevées sur les coûts qu'ils facturent. En effet, ils n'ont pas d'actionnaires à qui distribuer des bénéfices. Leur principal objectif est d'atteindre le seuil de rentabilité.

Les tarifs des prestataires de soins de santé sont réglementés par :

- La nomenclature et le statut en termes de conventionnement
- L'interdiction de facturer des suppléments d'honoraires en chambre multiple et à deux lits, et en chambre individuelle dans des cas spécifiquement définis et pour certaines charges forfaitaires ou pathologies
- L'exigence légale (article 152 de la Loi sur les hôpitaux) de déterminer les tarifs maximaux des suppléments d'honoraires dans la Réglementation générale de l'hôpital, cet élément de la Réglementation générale devant être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux et, par l'intermédiaire de l'INAMI, aux institutions d'assurance (mutuelles)
- La limitation du pourcentage maximal des suppléments d'honoraires et les préparatifs en cours pour un nouveau système de financement hospitalier
- L'interdiction des suppléments pour les patients bénéficiant d'une intervention majorée⁷ ;
- des soins à basse variabilité dans le cadre desquels on fonctionne avec des forfaits fixes, ... ;

L'accord de gouvernement fédéral du 30 septembre 2020 stipule également que "la croissance des suppléments d'honoraires doit être réglementée, stabilisée, puis réduite." Ce sujet fait actuellement l'objet de discussions approfondies.

2.2. Garantie de QUALITÉ grâce à des services agréés

Pour pouvoir fournir des soins de santé et exploiter certains services médicaux, des exigences strictes en termes de personnel et d'infrastructure technique sont imposées. Cela fait l'objet d'un contrôle rigoureux. Après vérification, les hôpitaux reçoivent "un agrément" de l'autorité compétente pour pouvoir fonctionner.

Des normes strictes sont fixées par la loi pour les hôpitaux et les services médicaux. L'autorité régionale compétente contrôle au meilleur de ses capacités leur respect, tant au moment de la demande

⁶ Art. 104 Loi coordonnée sur les hôpitaux (aussi loi sur les hôpitaux)

⁷ 11 JUILLET 2023 Arrêté royal rendant obligatoire l'addendum du 28 avril 2023 à la convention collective du 12 mai 2022, conclue au sein de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux sur la stabilisation des suppléments d'honoraires et des rétrocessions

d'agrément qu'ultérieurement pour le maintien de cet agrément. En Flandre, l'Inspection des soins de santé évalue la qualité des soins fournis via une surveillance systématique et contrôle périodiquement si les pratiques de soins continuent de répondre aux exigences établies. Des labels de qualité sont également décernés par des organismes agréés via des programmes d'accréditation, avec certaines normes à respecter. En cas de non-respect des normes, l'agrément peut être suspendu ou même retiré.

L'autorité accorde de plus en plus d'attention aux soins de qualité, en passant des normes quantitatives (caractéristiques structurelles) à des normes qualitatives axées sur les résultats pour les patients (indicateurs de processus et de résultats). L'autorité exige qu'un hôpital mette en œuvre une politique de qualité démontrable.

De plus, des instructions des autorités doivent être respectées, souvent imposées par l'Europe, concernant les activités pharmaceutiques et le traitement des médicaments, la sécurité alimentaire, les réglementations en matière d'énergie nucléaire sous la supervision d'organismes de contrôle tels que, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) et l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN).

Depuis 2022, dans le cadre du réseau clinique locorégional, les hôpitaux doivent élaborer des plans stratégiques de soins et les soumettre à l'approbation de l'autorité régionale compétente. Ces plans concernent les investissements futurs nécessaires pour continuer à exercer l'activité, et ils sont examinés en fonction d'un cadre réglementaire prenant en compte la durabilité.

2.3. Garantie d'ACCESSIBILITÉ grâce à des services programmés

Au niveau de l'État fédéral, la dispensation des soins de santé est organisée en fonction du nombre d'habitants. L'autorité établit un programme à cet effet. La présence et l'ampleur d'une activité médicale sont liées aux besoins de la population via cette programmation. En Belgique, il n'y a plus de place dans la programmation des services médicaux pour accorder des agréments supplémentaires, même si leur répartition sur tout le territoire n'est peut-être pas optimale. Il est donc impossible d'exercer n'importe quelle activité médicale, encore moins d'en créer une. Concrètement, il n'y a tout simplement pas de "marché" ni de possibilité de concurrence sur le marché. C'est l'autorité fédérale qui, par le biais de la programmation, garantit une prestation de services suffisante. Ainsi, l'autorité lui-même contrôle et évalue l'offre de services de santé.

Grâce à la programmation, à l'agrément et au financement des soins, l'autorité compétente offre un critère de référence et un contrôle de la qualité, de l'efficacité, de l'accessibilité (financière) et de la liberté de choix des services de santé pour les patients.

2.4. Une activité subventionnée exercée par des organismes SANS BUT LUCRATIF

Étant donné que la majeure partie du chiffre d'affaires d'un hôpital provient de ressources générées par la société, l'activité de l'hôpital est entièrement au service de cette société.

Tous les hôpitaux sont des entreprises sans but lucratif qui ne versent pas de dividendes aux actionnaires.

Les établissements de santé publics sont en outre soumis à un pouvoir de contrôle de l'administration locale avec l'obligation spéciale "de fournir des soins de haute qualité au meilleur coût à tous, en

respectant les convictions idéologiques, philosophiques ou religieuses des patients au sens le plus large, indépendamment de leurs revenus, de leur assurabilité ou de leur situation financière."⁸

Les réseaux cliniques locorégionaux, tout comme les hôpitaux publics et privés, fournissent des services d'intérêt général à la société avec des moyens de la même société. De plus, leur prestation de services n'est pas perçue comme un produit commercial par l'utilisateur.

On ne peut donc partir du principe que les hôpitaux, en tant qu'acteurs économiques "classiques", chercheraient à augmenter les prix non réglementés ou à réduire la qualité des soins pour des raisons économiques, ou à fermer un service très fréquenté pour des raisons purement financières. En d'autres termes, il n'y a pas de fonctionnement de marché normal.

3. La fusion des hôpitaux agréés n'a pas d'impact sur la concurrence

Les fusions d'hôpitaux, tout comme les associations, les groupements et les réseaux, sont des formes de collaboration intégrée que le législateur hospitalier a prévues depuis longtemps, car une collaboration approfondie entre les services favorise effectivement des services optimaux au juste prix pour les patients.

Toujours dans le cadre de la programmation fédérale, c'est au niveau du réseau clinique locorégional qu'il est décidé quelles prestations de soins locorégionales sont fournies dans quel hôpital du réseau. Ce ne sont pas les hôpitaux individuels, mais le réseau dont ils sont membres, qui est compétent pour décider de l'offre de prestations de soins locorégionales. En pratique, cela signifie que le réseau clinique décide dans quel hôpital général les missions de soins locorégionales sont effectuées. Les hôpitaux individuels sont habilités, dans un contexte fortement réglementé (voir ci-dessus), à effectuer les missions de soins locorégionales et à fournir des soins aux patients. Ils mettent en œuvre la décision du réseau.

Une fusion peut entraîner le transfert d'un service médical particulier vers un autre site. Cela n'entraînera jamais la réduction ou la disparition de l'offre dans un domaine de soins particulier, compte tenu de la programmation. Il en résultera surtout une meilleure répartition des missions de soins dans la région où opèrent les hôpitaux.

De plus, cela a peu d'impact sur le droit du patient à choisir librement son professionnel de santé ou sur la liberté thérapeutique des prestataires de soins. Toute restriction éventuelle du choix découlant de la répartition des missions de soins au sein du réseau est justifiée par la nécessité de garantir une offre hospitalière plus qualitative et plus rationnelle grâce à une optimisation des ressources engagées.

4. L'approche modifiée de l'ABC à l'égard des hôpitaux n'apporte aucun secours

Bien que la concurrence entre les hôpitaux s'agissant des prix est régulée par un financement public et que la concurrence entre les hôpitaux s'agissant des prestations de services est régulée par l'agrément, la réglementation et la programmation du législateur fédéral et régional, l'ABC prétend toujours être compétent mais en adaptant ses méthodes spécifiquement pour le secteur. Ce faisant, elle admet toutefois que le secteur ne peut se plier aux principes et à la logique auxquels elle fait appel dans le cadre

⁸ Artikel 503,1° Decreet Lokaal Bestuur (Législation flamande)

de sa compétence. Tout contrôle de l'ABC est sans objet car les autorités compétentes fédérales et régionales disposent de meilleurs outils pour réguler le "marché des soins de santé".

L'intervention préalable de l'ABC doit donc être écartée, sous peine d'imposer aux parties concernées une charge administrative dénuée de plus-value. Les questions que l'ABC propose de poser ne peuvent pas recevoir de réponse générale car elles se rapportent à un cas spécifique. Y répondre suppose un travail de grande ampleur. Or, le résultat de ce travail est connu.

Pourquoi remettre en cause les opérations de fusion si elles s'inscrivent dans le cadre de la politique de santé publique du gouvernement compétent ?

5. Conclusion

La réglementation stricte des activités hospitalières, ainsi que l'agrément des services et des fonctions et programmes de soins hospitaliers, associés à des inspections répétées, garantissent la nécessaire évaluation et surveillance de la qualité des soins, de l'efficacité, de l'accessibilité (financière) et de la liberté de choix⁹.

Il en résulte qu'il n'y a pas de fonctionnement normal du marché, de sorte que le rôle de l'Autorité belge de la Concurrence n'apporte aucune valeur ajoutée en la matière.

De plus, le Cabinet et le SPF Santé publique mènent une politique exigeant une collaboration approfondie et intégrée des acteurs agréés pour garantir la prestation de soins de santé abordables et de qualité.

Il est donc évident que, là où le législateur compétent en la matière considère les actes posés dans le cadre de cette collaboration comme nécessaires ou indispensables, une conclusion identique doit être tirée à des fins de concurrence. Ainsi, ces formes de collaboration intégrées ne doivent pas être qualifiées de perturbantes pour la concurrence ou d'abus de position dominante.

Les hôpitaux agréés et les services hospitaliers agréés doivent donc être exemptés de l'obligation de notification et du contrôle préalable de l'Autorité belge de la Concurrence, par une loi dont l'auteur veillera à préciser, en reprenant les arguments développés dans le présent avis, que l'exemption ainsi établie est compatible avec le principe constitutionnel d'égalité et de non-discrimination dès lors qu'elle repose sur un critère objectif et est raisonnablement justifiée.

⁹ En ce sens, voir également le rapport MUYLLE du 11 mars 2021 au projet de loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne l'application du contrôle préalable des concentrations pour le réseautage clinique entre hôpitaux, *Parl. St.* 2020-2021, 55-1817/003, 9.