

**Het Mededingingscollege van de Belgische Mededingingsautoriteit**

**Beslissing BMA-2024-CC-24 van 1 juli 2024 in toepassing van artikel  
IV.66,§1,2° en §2,1° van het Wetboek van economisch recht**

---

**Zaak nr. MEDE-CC-23/0037**

**GZA Ziekenhuizen – Ziekenhuis Netwerk Antwerpen / Ziekenhuis aan  
de Stroom**

**Publieke versie**

## Inhoudsopgave

I. Procedure .....	9
II. Juridisch kader .....	10
III. Betrokken partijen .....	11
III.1 Aanmeldende partijen .....	11
III.2 Vertegenwoordigers .....	12
IV. Aangemelde Concentratie .....	12
IV.1 Beschrijving van de Concentratie .....	12
IV.2 Activiteiten van de partijen .....	12
IV.3 Doel van de Concentratie .....	13
IV.4 Onderzoekstermijn na aanmelding .....	13
IV.5 Drempels.....	14
IV.6 Conclusie.....	14
V. Bewijslast en beoordelingsstandaard.....	14
VI. De ziekenhuissector.....	15
VI.1 Sectoren.....	15
VI.2 Algemene context.....	16
VI.2.1 Ziekenhuizen.....	16
i) Definitie.....	16
ii) Het aantal ziekenhuizen in België, openbare en private ziekenhuizen en ziekenhuisdichtheid naar aantal inwoners .....	17
VI.2.2 Keuzevrijheid van de patiënten .....	21
VI.3 Regelgevingscontext .....	21
VI.3.1 Ziekenhuisprogrammatie.....	23
VI.3.2 Erkenning van ziekenhuizen .....	25
VI.3.3 Vlaamse regelgeving.....	26
VI.3.4 Financiering van ziekenhuizen.....	28
VI.3.4.a Het BFM .....	29
VI.3.4.b De erelonen .....	30
VI.3.4.c Andere bronnen .....	31
VI.3.5 Verplichte verzekering en tarieven van de gezondheidszorg.....	31
VI.3.6 Kwaliteit van de gezondheidszorg .....	32
VII. Marktafbakening.....	33

VII.1 Het aanbod van ziekenhuisdiensten.....	33
VII.1.1 Productmarkt.....	33
VII.1.1.a Beslissingspraktijk.....	33
VII.1.1.b Standpunt van de aanmeldende partijen.....	37
VII.1.1.c Marktonderzoek.....	38
VII.1.1.d Beoordeling en conclusie van de auditeur.....	40
VII.1.1.e Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege.....	40
VII.1.2 Geografische markt.....	40
VII.1.2.a Beslissingspraktijk.....	40
VII.1.2.b Standpunt van de aanmeldende partijen.....	41
VII.1.2.c Marktonderzoek.....	42
VII.1.2.d Beoordeling en conclusie van de auditeur.....	43
VII.1.2.e Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege.....	43
VII.1.3 Beoordeling en conclusie van de auditeur.....	43
VII.1.4 Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege.....	43
VII.2 Het aanbod van ambulante zorg.....	44
VII.2.1 Productmarkt.....	44
VII.2.1.a Beslissingspraktijk.....	44
VII.2.1.b Standpunt van de aanmeldende partijen.....	45
VII.2.1.c Marktonderzoek.....	45
VII.2.1.d Beoordeling en conclusie van de auditeur.....	48
VII.2.1.e Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege.....	48
VII.2.2 Geografische markt.....	48
VII.2.2.a Beslissingspraktijk.....	48
VII.2.2.b Standpunt van de aanmeldende partijen.....	49
VII.2.2.c Marktonderzoek.....	49
VII.2.2.d Beoordeling en conclusie van de auditeur.....	49
VII.2.2.e Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege.....	49
VII.2.3 Beoordeling en conclusie van de auditeur.....	50
VII.2.4 Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege.....	50
VII.3 Conclusie aangaande marktafbakening.....	50
VIII. Bepaling van de geografische markten, marktaandelen en betrokken markten.....	50
VIII.1 Methodologie van het auditoraat.....	51
VIII.1.1 Inleiding.....	51

VIII.1.2 Bepaling van de zorggebieden.....	52
VIII.1.2.a Bepaling van het zwaartepunt.....	53
VIII.1.2.b Afbakening van het relevante zorggebied.....	55
VIII.1.3 Berekening van marktaandelen.....	56
VIII.1.3.a Hospitalisaties.....	57
i) Hospitalisaties op algemeen niveau .....	57
ii) Hospitalisaties per service line.....	58
VIII.1.3.b Gespecialiseerde ambulante zorg .....	58
i) Gespecialiseerde ambulante zorg op algemeen niveau .....	58
ii) Gespecialiseerde ambulante zorg per specialisatie .....	59
VIII.2 Betrokken markten op basis van het onderzoek.....	59
VIII.2.1 De markt voor hospitalisaties .....	59
VIII.2.1.a Standpunt van aanmeldende partijen .....	59
VIII.2.1.b Onderzoek .....	62
i) Marktaandelen van aanmeldende partijen .....	62
ii) Marktaandelen van concurrenten .....	63
VIII.2.1.c Beoordeling en conclusie van de auditeur.....	64
VIII.2.1.d Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege .....	64
VIII.2.2 De markt voor gespecialiseerde ambulante zorg .....	64
VIII.2.2.a Standpunt van de partijen .....	64
VIII.2.2.b Onderzoek .....	65
i) Marktaandelen van de aanmeldende partijen .....	65
ii) Marktaandelen van de concurrenten .....	65
VIII.2.2.c Beoordeling en conclusie van de auditeur.....	67
VIII.2.2.d Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege .....	67
VIII.3 Conclusie aangaande de betrokken markten .....	67
VIII.4 Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege aangaande de betrokken markten.	67
IX. Concurrentiële analyse .....	68
IX.1 Inleiding.....	68
IX.1.1 Algemeen .....	68
IX.1.2 Toepassing in de ziekenhuissector.....	69
IX.1.2.a Toepassing van het mededingingsrecht in de ziekenhuissector.....	69
IX.1.2.b Gereguleerde aard van de ziekenhuissector .....	71
IX.1.2.c De toepassing op de aanmeldende partijen .....	75

IX.2 Unilaterale effecten .....	76
IX.2.1 Inleiding.....	76
IX.2.2 Analyse van de unilaterale effecten op prijzen .....	77
IX.2.2.a Analyse van de impact van de Concentratie op ereloonsupplementen (markt voor hospitalisaties) .....	78
i) Inleiding.....	78
ii) Standpunt van de aanmeldende partijen .....	78
iii) Onderzoek.....	79
a. Beschrijving van het beleid over ereloonsupplementen bij ZNA en GZA .....	79
b. Evolutie van de aangerekende ereloonsupplementen bij ZNA en GZA.....	81
c. Maximumtarieven van ereloonsupplementen voor belangrijkste concurrenten in het zorggebied.....	84
d. Marktonderzoek.....	84
iv) Beoordeling en conclusie van de auditeur .....	85
v) Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege.....	87
IX.2.2.b Analyse van de impact van de Concentratie op kamersupplementen (markt voor hospitalisaties) .....	88
i) Inleiding.....	88
ii) Standpunt van de aanmeldende partijen .....	89
iii) Onderzoek.....	90
a. Beschrijving van het beleid over kamersupplementen bij ZNA en GZA .....	90
b. Evolutie van de kamersupplementen .....	90
c. Gevolg van de zorgaanbod herschikking van partijen op kamersupplementen .....	91
d. Kamersupplementen van belangrijkste concurrenten in het zorggebied .....	92
e. Marktonderzoek.....	92
iv) Beoordeling en conclusie van de auditeur .....	93
v) Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege.....	94
IX.2.2.c Analyse van de impact van de Concentratie op ereloonsupplementen voor niet-geconventioneerde artsen (markt voor gespecialiseerde ambulante zorg).....	95
i) Standpunt van de aanmeldende partijen .....	95
ii) Onderzoek.....	96
a. Inleiding.....	96
b. Beschrijving van het huidig beleid over ereloonsupplementen voor gespecialiseerde ambulante zorg bij ZNA en GZA .....	97

c. Evolutie van de aangerekende ereloon-supplementen voor ambulante zorg bij ZNA en GZA 97	
d. Marktonderzoek.....	99
iii) Beoordeling en conclusie van de auditeur.....	99
iv) Beoordeling van het Mededingingscollege.....	100
IX.2.2.d Analyse van de impact van de Concentratie op het niveau van afdrachten op de erelonen van artsen (markten voor hospitalisaties en voor gespecialiseerde ambulante zorg) .....	101
i) Inleiding.....	101
ii) Standpunt van de aanmeldende partijen .....	101
iii) Onderzoek.....	102
iv) Beoordeling en conclusie van de auditeur.....	103
v) Beoordeling van het Mededingingscollege.....	103
IX.2.3 Analyse van de unilaterale effecten op de kwaliteit van het zorgaanbod van partijen ...	104
IX.2.3.a Analyse van de rechtstreekse impact van de Concentratie op de kwaliteit van het zorgaanbod .....	104
i) Standpunt van de aanmeldende partijen .....	104
ii) Onderzoek.....	104
a. Inleiding.....	104
b. Kwantitatieve analyse .....	104
iii) Beoordeling en conclusie van de auditeur.....	116
iv) Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege.....	116
IX.2.3.b Analyse van de onrechtstreekse impact van de Concentratie op de kwaliteit van het zorgaanbod (werkvoorwaarden zorgpersoneel) .....	117
i) Inleiding.....	117
ii) Standpunt van de aanmeldende partijen .....	117
iii) Onderzoek.....	117
iv) Beoordeling en conclusie van de auditeur.....	120
v) Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege.....	120
IX.2.4 Analyse van unilaterale effecten op de toegankelijkheid tot het aanbod van de partijen .....	120
IX.2.4.a Standpunt van partijen .....	120
IX.2.4.b Onderzoek.....	121
i) Inleiding.....	121
ii) Analyse .....	121

IX.2.4.c Beoordeling en conclusie van de auditeur .....	124
IX.2.4.d Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege.....	124
IX.2.5 Conclusie van de auditeur aangaande de unilaterale effecten .....	124
IX.2.6 Conclusie van het Mededingingscollege aangaande de unilaterale effecten .....	125
IX.3 Gecoördineerde effecten.....	125
IX.3.1 Inleiding.....	125
IX.3.2 Standpunt van de aanmeldende partijen .....	127
IX.3.3 Marktkenmerken die bevorderlijk zijn voor stilzwijgende coördinatie op de lokale markt voor hospitalisaties .....	129
IX.3.3.a Weinig spelers actief op de betrokken lokale markt voor hospitalisaties .....	129
IX.3.3.b Mate van asymmetrie tussen ziekenhuisdiensten .....	130
IX.3.3.c Hoge toetreding- en uitbreidingsbarrières .....	132
IX.3.3.d Stabiliteit van de vraag .....	133
IX.3.3.e Markttransparantie.....	133
IX.3.3.f Frequente uitwisselingen en samenwerking tussen ziekenhuizen .....	135
IX.3.3.g De “war on talent” en indicaties van een mogelijke no-poaching overeenkomst tussen ziekenhuizen in de Antwerpse regio .....	137
IX.3.4 Mechanisme van de stilzwijgende coördinatie.....	138
IX.3.4.a Mogelijkheid om tot overeenstemming te komen over de coördinatievoorwaarden .....	138
IX.3.4.b Duurzaamheid van de coördinatie.....	140
i) Controle op afwijkend gedrag.....	140
ii) Disciplineren en prikkels om af te wijken .....	140
iii) Reactie van buitenstaanders.....	141
IX.3.4.c Beoordeling en conclusie van de auditeur .....	142
IX.3.4.d Beoordeling van het Mededingingscollege .....	142
IX.3.5 Gecoördineerde effecten afgeleid van de Concentratie .....	143
IX.3.5.a Van vijf naar vier voornaamste concurrenten na de Concentratie .....	144
IX.3.5.b Verhoging van de transparantie na de Concentratie op ziekenhuis- én netwerkniveau .....	145
IX.3.5.c Asymmetrie en marktleiderschap .....	146
IX.3.6 Beoordeling en conclusie van de auditeur aangaande gecoördineerde effecten .....	147
IX.3.7 Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege aangaande de gecoördineerde effecten .....	148
IX.4 Efficiëntiewinsten .....	150

IX.4.1 Standpunt van de aanmeldende partijen .....	151
IX.4.2 Onderzoek.....	152
IX.4.3 Beoordeling en conclusie van de auditeur .....	153
IX.4.4 Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege.....	153
X. Verbintenissen .....	154
X.1 De aangeboden verbintenissen .....	154
X.2 Markttest .....	155
X.3 Beoordeling en conclusie van de auditeur.....	156
X.3.1 Principes.....	156
X.3.2 Analyse .....	156
X.3.2.a Verbintenis 1: bevrozing ereloon­supplemen­ten (hospitalisaties) .....	156
X.3.2.b Verbintenis 2: bevrozing ereloon­supplemen­ten (gespecialiseerde ambulante zorg) .....	157
X.3.2.c Verbintenis 3: bevrozing kamersupplemen­ten (hospitalisaties).....	158
X.3.2.d Verbintenis 4: [VERTROUWELIJK] .....	159
X.3.2.e Verbintenis 5: handleiding en opleiding mededingingsrecht .....	159
X.3.2.f Verbintenis 6: monitoring.....	160
X.4 Conclusie van de auditeur aangaande de verbintenissen .....	160
X.5 Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege aangaande de verbintenissen .....	160
XI. Vertrouwelijkheid .....	165
XII. Voorstel tot beslissing.....	166
XIII. Beslissing.....	166

## **I. Procedure**

1. Op 4 januari 2024 hebben de aanmeldende partijen een eerste ontwerp van aanmelding overgemaakt aan het auditoraat.
2. Overeenkomstig artikel IV.27, §2 en §3 van het Wetboek van economisch recht (hierna “WER”) heeft de auditeur-generaal mevrouw Adélaïde Nys, auditeur bij de Belgische Mededingingsautoriteit (hierna “BMA”) belast met de dagelijkse leiding van het onderzoek, bijgestaan door mevrouw Vasiliki Mitrias, auditeur bij de BMA en mevrouw Sara Nizet, de heer Lance De Maeyer, de heer Benjamin Dossche en de heer Cédric Jackers, allen attaché bij de BMA. De heren Jaime Coronado Hinojosa en Bert Willekens, economisch adviseurs, en de heer Baptiste Souillard en mevrouw Claire Bour, experts van het Chief Economist Team, verleenden bijstand aan het onderzoek.
3. Overeenkomstig artikel IV.27, §4 WER heeft de auditeur-generaal de heer Antoon Kyndt aangewezen als auditeur-adviseur.
4. Tijdens de pre-notificatiefase werden bijkomende inlichtingen gevraagd aan de aanmeldende partijen. Deze inlichtingen werden in het ontwerp van aanmelding verwerkt.
5. Teneinde het belang en de mogelijke gevolgen van voorliggende concentratie goed te kunnen inschatten, werden met instemming van de aanmeldende partijen<sup>1</sup> tijdens de pre-notificatiefase interviews gevoerd met de belangrijkste concurrenten en verzoeken om inlichtingen verstuurd naar de relevante overheidsinstanties, concurrenten, mutualiteiten, verzekeraars, verenigingen en vakbonden.
6. Op 9 april 2024 ontving de auditeur-generaal van de BMA een kennisgeving, overeenkomstig artikel IV.10, §1 van Boek IV WER, van een concentratie in de zin van artikel IV.6 WER in de huidige zaak.
7. Op 7 mei 2024 heeft de auditeur in toepassing van artikel IV.63, §2 WER de aanmeldende partijen op de hoogte gebracht dat er voor een twee lokale markten ernstige twijfels zijn bij de toelaatbaarheid van de concentratie wegens risico’s van significante belemmering van de daadwerkelijke mededinging op de Belgische markt of een wezenlijk deel daarvan.
8. Voormeld artikel IV.63, §2 WER voorziet voor de aanmeldende partijen in de mogelijkheid om verbintenissen aan te bieden die bedoeld zijn om een beslissing van toelaatbaarheid te verkrijgen. Van deze mogelijkheid werd door de aanmeldende partijen gebruik gemaakt. Op 16 mei 2024 werden door de aanmeldende partijen verbintenissen aangeboden om een beslissing van toelaatbaarheid te verkrijgen.
9. Op 22 mei 2024 werden de aangeboden verbintenissen van de aanmeldende partijen aan een markttest onderworpen.
10. De auditeur-adviseur heeft zijn advies verleend in toepassing van artikel IV.64, §1 WER.
11. Op 3 juni 2024 werd overeenkomstig art. IV.64, §1 WER het gemotiveerd voorstel van beslissing (inclusief Bijlagen A, B en C) aan het Mededingingscollege en een kopie aan de aanmeldende partijen, overeenkomstig art. IV.64, §3, eerste lid WER, overgemaakt.
12. Op 29 april 2024 heeft de Voorzitter het College samengesteld.

---

<sup>1</sup> Onderzoeksdossier, (I.F1).

13. Op 18 juni 2024 hebben de aanmeldende partijen in toepassing van artikel IV.65, §1 WER hun schriftelijke opmerkingen ingediend (“Schriftelijke Opmerkingen”, zie bijlage E bij deze beslissing).

14. Op 19 juni 2024 heeft het Mededingingscollege de aanmeldende partijen gehoord in aanwezigheid van het auditoraat, de auditeur-generaal, de directeur economische zaken en de directeur juridische zaken.

## **II. Juridisch kader**

15. Artikel IV.6, §1 WER bepaalt:

“Voor de toepassing van dit boek komt een concentratie tot stand ingeval er een duurzame wijziging van zeggenschap voortvloeit uit:

1° (...); of

2° het verkrijgen, door één of meer personen die reeds de zeggenschap over ten minste één onderneming bezitten of door één of meer ondernemingen, van de zeggenschap - door de verwerving van participaties in het kapitaal of de aankoop van vermogensbestanddelen, bij overeenkomst of op elke andere wijze - rechtstreeks of onrechtstreeks, over één of meer andere ondernemingen of delen daarvan.”

16. Artikel IV.7, §1 WER bepaalt:

“De bepalingen van dit hoofdstuk zijn slechts van toepassing ingeval de betrokken ondernemingen samen in België een omzet, bepaald volgens de in artikel IV.8 bedoelde criteria, van meer dan 100 miljoen euro bereiken en ten minste twee van de betrokken ondernemingen elk in België een omzet halen van ten minste 40 miljoen euro.”

17. Artikel IV.9, §§1-4 WER bepaalt:

“§ 1. Voor de concentraties die onderworpen zijn aan het toezicht ingesteld bij dit hoofdstuk is een voorafgaande beslissing nodig van de Belgische Mededingingsautoriteit, die vaststelt of zij al of niet toelaatbaar zijn.

§ 2. Bij de in paragraaf 1 bedoelde beslissing wordt rekening gehouden met:

1° de noodzaak een daadwerkelijke mededinging op de markt te handhaven en te ontwikkelen in het licht van met name de structuur van alle betrokken markten en van de bestaande of potentiële mededinging van op of buiten het Belgische grondgebied gevestigde ondernemingen;

2° de positie op de markt van de betrokken ondernemingen, hun economische en financiële macht, de keuzemogelijkheden van leveranciers en afnemers, hun toegang tot voorzieningsbronnen en afzetmarkten, het bestaan van juridische of feitelijke hinderpalen voor de toegang tot de markt, de ontwikkeling van vraag naar en aanbod van de betrokken producten, de belangen van de tussen- en eindverbruikers, alsmede de ontwikkeling van de technische en economische vooruitgang, voor zover deze in het voordeel van de consument is en geen belemmering vormt voor de mededinging.

§ 3. Concentraties die niet tot gevolg hebben dat een daadwerkelijke mededinging op de Belgische markt of een wezenlijk deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd, onder andere door het in het leven roepen of versterken van een machtspositie, worden toelaatbaar verklaard.

§ 4. Concentraties die tot gevolg hebben dat een daadwerkelijke mededinging op de Belgische markt of een wezenlijk deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd, onder andere door het in het leven roepen of versterken van een machtspositie, worden ontoelaatbaar verklaard.”

18. Artikel IV.66, §§1-2 WER bepaalt:

“§ 1. Het Mededingingscollege stelt bij gemotiveerde beslissing naar gelang het geval vast, dat:  
1° de concentratie niet binnen het toepassingsgebied valt van titel 1, hoofdstuk 2, van dit boek;  
2° de concentratie binnen het toepassingsgebied valt van titel 1, hoofdstuk 2, van dit boek.

§ 2. Ingeval de concentratie binnen het toepassingsgebied valt van titel 1, hoofdstuk 2, van dit boek, neemt het Mededingingscollege één van de volgende gemotiveerde beslissingen:

1° het beslist dat de concentratie toelaatbaar is. Aan die beslissing kan het voorwaarden en verplichtingen verbinden, die moeten waarborgen dat de betrokken ondernemingen de verbintenissen nakomen die zij hebben aangeboden, teneinde de concentratie toelaatbaar te horen verklaren. Ingeval het Mededingingscollege voorwaarden en verplichtingen in overweging wenst te nemen die niet in het voorstel van beslissing opgenomen zijn, worden de aanmeldende partijen en de Auditeur hierover gehoord en beschikken zij over ten minste twee werkdagen, vanaf de mededeling door het Mededingingscollege, om zich hierover schriftelijk uit te spreken;

2° het verklaart de concentratie toelaatbaar ingeval de bij de concentratie betrokken ondernemingen samen niet meer dan 25 % controleren van een voor de transactie relevante markt, ongeacht of het gaat om horizontale dan wel verticale relaties;

3° het stelt vast dat er ernstige twijfels bestaan omtrent de toelaatbaarheid van de concentratie en beslist de procedure van bijkomend onderzoek en beslissing bedoeld in de artikelen IV.67 tot IV.69 in te zetten; deze beslissing is niet vatbaar voor beroep.

De motivering van de beslissing van het Mededingingscollege is uitdrukkelijk en afdoende.”

### **III. Betrokken partijen**

#### **III.1 Aanmeldende partijen**

19. GasthuisZusters Antwerpen vzw (hierna ook “GZA”) is een vereniging zonder winstoogmerk overeenkomstig het Wetboek van vennootschappen en verenigingen van 23 maart 2019, met zetel te Oosterveldlaan 24, 2610 Antwerpen en ingeschreven bij de KBO met nummer 0428.651.017.

20. GZA baat een algemeen ziekenhuis met erkenningsnummer 7 10 099 38 uit. Het ziekenhuis beschikt over drie campussen en één polikliniek in de provincie Antwerpen.<sup>2</sup>

21. Het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen vzw (hierna ook “ZNA”) is een ziekenhuisvereniging conform art. 474 §1, lid 3, 3° en art. 501 Decreet Lokaal Bestuur (DLB), met zetel te Leopoldstraat 26, 2000 Antwerpen en ingeschreven bij de KBO met nummer 0862.382.656.

22. ZNA baat een algemeen ziekenhuis met erkenningsnummer 7 10 009 31 uit. Haar ziekenhuisactiviteiten zijn gespreid over zeven campussen in de provincie Antwerpen. Daarnaast beschikt ZNA over een polikliniek en een medisch centrum waar kleine traumatologie behandeld kan

---

<sup>2</sup> Aanmeldingsformulier, §1 en 10; Bijlage 12 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3).

worden, beide gelegen in de provincie Antwerpen. Naast de erkenning voor het algemeen ziekenhuis beschikt ZNA over een erkenning voor een psychiatrisch ziekenhuis enerzijds en een psychiatrisch verzorgingshuis anderzijds. Aangezien GZA noch over een erkenning voor een psychiatrisch ziekenhuis, noch over een erkenning voor een psychiatrisch verzorgingshuis beschikt, bestaat er met betrekking tot deze zorgverleningsactiviteiten geen overlap tussen de aanmeldende partijen.<sup>3</sup>

### **III.2 Vertegenwoordigers**

23. De vertegenwoordigers van partijen zijn als volgt:

<b>Naam</b>	Diego Fornaciari	Stijn Sabbe	Wim De Meester
<b>Kantoor</b>	resolut.	resolut.	Quinz
<b>Telefoon</b>	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]	[VERTROUWELIJK]
<b>Adres</b>	Sint-Michielslaan 47, 1040 Brussel	Sint-Michielslaan 47, 1040 Brussel	Medialaan 28B, 1800 Vilvoorde
<b>E-mail</b>	diego.fornaciari@resolut.law	Stijn.sabbe@resolut.law	wim.demeester@quinz.be

## **IV. Aangemelde Concentratie**

### **IV.1 Beschrijving van de Concentratie**

24. De voorgenomen Concentratie betreft een inbreng om niet van een algemeenheid, opgesteld overeenkomstig art. 13:10 en art. 12:93-12:95 Wetboek van vennootschappen en verenigingen, tussen GZA en ZNA. GZA is de inbrengende vzw en ZNA de verkrijgende vzw.

25. Bij de realisatie van de inbreng zal de overeengekomen statutenwijziging van ZNA in werking treden, waardoor deze zal omgedoopt worden tot ziekenhuis aan de Stroom vzw (hierna "ZAS") en gezamenlijk zal gecontroleerd worden door OCMW Antwerpen, Stad Antwerpen en GZA vzw. De twee afzonderlijke erkenningen van de ziekenhuizen zullen echter behouden blijven: binnen ZAS zullen twee erkende algemene ziekenhuizen werkzaam zijn, waarvan ZAS zal optreden als ziekenhuisbeheerder.<sup>4</sup>

26. In termen van bedden zouden de partijen samen veruit het grootste ziekenhuis in België en zelfs één van de vijf grootste in Europa vormen.<sup>5</sup>

### **IV.2 Activiteiten van de partijen**<sup>6</sup>

27. GZA baat een algemeen ziekenhuis met erkenningsnummer 7 10 099 38 uit over drie campussen en één polikliniek. De ziekenhuiscampussen zijn:

- Campus Sint-Augustinus;
- Campus Sint-Vincentius;
- Campus Sint-Jozef; en
- Polikliniek Hof ter Schelde.

<sup>3</sup> Aanmeldingsformulier, §2 en 10; Bijlage 13 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3).

<sup>4</sup> Aanmeldingsformulier, §3-4.

<sup>5</sup> Zie <https://www.gzaziekenhuizen.be/nieuws/gza-ziekenhuizen-zna-willen-fuseren-tot-ziekenhuis-aan-de-stroom>.

<sup>6</sup> Aanmeldingsformulier., §1-2.

28. GZA had in 2022 1012 bedden ter beschikking.<sup>7</sup>

29. ZNA baat een algemeen ziekenhuis met erkenningsnummer 7 10 009 31 over 7 campussen, één polikliniek en één medisch centrum. De ziekenhuiscampussen zijn:

- Campus Cadix;
- Campus Hoge Beuken;
- Campus Jan Palfijn;
- Campus Joostens;
- Koningin Paola Kinderziekenhuis, Middelheim en Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen op één campus;
- Campus Sint-Elisabeth;
- Campus Sint-Erasmus;
- Polikliniek Regatta; en
- Medisch Centrum Kaai.

30. ZNA had in 2022 2202 bedden ter beschikking.<sup>8</sup>

31. De “klassieke” algemene ziekenhuizen zijn ziekenhuizen die zowel overdag als ‘s nachts patiënten ontvangen voor gespecialiseerde medische hulp.<sup>9</sup> GZA en ZNA leveren diensten zowel met betrekking tot hospitalisaties als gespecialiseerde ambulante zorg.

### **IV.3 Doel van de Concentratie**<sup>10</sup>

32. De bestaande samenwerkingen tussen een ziekenhuisgroepering of een -netwerk volstaan volgens aanmeldende partijen niet om de (zorgstrategische) doelstellingen en ambities te realiseren en het hoofd te bieden aan de maatschappelijke en financiële uitdagingen in de huidige ziekenhuiscontext. Dit is volgens aanmeldende partijen niet alleen te wijten aan het gebrek aan financiering op het niveau van het netwerk, maar ook aan het feit dat er nood is aan een eenheid van vermogen tussen GZA en ZNA om bepaalde (zorgstrategische) doelstellingen effectief te kunnen bereiken. Daarnaast gelden er volgens aanmeldende partijen in afwezigheid van een fusie grote beperkingen met betrekking tot de wederzijdse inzet van personeel en artsen, die een efficiënte inzet van schaars personeel verhinderen.

### **IV.4 Onderzoekstermijn na aanmelding**

33. De onderzoekstermijn is als volgt:

<b>Aanmelding Concentratie</b>	9 april 2024
<b>Aanvang termijn</b>	10 april 2024
<b>20 werkdagen</b>	8 mei 2024
<b>25 werkdagen</b>	17 mei 2024

<sup>7</sup> GZA, *Jaarverslag GZA Ziekenhuizen 2022*, 28 juni 2022, 15, [https://www.gzaziekenhuizen.be/sites/default/files/2023-06/GZA-ZKH\\_jaarverslag2022\\_digitaal.pdf](https://www.gzaziekenhuizen.be/sites/default/files/2023-06/GZA-ZKH_jaarverslag2022_digitaal.pdf).

<sup>8</sup> Zie [https://www.zna.be/nl/over-zna#:~:text=ZNA%20stelt%20zo%27n%206.550,pati%C3%ABntcontacten%20gehospitaliseerd%20\(met%20overnachting\)](https://www.zna.be/nl/over-zna#:~:text=ZNA%20stelt%20zo%27n%206.550,pati%C3%ABntcontacten%20gehospitaliseerd%20(met%20overnachting).).

<sup>9</sup> FOD Volksgezondheid, *Blikvanger gezondheidszorg – Algemene ziekenhuizen*, Brussel, 2023, 8.

<sup>10</sup> Aanmeldingsformulier, §7.

35 werkdagen	3 juni 2024
40 werkdagen	11 juni 2024
55 werkdagen	2 juli 2024

## IV.5 Drempels

34. De omzetcijfers van partijen voor 2022 zijn als volgt:<sup>11,12</sup>

Omzet (EUR)	GZA	ZNA
In België	[300.000.000-400.000.000]	[700.000.000-800.000.000]
Buiten België	[700.000-800.000]	[1.000.000-5.000.000]
Totaal	[300.000.000-400.000.000]	[700.000.000-800.000.000]

35. Krachtens art. 2, §3, lid 1 Ziekenhuiswet, gewijzigd bij wet van 29 maart 2024,<sup>13</sup> zijn concentraties tussen ziekenhuizen vrijgesteld van voorafgaand toezicht door de BMA. Echter, lid 2 van datzelfde artikel verduidelijkt dat concentraties tussen ziekenhuizen onderworpen blijven aan dat toezicht indien de betrokken ziekenhuizen samen in België een omzet van meer dan 900 miljoen euro bereiken en ten minste twee van de betrokken erkende ziekenhuizen elk in België een omzet halen van ten minste 250 miljoen euro. Zoals bovenstaande tabel aantoont, overschrijden GZA en ZNA deze drempels. De BMA is bijgevolg bevoegd om het voorafgaande concentratietoezicht uit te oefenen.

## IV.6 Conclusie

36. Gelet op de beschrijving van de aangemelde transactie onder afd. IV.1 en de omzetcijfers van de Partijen vermeld in afd. IV.5, stelt het College vast dat de aangemelde transactie een concentratie vormt in de zin van artikel IV.6 § 1, 2° WER die aan de aanmeldingsdrempels van artikel IV.7, § 1 WER voldoet.

## V. Bewijslast en beoordelingsstandaard

37. Het College dient aangemelde concentraties die binnen het toepassingsgebied vallen van de regels inzake concentratietoezicht van Boek IV van het Wetboek van economisch recht (“WER”), in een eerste fase procedure bij toepassing van artikel IV.66, §2 WER goed te keuren indien voor het College niet is aangetoond dat er ernstige twijfel is over de toelaatbaarheid van een concentratie in de zin van artikel IV.9, §4 WER. De bewijslast betreffende het aantonen van een ernstige twijfel rust op de BMA, en gelet op zijn structuur dus in eerste instantie op het Auditoraat.<sup>14</sup> Het College dient een afwijken van het voorstel van de Auditeur voldoende te motiveren.<sup>15</sup>

<sup>11</sup> *Ibid.*, §54.

<sup>12</sup> Voor zijn onderzoek heeft het auditoraat ook de jaarrekeningen van de partijen verzameld door middel van de Balanscentrale van de NBB, die publiek toegankelijk is: <https://www.nbb.be/nl/balanscentrale>. Daarbij wijst het auditoraat erop dat (i) de totale omzet van GZA in 2022, zoals gepubliceerd door de NBB en zoals meegedeeld door GZA zelf in haar antwoord op VOI 5, gelijk is aan 447.624.303 EUR; en (ii) de totale omzet van ZNA, zoals gepubliceerd door de NBB en zoals meegedeeld door ZNA zelf in haar antwoord op VOI 5, gelijk is aan 748.024.334 EUR. Aangezien de gecombineerde totale omzet van de partijen de wettelijke drempel van art. 2, §3, tweede lid Ziekenhuiswet ruimschoots overschrijdt, hetzij door gebruik te maken van de tabel die rechtstreeks door de partijen is ingevuld in randnummer 45 van het aanmeldingsformulier, hetzij door gebruik te maken van officiële jaarrekeningen; en gezien het feit dat het aandeel van de activiteiten van de partijen buiten België marginaal is door de aard van hun activiteiten, heeft het auditoraat besloten geen standpunt in te nemen over de oorzaak van deze discrepantie.

<sup>13</sup> Wet 29 maart 2024 tot uitvoering van Verordening (EU) 2022/1925 van het Europees Parlement en de Raad van 14 september 2022 over betwistbare en eerlijke markten in de digitale sector, en tot wijziging van Richtlijnen (EU) 2019/1937 en (EU) 2020/1828 en tot wijziging van diverse bepalingen houdende de organisatie en de bevoegdheden van de Belgische Mededingingsautoriteit, BS 3 mei 2024.

<sup>14</sup> Beslissing BMA-2023-C/C-07 van 3 april 2023 in Zaak nr. MEDE-C/C-22/038, Sligro – Metro Cash & Carry (deel College), §25.

<sup>15</sup> Zie over de motiveringsvereiste ter zake het arrest van het Marktenhof van 28 februari 2018 in de zaak Euroscop t. BMA, §25.

38. Indien het Mededingingscollege een beslissing wil nemen zoals bedoeld in artikel IV.66, §2, 3° WER dient het te motiveren dat er sprake is van ernstige twijfels over de toelaatbaarheid van de concentratie. Deze twijfel moet gelet op artikel IV.9, §4 WER betrekking hebben op de vraag of de concentratie tot gevolg zal hebben dat de daadwerkelijke mededinging op de Belgische markt of een wezenlijk deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd, onder andere door het in het leven roepen of versterken van een machtspositie. Het Mededingingscollege dient daarbij rekening te houden met de factoren vermeld in artikel IV.9, §2 WER.<sup>16</sup>

39. Het College oordeelt, op basis van vaste beslissingspraktijk van het Mededingingscollege, dat de ernst van de twijfel beoordeeld moet worden gelet op de waarschijnlijkheid dat negatieve gevolgen zich zullen voordoen, op de ernst van de gevolgen indien zij zich voordoen, en op de waarschijnlijkheid dat die negatieve gevolgen door de concentratie zijn veroorzaakt. De eventuele vaststelling dat negatieve gevolgen niet zijn uitgesloten laat naar het oordeel van het College niet toe om de procedure van bijkomend onderzoek en beslissing bedoeld in de artikelen IV.67 tot IV.69 WER in te zetten. En zeker wanneer de waarschijnlijkheid dat een gevolg zich zou voordoen niet groot is, moet het Mededingingscollege de ernst van de twijfel onvoldoende achten voor het openen van een in de artikelen IV.67 tot 69 WER bedoeld bijkomend onderzoek.<sup>17</sup>

40. Indien het College het bestaan van ernstige twijfel over de toelaatbaarheid van een concentratie vaststelt en de partijen verbintenissen aanbieden, komt het toe aan het College, met in achtneming van het voorstel van het Auditoraat, te beoordelen of de verbintenissen geschikt zijn om de concentratie toelaatbaar te verklaren. De verbintenissen moeten volledig, effectief en verifieerbaar zijn. Daarmee is bedoeld dat zij de ernstige twijfel omtrent de significante belemmering van de mededinging en dus de mededingingsbezwaren volledig en daadwerkelijk wegnemen, en dat zulks ook nagegaan kan worden.<sup>18</sup> Indien het College oordeelt dat verbintenissen geschikt zijn, verklaart het de aangemelde concentratie toelaatbaar.

## **VI. De ziekenhuissector**

41. Dit hoofdstuk beschrijft het Belgische regelgevingskader en de parameters op basis waarvan ziekenhuizen concurreren. Het onderzoekt vervolgens de implicaties van de gereguleerde aard van de ziekenhuissector voor de marktdefinitie en de concurrentieanalyse.

### **VI.1 Sectoren**

42. De economische sectoren waarop de Concentratie betrekking heeft (NACE codes), zijn:<sup>19</sup>

voor GZA:

- a. 86.101 Algemene ziekenhuizen, m.u.v. geriatrische en gespecialiseerde ziekenhuizen;

---

<sup>16</sup> Beslissing BMA-2013-C/C-03 van 25 oktober 2013 in Zaak nr. MEDE – C/C – 13/0020, De oprichting van het Mediahuis door Corelio NV en Concentra NV, § 672 en 673.

<sup>17</sup> Zie Beslissing BMA-2013-C/C-03 van 25 oktober 2013 in Zaak nr. MEDE – C/C – 13/0020, *De oprichting van het Mediahuis door Corelio NV en Concentra NV*, § 674; Beslissing BMA-2023-C/C-07 van 3 april 2023 in Zaak nr. MEDE – C/C – 22/038, *Sligro – Metro Cash & Carry*, §25.

<sup>18</sup> Arrest van het Hof van Beroep te Brussel, 18<sup>e</sup> kamer van 12 maart 2015, 2013/MR/31, VAB /VAB Rijschool en Rijschool Sanderus / BMA / Koninklijke Belgische Touringclub, punten 74 en 77, met verwijzing naar 9 van de Mededeling van de Europese Commissie over aanvaardbare corrigerende maatregelen (PB C 267/1 van 22.10.2008) waarvan volgens het hof mag aangenomen worden dat zij niet alleen richtinggevend is voor de Commissie maar ook voor de BMA.

<sup>19</sup> Aanmeldingsformulier, §40-41.

- b. 56.290 Overige eetgelegenheden; en
- c. 68.204 Beheer en exploitatie van terreinen;

en voor ZNA:

- d. 86.101 Algemene ziekenhuizen, m.u.v. geriatrische en gespecialiseerde ziekenhuizen;
- e. 56.290 Overige eetgelegenheden;
- f. 56.309 Andere drinkgelegenheden;
- g. 68.204 Verhuur en exploitatie van terreinen;
- h. 86.109 Overige hospitalisatiediensten; en
- i. 86.220 Praktijken van specialisten.

## **VI.2 Algemene context**

43. Ziekenhuisactiviteiten zijn onderworpen aan regels met betrekking tot het verlenen van zorg, hun geografische ligging, financiering/subsidiëring, prijszetting en het kwaliteitsniveau dat aan patiënten wordt aangeboden.

### **VI.2.1 Ziekenhuizen**

#### **i) Definitie**

44. Artikel 2, lid 1, van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008 (hierna “Ziekenhuiswet”) definieert ziekenhuizen als volgt:

*“[...] de instellingen voor gezondheidszorg waarin op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heekunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren.*

*Deze ziekenhuizen vervullen een opdracht van algemeen belang.”*

45. Uit de definitie van ziekenhuizen in artikel 2, lid 1 van de Ziekenhuiswet blijkt dat zij een opdracht van algemeen belang vervullen.

46. Er zijn verschillende categorieën ziekenhuizen:

- a. Psychiatrische ziekenhuizen: volgens artikel 3 van de Ziekenhuiswet worden “ziekenhuizen die uitsluitend bestemd zijn voor psychiatrische patiënten” beschouwd als psychiatrische ziekenhuizen.
- b. Algemene ziekenhuizen: binnen deze categorie moet onderscheid worden gemaakt tussen “categorale” algemene ziekenhuizen en “acute” algemene ziekenhuizen. Categorale algemene ziekenhuizen bieden uitsluitend geriatrische, revalidatie- of palliatieve zorg. Binnen de categorie van acute algemene ziekenhuizen is het nog steeds noodzakelijk om gespecialiseerde ziekenhuizen te onderscheiden van andere acute algemene ziekenhuizen. Een gespecialiseerd acute algemeen ziekenhuis wordt

gedefinieerd als een ziekenhuis dat zich richt op een specialiteit. Het is een ziekenhuis dat voldoet aan de voorwaarden voor erkenning als ziekenhuis en waarvan de diensten goedgekeurd zijn voor zorg voor een bepaald type patiënt, dit volgens hun leeftijdscategorie (bijv. kindergeneeskunde) of de relevante pathologie (bijv. oncologie).

47. De verblijven van patiënten in algemene ziekenhuizen en hun contacten ermee kunnen als volgt worden gedifferentieerd:

- a. Daghospitalisatie: de patiënt gaat naar het ziekenhuis zonder daar de nacht door te brengen (de zorg wordt overdag verleend);
- b. Klassieke hospitalisatie: de patiënt verblijft ten minste één nacht in het ziekenhuis en de prijs van één daghospitalisatie wordt aangerekend;
- c. Contact met spoeddiensten zonder hospitalisatie: ambulante contact met spoeddiensten zonder ziekenhuisopname; en
- d. Contact met spoeddiensten gevolgd door een hospitalisatie (daghospitalisatie- of klassieke hospitalisatie).

***ii) Het aantal ziekenhuizen in België, openbare en private ziekenhuizen en ziekenhuisdichtheid naar aantal inwoners***

48. Volgens het rapport “Blikvanger gezondheidszorg – Algemene ziekenhuizen”, gepubliceerd door de FOD Volksgezondheid in 2023, telt België momenteel 103 algemene ziekenhuizen (en 194 sites waaronder 79 klassieke algemene ziekenhuizen, 7 universitaire ziekenhuizen en 17 met een universitair karakter). De meeste ziekenhuizen hebben verschillende sites.<sup>20</sup>

49. Van de 103 Belgische algemene ziekenhuizen is 30% openbaar, d.w.z. beheerd door een overheidsinstantie (gemeente, intercommunale, provincie, regio, enz.) en is 70% privé.<sup>21</sup> Een groot aantal instellingen is ontstaan uit zowel de publieke als de privésector als gevolg van de verschillende ziekenhuisreorganisaties en consolidaties die in de loop der jaren hebben plaatsgevonden. De Ziekenhuiswet is van toepassing op zowel de publieke als de privésector en de financiering door overheidsinstanties is gelijk.<sup>22</sup>

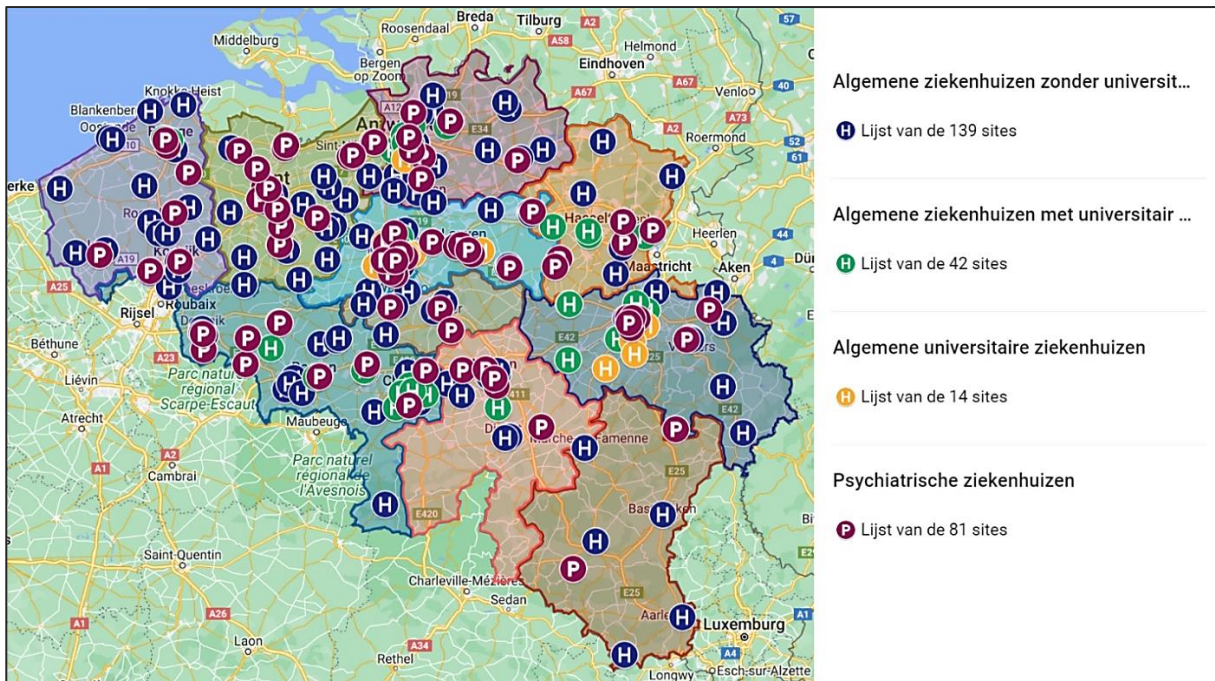
50. De onderstaande kaart lokaliseert het totaal aan ziekenhuissites per type ziekenhuis.

---

<sup>20</sup> FOD Volksgezondheid, *Blikvanger gezondheidszorg – Algemene ziekenhuizen*, Brussel, 2023, 8. Het aantal ziekenhuizen in België is in de loop der jaren drastisch gedaald. Het daalde van 521 in 1980 tot 174 in 2018 (gegevens van december 2018), voornamelijk als gevolg van fusies in plaats van een reële daling van het aantal locaties.

<sup>21</sup> Zie <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/organisatie/soorten-ziekenhuizen>; en Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22. In 2018 had België 60 psychiatrische ziekenhuizen en 9 gespecialiseerde of geriatrische ziekenhuizen.

<sup>22</sup> FOD Volksgezondheid, *Blikvanger gezondheidszorg – Algemene ziekenhuizen*, Brussel, 2023, 8.

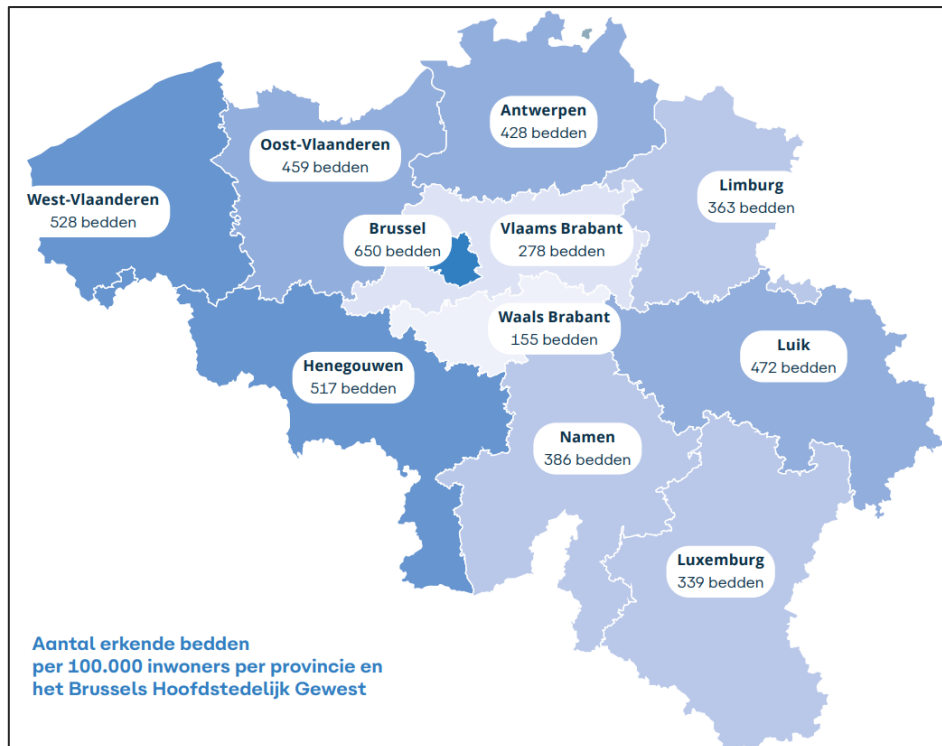


Bron: FOD Volksgezondheid.<sup>23</sup>

51. De verdeling van ziekenhuisbedden van de algemene ziekenhuizen per 100.000 inwoners per provincie maakt het ook mogelijk om het ziekenhuisaanbod te beoordelen. Naast het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, dat het hoogste aantal bedden per 100.000 inwoners heeft, zijn West-Vlaanderen en Henegouwen de provincies met het hoogste aantal bedden per inwoner.<sup>24</sup>

<sup>23</sup> FOD Volksgezondheid, *Gezondheidszorginstellingen*, <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/delen-van-gezondheidsgegevens/gezondheidszorginstellingen> (consultatie 22 mei 2024).

<sup>24</sup> FOD Volksgezondheid, *Blikvanger gezondheidszorg – Algemene ziekenhuizen*, Brussel, 2023, 11.



Bron: FOD Volksgezondheid.<sup>25</sup>

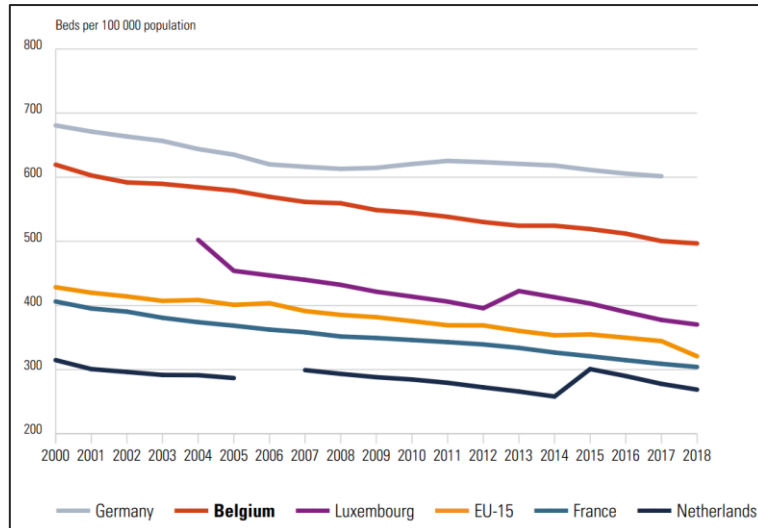
52. Uit een vergelijkende studie uit 2018 van België ten aanzien van de buurlanden en het EU-15 gemiddelde van het aantal ziekenhuisbedden per 100.000 inwoners (algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen en gespecialiseerde ziekenhuizen) blijkt dat België een van de grootste aantallen ziekenhuisbedden per capita heeft, op de tweede plaats, net achter Duitsland en ver boven het EU-15-gemiddelde. Ondanks de afname van het aantal Belgische ziekenhuisbedden is deze tweede plaats sinds de jaren 2000 constant als gevolg van een algemene trend van daling van het aantal bedden per capita in de onderzochte landen.<sup>26</sup>

53. De onderstaande grafiek<sup>27</sup> toont de ontwikkeling van het aantal ziekenhuisbedden per 100.000 inwoners in België en andere landen tussen 2000 en 2018.

<sup>25</sup> *Ibid.*

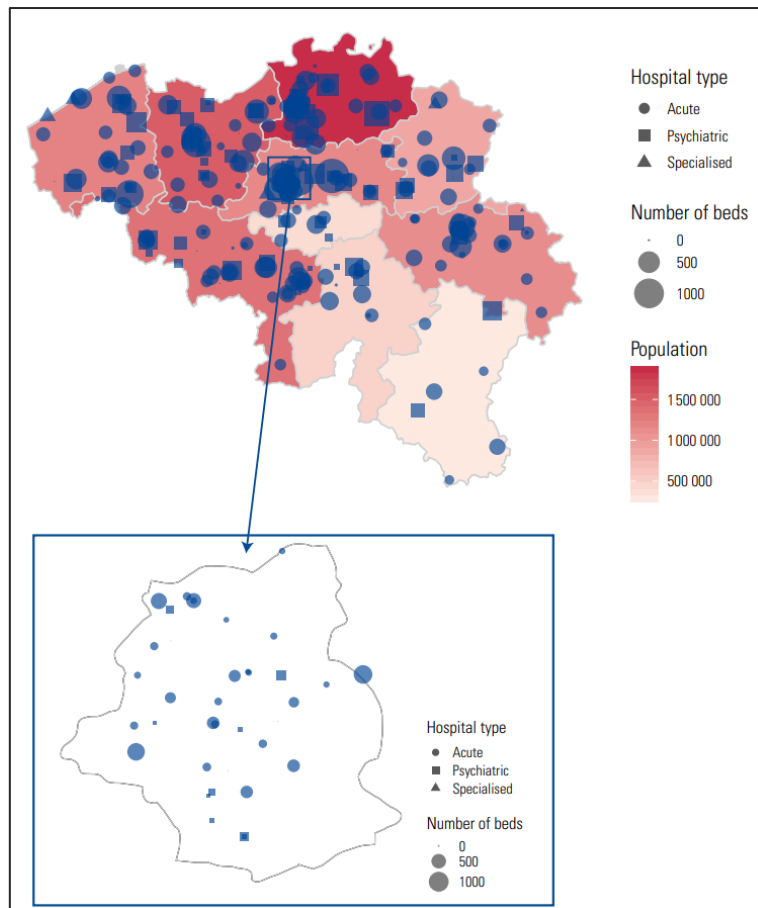
<sup>26</sup> Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, 97.

<sup>27</sup> Het aantal ziekenhuisbedden is gedefinieerd als de curatieve zorgbedden in alle ziekenhuizen, inclusief algemene ziekenhuizen, ziekenhuizen voor geestelijke gezondheidszorg en andere gespecialiseerde ziekenhuizen. Het EU-15-gemiddelde is de berekening van de auteur.



Bron: Gerkens en Merkur (2020).<sup>28</sup>

54. Ten slotte illustreert de onderstaande kaart<sup>29</sup> dat de verdeling van ziekenhuissites overeenstemt met de bevolkingsdichtheid.



Bron: Gerkens en Merkur (2020).<sup>30</sup>

<sup>28</sup> Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, 97.

<sup>29</sup> Opmerking: ziekenhuizen zonder bedden komen overeen met poliklinieken en instellingen die alleen daghospitalisaties aanbieden.

<sup>30</sup> Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, 98.

## **VI.2.2 Keuzevrijheid van de patiënten**

55. Een van de essentiële kenmerken van het Belgische zorgstelsel is de keuzevrijheid van de patiënt.<sup>31</sup> Een patiënt is vrij om zijn zorgverlener te kiezen en kan zelfs zijn initiële keuze wijzigen. De patiënt kan ook vrij het ziekenhuis kiezen waar hij behandeld wil worden.<sup>32</sup>

56. De zorgverlening is gebaseerd op de beginselen van keuzevrijheid en rechtstreekse toegang. De huisarts heeft geen poortwachtersrol, hoewel er maatregelen zijn genomen om zijn rol als bevoorrecht toegangspunt te versterken.<sup>33</sup>

57. De beginselen van keuzevrijheid en rechtstreekse toegang houden in dat zorgvoorzieningen, waaronder ziekenhuizen, in dezelfde zorggebieden met elkaar concurreren, wat wordt versterkt door de methode voor de financiering van ziekenhuizen via de begroting van financiële middelen (hierna “BFM”) (zie hieronder, deel VI.3.4.a).

## **VI.3 Regelgevingscontext**

58. Zoals in de preambule van deze afdeling is aangegeven, wordt de ziekenhuissector gereguleerd door overheidsinstanties. Deze regulering bestaat zowel op het niveau van de algemene organisatie van de sector als op het niveau van de activiteiten van individuele ziekenhuizen.

59. Overheidsregulering van de sector gebeurt door middel van programmatie, erkenning en financiering. Deze verschillende aspecten zijn met elkaar verbonden, zodat een ziekenhuisactiviteit alleen kan worden uitgebaut en gefinancierd als deze is geprogrammeerd en erkend.<sup>34</sup> De Ziekenhuiswet is de voornaamste wetgeving op dit gebied. De Ziekenhuiswet definieert in het bijzonder het type faciliteit dat kan worden erkend als ziekenhuis, de organisatie van medische activiteiten en het beheer en de financiering van ziekenhuizen.<sup>35</sup>

60. Sinds de zesde staatshervorming zijn de gemeenschappen bevoegd voor de erkenning van ziekenhuizen.<sup>36</sup> Binnen de Vlaamse Overheid is het Departement Zorg bevoegd voor het verlenen van erkenningen.<sup>37</sup> Naast de vergunnings- en inspectiebevoegdheden die ze al bezaten, kregen de gemeenschappen ook de bevoegdheid om erkenningsnormen vast te stellen, welke voorheen toekwam aan de federale overheid. Deze laatste blijft echter verantwoordelijk voor de programmatie, de organieke wetgeving en de financiering.<sup>38</sup>

---

<sup>31</sup> Art. 16, Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002.

<sup>32</sup> Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, 53.

<sup>33</sup> Er zijn initiatieven ontwikkeld om de eerstelijnszorg te versterken en de continuïteit van de zorg te verbeteren (bijv. zorgtrajecten voor sommige patiënten met chronische ziekten). Zie Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, 119.

<sup>34</sup> Ben Messaoud, S., Coëffé, M., & Pouppez, C. (2021). Les grands axes de la législation hospitalière. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, 35-36, 61-85.

<sup>35</sup> *Ibid.*, §2.

<sup>36</sup> Het Decreet van 20 maart 2009 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, dat de basis vormt voor het Besluit van de Vlaamse regering van 25 mei 2014 tot vaststelling van de procedures voor de gezondheidszorgvoorzieningen, vindt zijn rechtsgrond in Art. 5, §1, l, 1° Bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen. Zie <http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/45365>, p. 5.

<sup>37</sup> Art. 1,2°, 13°/1 en 11 Besluit van de Vlaamse regering van 25 april 2014 tot vaststelling van de procedures voor de gezondheidszorgvoorzieningen, BS 28 augustus 2014.

<sup>38</sup> Ben Messaoud, S., Coëffé, M., & Pouppez, C. (2021). Les grands axes de la législation hospitalière. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, 35-36, 61-85, §24-26.

61. De ziekenhuissector is ook een sector waarin overheden samenwerking aanmoedigen, met als doel het bereiken van meer efficiëntie en schaalvoordelen.<sup>39</sup> Die samenwerking tussen ziekenhuizen kan verschillende vormen aannemen, het locoregionaal ziekenhuisnetwerk (hierna ziekenhuisnetwerk), de ziekenhuisgroepering en de ziekenhuisassociatie.

62. Een **ziekenhuisnetwerk** is een duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking met rechtspersoonlijkheid tussen minstens twee op het moment van de oprichting van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk afzonderlijk erkende niet-psychiatrische ziekenhuizen, die zich binnen een geografisch aansluitend gebied bevinden en die complementair en rationeel locoregionale zorgopdrachten aanbieden.<sup>40</sup> De Gemeenschappen zijn bevoegd voor de erkenning van deze ziekenhuiswerken,<sup>41</sup> waarvan het Vlaams Gewest er maximaal 13 mag tellen.<sup>42</sup> Het ziekenhuisnetwerk is het meest recente samenwerkingsverband, ingevoerd bij wet van 28 februari 2019,<sup>43</sup> en tegelijkertijd de meest ingrijpende vorm van samenwerking: elk ziekenhuis is verplicht deel uit te maken van een ziekenhuisnetwerk.<sup>44</sup>

63. Een **ziekenhuisgroepering** is een duurzaam samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen waarbij afspraken worden gemaakt tot taakverdeling en complementariteit op het vlak van aanbod van diensten, disciplines of uitrustingen, om beter te beantwoorden aan de behoeften van de bevolking en de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren.<sup>45</sup> De deelname aan een ziekenhuisgroepering is steeds vrijwillig. Het doel van een ziekenhuisgroepering overlapt met dat van een ziekenhuisnetwerk: beide focussen op de complementariteit van het zorgaanbod;<sup>46</sup> bijgevolg zullen ziekenhuizen die een ziekenhuisnetwerk vormen en al deel zijn van dezelfde ziekenhuisgroepering hun zorgaanbod in bepaalde mate al complementair gemaakt hebben. Het vormen van een ziekenhuisgroepering biedt ondanks de overlapping in doelstelling bepaalde voordelen die een ziekenhuisnetwerk niet heeft: de mogelijkheid tot het aanstellen van respectievelijk een hoofdgeneesheer en geneesheer-diensthoofd, verbonden aan de ziekenhuizen die deel uitmaken van de groepering.<sup>47</sup>

64. Een **ziekenhuisassociatie** is een juridisch geformaliseerd duurzaam samenwerkingsverband tussen twee of meerdere ziekenhuizen gericht op het gezamenlijk exploiteren van één of meerdere zorgprogramma's, ziekenhuisdiensten, -functies, -afdelingen, medische diensten, medisch-technische diensten of technische diensten.<sup>48</sup> Het al dan niet deel worden van een ziekenhuisassociatie is vrijwillig.

---

<sup>39</sup> FOD Volksgezondheid, *Blikvanger gezondheidszorg – Algemene ziekenhuizen*, Brussel, 2023, 6.

<sup>40</sup> Art. 14/1, 1° Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, BS 7 november 2008. Hierna Ziekenhuiswet. "*Uitgezonderd ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten (kenletter A, T of K) samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) of een dienst voor geriatrie (kenletter G).*"

<sup>41</sup> *Supra* voetnoot 31.

<sup>42</sup> Art. 14/2, §1, 1° Ziekenhuiswet.

<sup>43</sup> Wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft.

<sup>44</sup> Art. 2, §1, derde lid Ziekenhuiswet. "*Met uitzondering van de ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten (kenletter A, T of K) samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) of een dienst voor geriatrie (kenletter G) en met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen.*"

<sup>45</sup> Art. 8, eerste lid Koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen j° art. 67, lid 1, 3° Ziekenhuiswet.

<sup>46</sup> Art. 14/1, 1° Ziekenhuiswet.

<sup>47</sup> Art. 7 en 17 Koninklijk Besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen, zoals gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987. Het KB beperkt deze mogelijkheid uitsluitend tot ziekenhuisgroeperingen.

<sup>48</sup> Art. 2, 1° Koninklijk besluit van 25 april 1997 houdende nadere omschrijving van de associatie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen j° art. 67, lid 1, 3° Ziekenhuiswet.

De ziekenhuisassociatie wordt flexibeler en naar vorm eenvoudiger geacht dan de ziekenhuisgroepering.<sup>49</sup>

65. Ten slotte blijft de financiering van ziekenhuizen een bekommernis, gezien de preciaire financiële situatie van veel ziekenhuizen.<sup>50</sup> In 2022 rapporteerden 49 van de 86 algemene ziekenhuizen een zorgwekkend operationeel resultaat.<sup>51</sup> Door een snellere stijging van de kosten (voornamelijk gekoppeld aan energie- en loonindexering) dan de inkomsten, registreerden alle Belgische algemene ziekenhuizen voor het eerst een verlies op hun kernactiviteiten in 2022.<sup>52</sup>

### **VI.3.1 Ziekenhuisprogrammatie**

66. Programmatie bestaat uit het plannen van de zorgverlening op basis van de behoeften van de bevolking, met als doel de toegang tot hoogwaardige zorg te waarborgen en de overheidsuitgaven te controleren.<sup>53</sup> Hieruit volgt dat de opening en erkenning van een ziekenhuis, een functie, een medische dienst, een zorgprogramma of een medisch-technische dienst niet vrij is: het project moet deel uitmaken van de programmatie.

67. Het doel van de programmatie is tweeledig. Zij beoogt enerzijds diensten, programma's, functies en hulpmiddelen op zinvolle wijze te verdelen over het gehele grondgebied van het land en anderzijds heeft zij tot doel de financiering van de gezondheidszorg te controleren, aangezien alleen ziekenhuisactiviteiten die deel uitmaken van de programmatie kunnen worden goedgekeurd en dus gefinancierd.<sup>54</sup>

68. Artikel 36 van Ziekenhuiswet bepaalt: *“Bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na het advies te hebben ingewonnen van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, stelt de Koning de criteria vast die van toepassing zijn voor de programmatie van de verschillende soorten van ziekenhuizen, zorgprogramma's, ziekenhuisdiensten, ziekenhuisafdelingen, ziekenhuisfuncties en ziekenhuisgroeperingen, met het oog onder meer op hun specialisatie, hun capaciteit, hun uitrusting en de coördinatie van hun installaties en van hun werkzaamheden, rekening houdende met de algemene en speciale behoeften van de bevolking voor welke verzorging ze moeten instaan binnen een vast te stellen gebied.”*

69. Het koninklijk besluit van 21 maart 1977 tot vaststelling van de criteria die van toepassing zijn voor de programmatie van de verschillende soorten ziekenhuisdiensten (hierna “koninklijk besluit van 21 maart 1977”) voert artikel 36 van de wet uit,<sup>55</sup> waarbij de criteria voor het meten van de ziekenhuisbehoeften worden vastgesteld, rekening houdend met bevolkingscijfers, leeftijdsverdeling,

<sup>49</sup> Lemmens, C. (2023). Ziekenhuisnetwerken. *Larcier-Intersentia*, 62-63.

<sup>50</sup> Persartikelen in de Echo van 24 oktober 2023, “L'année 2022 a lessivé les finances des hôpitaux” en van de RTBF van 15 novembre 2023, “Etude annuelle Belfius : finances dans le rouge et appel à l'aide des hôpitaux belges.”

<sup>51</sup> Zie <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/socio-professionnel/etude-maha-nbsp-laquo-nbsp-84-des-hopitaux-sont-dans-une-situation-precaire-nbsp-raquo.html#:~:text=une%20situation%20pr%C3%A9caire%C2%BB-.Etude%20Maha%3A%20C2%AB84%25%20des%20h%C3%B4pitaux,sont%20dans%20une%20situation%20pr%C3%A9caire%C2%BB&text=En%202022%2C%2049%20h%C3%B4pitaux%20g%C3%A9n%C3%A9raux,deux%20est%20dans%20la%20tourmente.>

<sup>52</sup> Belfius. (2023). MAHA-analyse 2023 – Cijfers 2022 en eerste blik op 2023. *Belfius Research*, 24. Beschikbaar op [https://research.belfius.be/wp-content/uploads/2023/11/MAHA-2023\\_Pers-NL.pdf](https://research.belfius.be/wp-content/uploads/2023/11/MAHA-2023_Pers-NL.pdf).

<sup>53</sup> Ben Messaoud, S., Coëffé, M., & Pouppez, C. (2021). Les grands axes de la législation hospitalière. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, 35-36, 61-85, §27.

<sup>54</sup> *Ibid.*, §42.

<sup>55</sup> Wat betreft niet-psychiatrische bedden. De programmatiecriteria voor psychiatrische bedden zijn vastgesteld in het Koninklijk Besluit van 3 augustus 1976 houdende vaststelling van de programmatiecriteria voor de psychiatrische ziekenhuisdiensten, BS 17 september 1976.

morbiditeit en geografische spreiding.<sup>56</sup> De federale overheid bepaalt jaarlijks het aantal erkende bedden dat voor het gehele Belgische grondgebied wordt geprogrammeerd naar soort dienst (volgens een classificatie “bedindex” of kenletter) op basis van de criteria van het koninklijk besluit van 21 maart 1977 en de bevolkingscijfers.<sup>57</sup> De erkende bedden zijn aldus een concrete invulling van het aantal door de federale overheid geprogrammeerde bedden.<sup>58</sup>

70. Sinds 1982 is een nationaal moratorium ingesteld op het aantal erkende bedden (d.w.z. het aantal bedden als deel van de programmatie dat daadwerkelijk is goedgekeurd) en bedden per bedindex om het overvloedige aanbod van ziekenhuisbedden tegen te gaan,<sup>59</sup> wat dus betekent dat sindsdien geen extra ziekenhuisbedden zijn goedgekeurd.<sup>60</sup> Hieruit volgt dat de creatie van een nieuw ziekenhuisbed alleen kan worden toegestaan indien het aantal bedden dat voor een bepaalde bedindex is geprogrammeerd, niet wordt overschreden en dus gepaard moet gaan met het verdwijnen van een ander bed (binnen deze bedindex).

71. Ziekenhuisbedden kunnen ook onbruikbaar worden gemaakt en worden omgezet in bedden met een andere kenletter, waardoor ziekenhuizen hun zorgaanbod kunnen aanpassen aan veranderende behoeften. Bij koninklijk besluit van 16 juni 1999 zijn daartoe een reeks regels<sup>61</sup> ingevoerd, die in geval van ontmanteling van een bed het aanpassen van het aantal bedden in een ander ziekenhuis mogelijk maakt door middel van reconversiecoëfficiënten.<sup>62</sup> Als gevolg daarvan varieert het aantal geprogrammeerde erkende bedden in beperkte mate doorheen de tijd en wijzigt het voornamelijk bij bedreconversies<sup>63</sup> of bij een definitieve sluiting van een dienst of campus (dus zonder doorschuiving naar een andere campus).

72. Deze erkende bedden staan opgesteld binnen de ziekenhuizen doch worden niet altijd reëel gebruikt omwille van verschillende redenen. Vooreerst is er de enorme ligduurdaling bij klassieke hospitalisaties. Waar vroeger patiënten langer in een ziekenhuis verbleven, is de ligduur, mede als gevolg van nieuwe inzichten in de geneeskunde en van de ziekenhuisprogrammatie van de federale overheid, veel korter. Doordat patiënten minder lang in het ziekenhuis verblijven, is de nood aan bedden eveneens gedaald. Daarnaast worden patiënten voor bepaalde ingrepen bij voorkeur behandeld in daghospitalisatie, terwijl dezelfde patiënten vroeger voor dezelfde ingreep gehospitaliseerd werden. Ook dit is het gevolg

---

<sup>56</sup> Ter illustratie voorziet het de programmatie in 2,9 bedden per duizend inwoners voor de C/D-bedden betreffende zowel de diagnostische en chirurgische behandelingsdienst als de diagnostische en Medische Behandelingsdienst, 0,52 bedden betreffende SP-bedden voor Speciale Dienst Behandeling en Revalidatie en 32 en 37 bedden per duizend geboorten voor materniteit (M) en pediatrie (E). Zie *Uitlegdocument federale programmatiecijfers*, 8 oktober 2020, p. 2, beschikbaar op: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/20201013\\_uitlegdocument\\_federale\\_programmatie.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20201013_uitlegdocument_federale_programmatie.pdf).

<sup>57</sup> *Uitlegdocument federale programmatiecijfers*, 8 oktober 2020, beschikbaar op: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/20201013\\_uitlegdocument\\_federale\\_programmatie.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20201013_uitlegdocument_federale_programmatie.pdf); Ben Messaoud, S., Coëffé, M., & Pouppez, C. (2021). Les grands axes de la législation hospitalière. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, 35-36, 61-85, §37.

<sup>58</sup> Het begrip van erkende bedden mag niet verward worden met het begrip van verantwoorde bedden. Het concept van verantwoorde bedden wordt gebruikt om het budget voor de Belgische ziekenhuizen te berekenen. *Infra* VI.3.4.a.

<sup>59</sup> Protocol tussen de Nationale Regering en de uitvoerende macht van de Franse en Vlaamse Gemeenschappen, “Maatregelen tot beheersing en vermindering van het aantal bedden in de algemene ziekenhuizen”, BS 27 juli 1982.

<sup>60</sup> Koninklijk besluit nr. 60 tot wijziging van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen, BS 27 juli 1982. Zie ook Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, xxix.

<sup>61</sup> Koninklijk Besluit 16 juni 1999 tot vaststelling van de nadere regelen bedoeld in artikel 32 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met betrekking tot de aard en het aantal bedden waarvan de desaffectatie in aanmerking mag komen om de ingebruikneming van ziekenhuisbedden mogelijk te maken, BS 29 september 1999.

<sup>62</sup> Ben Messaoud, S., Coëffé, M., & Pouppez, C. (2021). Les grands axes de la législation hospitalière. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, 35-36, 61-85, §38-41.

<sup>63</sup> Bijv. reconversie van een D-dienst naar een Sp-dienst of bijv. de oprichting van nieuwe bedden zoals K-bedden.

van de evolutie van de geneeskunde en van de ziekenhuisprogrammatie en heeft ervoor gezorgd dat er minder nood is aan bedden.

73. Dit betekent ook dat het concept van de erkende bedden geen goede indicator is voor de werkelijke bezetting van een ziekenhuis. Om de financiering van een ziekenhuis beter te laten aansluiten bij de realiteit en activiteit van het ziekenhuis werd het concept van de verantwoorde bedden aangewend.<sup>64</sup> Het concept van verantwoorde bedden wordt jaarlijks gebruikt om het budget voor de Belgische ziekenhuizen te berekenen. Terwijl erkende bedden eerder historisch en vrij statisch zijn per ziekenhuis, zijn de verantwoorde bedden per ziekenhuis heel dynamisch. Jaarlijks wordt naar de reële activiteit gekeken door de FOD Volksgezondheid.

74. Hierdoor ligt het aantal verantwoorde bedden globaal veel lager dan het aantal erkende bedden. Niet bij alle ziekenhuizen is dit verschil even groot omdat dit afhankelijk is van enerzijds de historiek (het aantal erkende bedden dat het ziekenhuis uit het verleden heeft) en anderzijds de specifieke pathologie die binnen het ziekenhuis wordt behandeld.<sup>65</sup>

75. De programmatie vindt dus plaats in termen van het aantal ziekenhuisbedden, maar ook het aantal ziekenhuisdiensten, zorgprogramma's, afdelingen, medische en medisch-technische diensten, zwaar materieel en ziekenhuisfuncties die uitgebaat kunnen worden.<sup>66</sup>

### **VI.3.2 Erkening van ziekenhuizen**

76. Om een ziekenhuis te openen en uit te baten, moet het aan bepaalde normen voldoen om de erkenning te verkrijgen die het mogelijk maakt om overheidsfinanciering te bekomen. Ook elke ziekenhuisdienst, functie, medische dienst, zorgprogramma en medisch-technische dienst die in het ziekenhuis wordt verleend, moet worden erkend.

77. De erkenningsnormen waaraan ziekenhuizen en hun diensten, functies, medische diensten, zorgprogramma's en medisch-technische diensten moeten voldoen, worden sinds de zesde staatshervorming vastgesteld door de gemeenschappen en gewesten. Vele erkenningsnormen zijn echter opgenomen in verschillende koninklijke besluiten aangezien die regulering voorheen een federale bevoegdheid was.<sup>67</sup>

78. De criteria voor goedkeuring zijn divers: organisatorische normen met betrekking tot personeelsbehoeften (bijv. kwalificatieniveaus, en de verhouding tussen gekwalificeerd personeel en hulppersoneel) en verantwoordelijkheden (bijv. hygiëne en ethiek); architecturale criteria (bijv. aantal, grootte en hygiënenormen van kamers); functionele normen (bijv. gemak, toegankelijkheid), minimumnormen voor activiteit en installatie; en het voorziene personeel.<sup>68</sup> Erkenningen worden door

---

<sup>64</sup> *Infra* afd. VI.3.4.a.

<sup>65</sup> Zowel GZA, als ZNA hebben veel meer erkende bedden dan verantwoorde bedden.

<sup>66</sup> Zie onder meer het Koninklijk besluit 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend, *BS* 2 september 1998; het Koninklijk Besluit 15 februari 1999 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "reproductieve geneeskunde" moeten voldoen om erkend te worden, *BS* 25 maart 1999; het koninklijk besluit 25 april 2014 tot vaststelling van het maximum aantal toestellen voor magnetische resonantie tomografie dat uitgebaat mag worden, *BS* 8 augustus 2014.

<sup>67</sup> Deze omvatten het Koninklijk Besluit 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen. Aanvullende normen zijn vastgelegd in het Koninklijk Besluit van 7 juni 2004 tot vaststelling van de voorwaarden om te worden aangewezen als universitair ziekenhuis, universitaire ziekenhuisdienst, universitaire ziekenhuisfunctie of universitair zorgprogramma, *BS* 26 november 2018.

<sup>68</sup> Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, 38.

de gemeenschappen verleend nadat is nagegaan of het ziekenhuis aan de normen voldoet. Deze erkenningen bepalen welke soorten zorg het ziekenhuis mag aanbieden.

79. Ziekenhuisdiensten beschikken over een erkenning voor een bepaald aantal bedden, de zogenaamde “erkende” bedden. Deze bedden zijn gecategoriseerd op index.

### **VI.3.3 Vlaamse regelgeving**

80. De Vlaamse regelgever heeft voortgebouwd op de federale regelgeving omtrent ziekenhuisnetwerken door hieraan een regeling betreffende zorgstrategische planning te koppelen. Het begrip “zorgstrategisch plan” kan betrekking hebben op zowel een locoregionaal, individueel als thematisch plan.<sup>69</sup> Gezien in de context van deze Concentratie voornamelijk de eerste twee relevant zijn, zullen enkel deze begrippen nader worden toegelicht.

81. Een regionaal zorgstrategisch plan wordt opgesteld per ziekenhuisnetwerk<sup>70</sup> en heeft verschillende doelen, die alle de samenwerking van de ziekenhuizen en toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg in een zorggebied bevorderen.<sup>71</sup> Elk ziekenhuisnetwerk heeft de verplichting een regionaal zorgstrategisch plan in te dienen.<sup>72</sup> Deze verplichting is echter uitgehold aangezien de Vlaamse regering geen einddatum heeft voorzien voor indiening van dit plan; daarom spreekt het Departement Zorg over de mogelijkheid om een regionaal zorgstrategisch plan in te dienen, niet over de verplichting.<sup>73</sup> In de praktijk bestaat er echter een significante prikkel om een regionaal zorgstrategisch plan in te dienen: een individueel zorgstrategisch plan van een ziekenhuis dat lid is van een ziekenhuisnetwerk kan pas ingediend worden indien datzelfde netwerk reeds een regionaal zorgstrategisch plan heeft ingediend;<sup>74</sup> tegelijkertijd is de indiening van een individueel zorgstrategisch plan noodzakelijk om overheidssubsidiëring te bekomen met het oog op het (ver)bouwen van ziekenhuisinfrastructuur.<sup>75</sup> Met andere woorden: een ziekenhuis kan pas voldoende middelen ontvangen om infrastructuur te (ver)bouwen wanneer het ziekenhuisnetwerk waartoe het behoort een regionaal zorgstrategisch plan heeft ingediend. De aanvraag om financiering moet ingediend worden bij het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (hierna “VIPA”), een intern verzelfstandigd agentschap<sup>76</sup> dat deel uitmaakt van het Departement Zorg.<sup>77</sup>

82. Het individueel zorgstrategisch plan wordt opgesteld per ziekenhuis<sup>78</sup> en moet gebaseerd zijn op het regionaal zorgstrategisch plan van het netwerk waarvan dat ziekenhuis deel uitmaakt. De Vlaamse regering heeft de te behandelen aspecten verduidelijkt.<sup>79</sup>

---

<sup>69</sup> Zie respectievelijk de hoofdstukken 2, 4 en 3 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 26 april 2019 betreffende zorgstrategisch planning, *BS* 3 september 2019 (hierna BVR zorgstrategische planning).

<sup>70</sup> Art. 5 BVR zorgstrategische planning.

<sup>71</sup> Art. 6 BVR zorgstrategische planning.

<sup>72</sup> Art. 5 BVR zorgstrategisch planning.

<sup>73</sup> PV Departement Zorg NVV, §9 (II.3.C2) en [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/FAQ\\_RZSP\\_v16032022.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/FAQ_RZSP_v16032022.pdf).

<sup>74</sup> Art. 15, §1, eerste lid BVR zorgstrategisch planning.

<sup>75</sup> Art. 4 en 5 Besluit van de Vlaamse Regering 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, *BS* 6 september 2017.

<sup>76</sup> Art. 1, 9° en 5, §1 Besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, *BS* 6 september 2017.

<sup>77</sup> Art. 1/1 Besluit van de Vlaamse Regering van 18 juli 2008 tot regeling van de algemene leiding, de werking, het beheer en de vertegenwoordiging van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, *BS* 30 oktober 2008.

<sup>78</sup> Art. 14 BVR zorgstrategische planning.

<sup>79</sup> Art. 2 j° 15 BVR zorgstrategisch planning.

83. Het regionaal zorgstrategisch plan moet finaal goedgekeurd worden door de Vlaamse minister, bevoegd voor gezondheids- en woonzorg,<sup>80</sup> na respectievelijk een evaluatie en een advies door het Departement zorg en de Commissie Zorgstrategie.<sup>81</sup> Aangezien het regionaal zorgstrategisch plan expliciet tot doel heeft om “het zorgaanbod beter af [te] stemmen op de zorgbehoeften van de burgers in een bepaald zorggebied, dat gebaseerd is op de reële zorgbehoefte”<sup>82</sup> en elk regionaal zorgstrategisch plan wordt beoordeeld op basis van de inschatting van de zorgbehoefte,<sup>83</sup> vormt het goedkeuringsproces een middel voor de Vlaamse regering om haar beleid ten aanzien van de ziekenhuiscapaciteit te implementeren en af te dwingen. Dat beleid komt het duidelijkst tot uiting in het “evaluatiekader regionale zorgstrategische plannen”,<sup>84</sup> opgesteld door het Departement Zorg in samenwerking met Deloitte en het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid. Dit evaluatiekader legt de inhoudelijke en structurele regels vast waaraan de regionale zorgstrategische plannen moeten beantwoorden<sup>85</sup> en is opgesteld op basis van een Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg- (hierna “KCE”) rapport<sup>86</sup> dat de benodigde ziekenhuiscapaciteit voor heel België heeft berekend voor 2025.<sup>87</sup> Het KCE-rapport concludeerde dat België tegen 2025 een behoefte zou hebben aan een bedcapaciteit van 40.413 erkende bedden, tegenover een reële capaciteit van 50.973 erkende bedden in 2014.<sup>88</sup> Specifiek in Vlaanderen dienen ongeveer 2.000 erkende bedden afgebouwd te worden.<sup>89</sup>

84. Op basis van de huidige wetgeving gebeurt de toekenning van capaciteit aan ziekenhuizen nog steeds op basis van erkende bedden. Het Departement moet dit systeem dus blijven toepassen. Bij haar evaluatie van de regionale zorgstrategische plannen, en met name de beoordeling welke ziekenhuizen en ziekenhuisnetwerken welke erkende bedden in welke mate dienen af te bouwen, gebruikt het Departement Zorg een *tool* opgesteld door Deloitte en het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid dat gebaseerd is op het bovenvermelde KCE-rapporten en niet naar erkende bedden wordt gekeken.<sup>90</sup> Zo werden er twee berekeningen uitgewerkt door het Departement om de toekomstige bedbehoefte te bepalen, waarbij twee verschillende invalshoeken werden gehanteerd voor de toekenning van capaciteit: de “erkenning” – in de zin van erkenning van het netwerk, en dus niet van het aantal erkende bedden – en het “gebied”.<sup>91</sup>

85. Het netwerk ZAS en het Helix-netwerk<sup>92</sup> vullen beide de reële zorgbehoefte in van het grootstedelijk gebied Antwerpen. Bijgevolg zijn deze ziekenhuisnetwerken verplicht om hun regionale

---

<sup>80</sup> Art. 12, §3, lid 1 j° art. 1, 6° van Besluit van de Vlaamse Regering van 4 februari 2022 over de procedure tot goedkeuring van zorgstrategische plannen, *BS* 14 maart 2022.

<sup>81</sup> Hoofdstuk 2, Besluit van de Vlaamse Regering van 4 februari 2022 over de procedure tot goedkeuring van zorgstrategische plannen, *BS* 14 maart 2022.

<sup>82</sup> Art. 6, 1° BVR zorgstrategische planning.

<sup>83</sup> Art. 4, 1° BVR zorgstrategische planning.

<sup>84</sup> Zie <https://www.zorg-en-gezondheid.be/evaluatiekader-regionaal-zorgstrategisch-plan>.

<sup>85</sup> Art. 3, eerste lid Ministerieel Besluit van 10 maart 2022 tot uitvoering van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 april 2019 betreffende zorgstrategische planning, *BS* 25 maart 2022.

<sup>86</sup> KCE, *Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit*, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Brussel, 2017.

<sup>87</sup> Evaluatiekader Regionaal Zorgstrategisch Plan Vlaanderen, 14. Zie [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/Evaluatiekader\\_regionaal\\_zorgstrategisch\\_plan\\_v25102021.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/Evaluatiekader_regionaal_zorgstrategisch_plan_v25102021.pdf).

<sup>88</sup> KCE, *Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit*, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Brussel, 2017, 14.

<sup>89</sup> PV Departement Zorg NVV, §14 (II.3.C2).

<sup>90</sup> *Ibid.*

<sup>91</sup> Aanmeldingsformulier, §89 en verder; Bijlage 64 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3.). Zie *Nota erkende-verantwoorde bedden*, voor verdere toelichting over de methodologie gehanteerd door het Departement Zorg.

<sup>92</sup> Bestaande uit AZ Klina, AZ Monica, AZ Voorkempen en AZ Rivierenland.

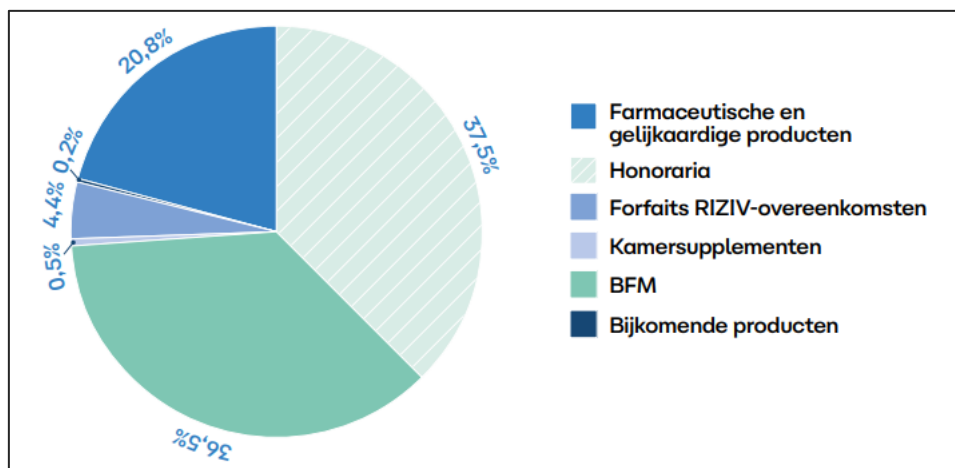
zorgstrategische plannen op elkaar af te stemmen, met het oog op complementariteit.<sup>93</sup> Deze afstemming houdt onder meer in dat het zorgaanbod van de betrokken ziekenhuisnetwerken elkaar waar mogelijk aanvult en dat een optimale spreiding van het aanbod met het oog op de nabijheid voor de patiënt, de medische kwaliteit en de kostenefficiëntie wordt nagestreefd.<sup>94</sup> Minimaal dient het totale zorgaanbod van beide ziekenhuisnetwerken afgestemd te worden op de reële zorgbehoefte in het grootstedelijk gebied, waarbij de zorgbehoefte niet wordt overstege.<sup>95</sup>

86. De regionale zorgstrategische plannen, ingediend per ziekenhuisnetwerk en goedgekeurd door de bevoegde Vlaamse minister zijn, in conclusie, een middel tot implementering van het beleid van de Vlaamse regering. Dit proces leidt tot een gestage afbouw van de ziekenhuiscapaciteit, waarbij het zorgaanbod in lijn wordt gebracht met de zorgbehoefte en schaarse middelen efficiënter worden aangewend. In deze context dient opgemerkt te worden dat dit beleid, gericht op het efficiënt inzetten van beperkte middelen, qua ratio niet nieuw is: o.a. ook de ziekenhuisgroepering en de ziekenhuisassociatie, ingevoerd in respectievelijk 1986 en 1994, dienden dat doel.<sup>96</sup> De regeling omtrent het regionaal zorgstrategisch plan onderscheidt zich echter door haar dwingender karakter.

### **VI.3.4 Financiering van ziekenhuizen**

87. De belangrijkste financieringsbronnen voor ziekenhuizen zijn het BFM, de erelonen van artsen, tandartsen en bepaalde categorieën verzorgings – en paramedisch personeel, de Rijksinstituut voor ziekte – en invaliditeitsverzekering (hierna “RIZIV”) vergoedingen, geneesmiddelen en soortgelijke producten, kamersupplementen en het aandeel van de patiënt.<sup>97</sup> Deze verschillende bronnen dragen bij tot financiering in verschillende proporties.

88. De gemiddelde omzetverdeling voor alle Belgische ziekenhuizen was in 2020 als volgt:



Bron: FOD Volksgezondheid.<sup>98</sup>

89. Belfius bestudeert jaarlijks de financiële situatie van ziekenhuizen (hierna “MAHA-analyse”).<sup>99</sup> Het aandeel van de verschillende bronnen in de omzet blijft in de loop van de tijd relatief stabiel ondanks

<sup>93</sup> Art. 2, tweede lid BVR zorgstrategische planning.

<sup>94</sup> Art. 8, eerste lid, 1° Ministerieel Besluit 10 maart 2022 tot uitvoering van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 april 2019 betreffende zorgstrategische planning, BS 25 maart 2022.

<sup>95</sup> *Ibid.*

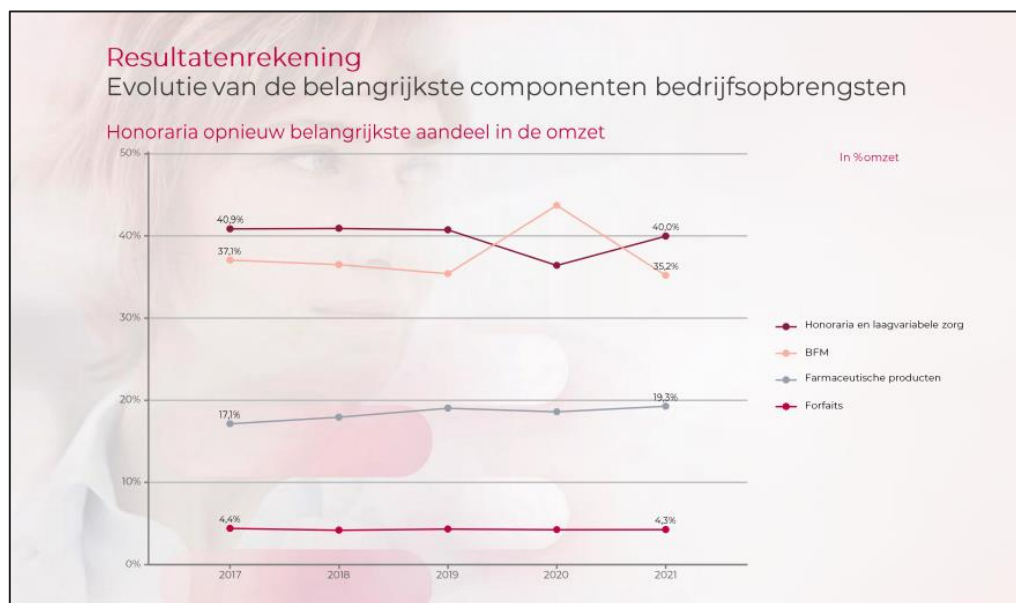
<sup>96</sup> C. LEMMENS, *Ziekenhuisnetwerken*, Brussel, Larcier-Intersentia, 2023, 49 en 62-63.

<sup>97</sup> FOD Volksgezondheid, *Blikvanger gezondheidszorg – Algemene ziekenhuizen*, Brussel, 2023, 23.

<sup>98</sup> *Ibid.*

<sup>99</sup> Belfius. (2022). MAHA-analyse 2022 – Algemene ziekenhuizen – Cijfers 2021 en eerste blik op 2022. *Belfius Research*, 19. Beschikbaar op <https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/nl/2022/Slides%20Presse%20NL%20def.pdf>.

een uitzonderlijke wijziging in de verhouding tussen het BFM en de honoraria (hierna “erelonen”) in 2020, zoals blijkt uit de resultaten van de MAHA-analyse van 16 november 2022 (jaren 2017-2021).



Bron: Belfius.<sup>100</sup>

#### **VI.3.4.a Het BFM**

90. Het BFM is de financiering met een gesloten enveloppe die elk ziekenhuis ontvangt van de overheid. Het BFM bestaat uit drie budgetten (ook wel onderdelen genoemd):

- a. Deel A: een budget voor infrastructuur en uitrusting;<sup>101</sup>
- b. Deel B: een budget voor de functioneringskosten; en
- c. Deel C: een budget voor de regularisatie van de financiering achteraf van de verschillende onderdelen van het BFM.

91. De financiering door het BFM wordt georganiseerd door de Ziekenhuiswet, waarvan artikel 95, eerste lid bepaalt: “Het budget van financiële middelen wordt door de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft voor ieder ziekenhuis afzonderlijk bepaald, binnen een globaal budget voor het Rijk dat wordt vastgesteld bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Het budget van financiële middelen houdt enkel rekening met de ziekenhuisverpleging die aanleiding geeft tot een tegemoetkoming bij toepassing van artikel 110, met uitsluiting van de ziekenhuisverpleging vergoed in het kader van de Europese Verordening betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen alsmede op hun gezinsleden die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen.”

92. Het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen bepaalt hoe het jaarlijks beschikbare totale budget voor de financiering van ziekenhuizen over de ziekenhuizen wordt verdeeld.

93. De financiering van ziekenhuizen via het BFM wordt door de FOD Volksgezondheid uniform op federaal niveau berekend op basis van de “verantwoorde activiteit” die elk ziekenhuis aan de FOD

<sup>100</sup> *Ibid.*

<sup>101</sup> Een deel van de verantwoordelijkheid voor de financiering van infrastructuur (investeringsheffingen en investeringsheffingen betreffende RMN-Radiothérapie-Petscan) werd tijdens de zesde staatshervorming overgedragen aan de gewesten en gemeenschappen.

Volksgezondheid moet doorgeven in de vorm van Minimale Ziekenhuis Gegevens (hierna “MZG”) voor elk verblijf.<sup>102</sup> De verantwoorde activiteit van een ziekenhuis wordt jaarlijks berekend op basis van het aantal opnames in een ziekenhuis, gewogen naar de gemiddelde verblijfsduur op nationaal niveau per groep van pathologieën. Een aantal verantwoorde dagen, berekend volgens de pathologie en de ernst in kwestie, wordt toegekend bij elke opname. Het totale aantal verantwoorde ziekenhuisdagen wordt vervolgens gedeeld door een normatieve bezettingsgraad,<sup>103</sup> vermenigvuldigd met 365 om het totale aantal verantwoorde bedden<sup>104</sup> van het ziekenhuis te verkrijgen. Dit aantal verantwoorde bedden wordt uiteindelijk omgezet in een bepaald aantal punten, waardoor het totale budget kan worden bepaald waarop het ziekenhuis recht heeft.<sup>105</sup>

#### **VI.3.4.b De erelonen**

94. De erelonen zijn ook een van de belangrijkste financieringsbronnen voor ziekenhuizen.<sup>106</sup> Zij worden gebruikt om zorgverleners te betalen en om alle kosten te dekken die direct of indirect verband houden met de verlening van medische diensten (het gebruik van lokalen, apparatuur, personeel, producten enz.) die niet door het BFM worden gefinancierd.<sup>107</sup>

95. In principe worden de “bruto” vergoedingen (al dan niet centraal) gefactureerd aan de patiënt en zijn ziekenfonds. Een deel van het bedrag wordt gebruikt om artsen, verpleegkundigen en andere functioneringskosten (bijv. apparatuur, ziekenhuisinfrastructuur, enz.) te vergoeden (de zogenaamde “afdrachten”). Zodra deze bedragen door de ziekenhuizen zijn geïnd, komt het resterende bedrag aan de arts die de zorg heeft verstrekt toe. De verdeling van de bedragen tussen arts en ziekenhuis varieert afhankelijk van het geval, rekening houdend met de arts en zijn specialiteit, het betreffende ziekenhuis en de gekozen berekeningsmethode.<sup>108</sup>

---

<sup>102</sup> Koninklijk Besluit van 25 februari 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, *BS* 30 mei 2002.

<sup>103</sup> De standaard bezettingsgraad wordt vastgesteld door de FOD Volksgezondheid en varieert afhankelijk van het type bed: 100% voor het dagziekenhuis, 90% voor geriatrie en chronische zorg, 80% voor chirurgie, interne geneeskunde, brandwonden en besmettelijke ziekten, 75% voor neonatale diensten en 70% voor kindergeneeskunde, kraamzorg en intensieve zorg. Zie Koninklijk Besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, *BS* 30 mei 2002, Bijlage 3.

<sup>104</sup> Het begrip van verantwoorde bedden mag niet verward worden met het begrip van erkende bedden. Het concept van erkend bed een historisch gegeven vanuit de jaren 1960 en volgende decennia. De federale overheid bepaalt via de programmatie hoeveel bedden een ziekenhuis maximaal mag hebben. *Infra afd. VI.3.4.a.*

<sup>105</sup> FOD Volksgezondheid, *Blikvanger gezondheidszorg – Algemene ziekenhuizen*, Brussel, 2023, 26.

<sup>106</sup> Kesteloot, G., & Van Herck, G. (2015). Financieel beleid voor ziekenhuizen. *Acco*, 35.

<sup>107</sup> Bayenet, B., Fontaine, M., & Murphy, T. (2021). “Quelles sont les conséquences d’un transfert de la compétence relative au financement des hôpitaux aux entités fédérées?”, *Pyramides, Revue du Centre d’études et de recherches en administration publique*, 35-36, 269-293, §16; Devos, P. (2021). “Honoraires médicaux et financement hospitalier”, *Pyramides, Revue du Centre d’études et de recherches en administration publique*, 35-36, 187-208, deel IV. Zie ook artikel 154 Ziekenhuiswet: “Onverminderd artikel 155 dekken de erelonen, centraal geïnd of niet, alle kosten die direct of indirect verbonden zijn aan de uitvoering van medische prestaties, zoals onder meer kosten van medisch, verpleegkundig, paramedisch, verzorgend, technisch, administratief, onderhouds- en ander hulp personeel, kosten verbonden aan gebruik van lokalen, kosten van aanschaffing, vernieuwing, grote herstellingen en onderhoud van de benodigde uitrusting, kosten van materiaal en geneeskundige gebruiksgoederen en kosten van goederen en door derden geleverde diensten met betrekking tot de gemeenschappelijke diensten, die niet door het budget van financiële middelen worden vergoed.”

<sup>108</sup> Bayenet, B., Fontaine, M., & Murphy, T. (2021). “Quelles sont les conséquences d’un transfert de la compétence relative au financement des hôpitaux aux entités fédérées?”, *Pyramides, Revue du Centre d’études et de recherches en administration publique*, 35-36, 269-293, §16-18.

### **VI.3.4.c Andere bronnen**

96. Andere belangrijke bronnen van ziekenhuisfinanciering zijn geneesmiddelen en RIZIV-vergoedingen.<sup>109</sup>

97. Geneesmiddelen, soortgelijke producten en generieke geneesmiddelen worden gedeeltelijk betaald door de patiënt, waarbij het overige door de verzekeraars wordt vergoed. Het percentage dat door de patiënt wordt betaald, hangt af van de aard van de zorg: ambulante of verstrekt tijdens een opname.<sup>110</sup>

98. De vergoedingen van het RIZIV worden toegekend in het kader van de “conventies” tussen het RIZIV en het ziekenhuis die de ontwikkeling, het beheer en de financiering van multidisciplinaire zorg op forfaitaire basis mogelijk maken. Dit is een manier van werken die vooral wordt gebruikt op het gebied van revalidatie.<sup>111</sup>

### **VI.3.5 Verplichte verzekering en tarieven van de gezondheidszorg**

99. Het Belgische zorgstelsel is gebaseerd op verplichte ziekteverzekering, dat gekenmerkt wordt door solidariteit tussen alle verzekerden en gefinancierd door sociale zekerheidsbijdragen. Het biedt verzekerden toegang tot hoogwaardige gezondheidszorg (consultaties, geneesmiddelen, hospitalisatiekosten, enz.) waarvan de kosten worden gedekt door de verplichte ziekteverzekering. De verplichte ziekteverzekering wordt beheerd door het RIZIV, dat een voorlopig budget toewijst aan ziekenfondsen (ook “mutualiteiten” genoemd). Zij vergoeden de prestaties onder bepaalde voorwaarden (met name een vereiste van kwaliteit, het hebben betaald van voldoende premies, enz.).<sup>112</sup>

100. Het globale budget, namelijk “de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen” (hierna “begroting GUV”) omvat alle vergoedingen van gezondheidsprestaties die door de ziekenfondsen aan patiënten worden uitbetaald en de bedragen die het RIZIV rechtstreeks aan zorgverleners betaalt.<sup>113</sup> Het bedrag van de vergoedingen voor gezondheidszorg wordt jaarlijks vastgesteld volgens een specifieke procedure voor de vaststelling van een “globale begrotingsdoelstelling” (hierna “GB”). Na de vaststelling wordt de GB opgesplitst in budgetten ten behoeve van de verschillende gezondheidszorgsectoren en verschillende categorieën zorgverleners. De algemene begrotingsdoelstelling voor de terugbetaling van gezondheidszorg werd voor 2024 vastgesteld op 37,8 miljard EUR.<sup>114</sup>

101. De vergoedingen voor de gezondheidszorg vormen het voorwerp van onderhandelingen tussen vertegenwoordigers van zorgverleners en ziekenfondsen (verplichte verzekering aangeboden door mutualiteiten). Ze zijn opgenomen in akkoorden die jaarlijks of om de twee jaar worden onderhandeld (Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen). Elke overeenkomst moet deel uitmaken van de begroting en wordt voorgelegd aan de Commissie voor begrotingscontrole van het RIZIV. Artsen beslissen op

<sup>109</sup> In 2021 waren geneesmiddelen en forfaits van het RIZIV goed voor 19,9% en 4,3%, zie Belfius, Analyse MAHA 2022 – Hôpitaux généraux, chiffres 2021 et premiers éléments 2022, 16 november 2022, 18, beschikbaar op: <https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2022/Slides%20Presse%20FR%20DEF.pdf>.

<sup>110</sup> Bayenet, B., Fontaine, M., & Murphy, T. (2021). “Quelles sont les conséquences d’un transfert de la compétence relative au financement des hôpitaux aux entités fédérées?”, *Pyramides, Revue du Centre d’études et de recherches en administration publique*, 35-36, 269-293, §20-21.

<sup>111</sup> KCE, “Een evaluatieprotocol voor RIZIV conventies - Synthèse”, Health Services Research 2018, KCE Reports 299A, 4.

<sup>112</sup> Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, xxv.

<sup>113</sup> Website van RIZIV, “De begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen”, beschikbaar op: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/financiering-van-de-verzekering/begroting>.

<sup>114</sup> Besluit van de Algemene Raad van de RIZIV van 16 oktober 2023, p. 2, beschikbaar op: [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/budget\\_2024\\_conseil\\_general.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/budget_2024_conseil_general.pdf).

individuele basis of ze zich aansluiten bij het Nationaal akkoord. Ze kunnen zich volledig aansluiten (geconventioneerde artsen) of gedeeltelijk (gedeeltelijk-geconventioneerde artsen).<sup>115</sup>

102. In België worden in het tariefschema de officiële kosten voor de gezondheidszorg vastgesteld en onderverdeeld in officiële vergoede tarieven en remgeld (dit laatste op kosten van de patiënt). Het remgeld kan ofwel een vast bedrag ofwel een percentage van de officiële vergoeding (of gelijk aan nul) zijn. Naast deze nationale tarieven kan een ereloon-supplement, namelijk een verhoogd tarief, onder bepaalde voorwaarden door zorgverleners worden geëist.<sup>116</sup>

103. De geconventioneerde artsen hanteren de erelonen zoals bepaald in het Nationaal akkoord en de patiënt betaalt dan alleen het remgeld, namelijk het verschil tussen het door het ziekenfonds terugbetaalde bedrag en de officiële vergoedingen die in het Nationaal akkoord zijn vastgesteld.<sup>117</sup>

104. Alle vergoede gezondheidszorgdiensten worden beschreven in het nationale tariefschema (de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen); dit is een gecodeerde lijst met de geneeskundige verstrekkingen die de ziekteverzekering geheel of gedeeltelijk vergoedt. Een breed scala aan diensten is gedekt, met ongeveer 15.500 codes in het nationale tariefschema in december 2018. Diensten die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, worden niet terugbetaald. Ziekenfondsen zijn wettelijk verplicht om verzoeken tot terugbetaling van hun ingeschreven leden terug te betalen aan de hand van het officiële tarief.<sup>118</sup>

105. De evolutie van de kosten van patiënten (in het bijzonder de omvang van het remgeld) en de betaalbaarheid van de zorg worden door de overheid bestudeerd. Ook maatregelen tot prijscontrole worden aangenomen, bijvoorbeeld het maximum dat mag worden gefactureerd en de omvang van de vergoedingen voor mensen die een verhoogde tegemoetkoming ontvangen (hierna ook “VT”).<sup>119</sup>

### **VI.3.6 Kwaliteit van de gezondheidszorg**

106. Minimum criteria voor de kwaliteit van de gezondheidszorg binnen ziekenhuizen zijn opgenomen in de erkenningscriteria die specifiek zijn voor de diensten, afdelingen, functies en zorgprogramma's van het ziekenhuis. Controlemaatregelen zorgen ervoor dat ziekenhuizen aan deze kwaliteitscriteria voldoen op alle niveaus en op het vlak van processen en resultaten. Deze controles kunnen leiden tot intrekking van de erkenningen voor bepaalde medische activiteiten en kunnen derhalve de voortzetting van de activiteit in gevaar brengen. Sinds 1 juli 2014 is de kwaliteitsbeoordeling van een ziekenhuis een exclusieve bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten.<sup>120</sup>

107. Meer algemeen worden de prestaties van het gezondheidszorgstelsel regelmatig gecontroleerd door de bevoegde overheidsinstanties. België heeft zich, net als alle Europese landen, verbonden tegenover de Wereldgezondheidsorganisatie (hierna “WHO”) om zijn gezondheidszorgstelsel regelmatig te laten evalueren.<sup>121</sup> De recente Belgische hervormingen van het gezondheidszorgstelsel worden gedreven door de doelstelling om de toegang tot hoogwaardige diensten verder te verbeteren

<sup>115</sup> Kesteloot, G., & Van Herck, G. (2015). Financieel beleid voor ziekenhuizen. *Acco*, 36.

<sup>116</sup> Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, 78-79.

<sup>117</sup> Zie onder meer de website van de Christelijke Mutualiteit, beschikbaar op: <https://www.mc.be/fr/avantages-remboursements/conventionnement-prestataires>.

<sup>118</sup> Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, 71.

<sup>119</sup> Zie de website “Naar een gezond België”, beschikbaar op: <https://www.gezondbelgie.be/nl/hit>.

<sup>120</sup> Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, 134-136.

<sup>121</sup> Dit wordt de Health System Performance Assessment (HSPA) genoemd, zie <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/288-waarom-de-performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem-meten>.

en tegelijkertijd de financiële duurzaamheid en efficiëntie van het systeem te behouden.<sup>122</sup> In het bijzonder wordt het Belgische gezondheidsstelsel beschreven en geëvalueerd door internationale organen zoals het European Observatory on Health Systems and Policies, die in de evaluatie van het Belgische gezondheidsstelsel voor 2019 concludeerde dat er in het algemeen een goede toegang is tot hoogwaardige gezondheidsdiensten.<sup>123</sup>

108. De Belgische gezondheidsautoriteiten, zowel federaal als van de deelstaten, zijn dus verantwoordelijk voor het toezicht op de kwaliteit van enerzijds de zorgactiviteiten en anderzijds de zorginstellingen.

## VII. Marktafbakening

109. De zorgactiviteiten van de aanmeldende partijen overlappen horizontaal voor volgende activiteiten: (i) het aanbod van ziekenhuisdiensten; en (ii) het aanbod van ambulante zorg.

110. Het definiëren van relevante product- en geografische markten is de eerste stap in het analyseren van de relevante concurrentiedynamiek in verband met deze activiteiten.

### VII.1 Het aanbod van ziekenhuisdiensten

#### VII.1.1 Productmarkt

##### VII.1.1.a Beslissingspraktijk

111. De **Europese Commissie** (hierna “de Commissie”) heeft de ziekenhuissector in verschillende lidstaten onderzocht in haar besluitvormingspraktijk inzake concentratiecontrole.

112. Wat Frankrijk betreft, heeft de Commissie een markt voor de verstrekking van diagnostiek en ziekenhuiszorg weerhouden. Hoewel er rekening is gehouden met mogelijke segmenteringen van deze markt (met name naar soort discipline, d.w.z. geneeskunde, chirurgie, verloskunde, follow-up- en revalidatiezorg, enz.), heeft<sup>124</sup> de Commissie de marktdefinitie opengelaten in het kader van de haar voorgelegde fusieanalyse.<sup>125</sup>

---

<sup>122</sup> Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, xxxii. Vrije vertaling: “In Vlaanderen worden onaangekondigde inspecties uitgevoerd, waarbij een zorgtraject van een bepaald type patiënt wordt gevolgd. Daarnaast meet het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP<sup>2</sup>) de kwaliteit van zorg in de meeste Vlaamse algemene ziekenhuizen. De ziekenhuizen kiezen zelf welke indicatoren ze meten. De resultaten verschijnen (als het ziekenhuis akkoord gaat) op een website [www.zorgkwaliteit.be](http://www.zorgkwaliteit.be) (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid). De Duitstalige Gemeenschap organiseert regelmatig aangekondigde kwaliteitsinspecties in ziekenhuizen in samenwerking met de Vlaamse organisatie. In Brussel en Wallonië heeft de organisatie Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS) in nauwe samenwerking met de sector kwaliteitsindicatoren opgesteld voor benchmarking (elk ziekenhuis krijgt zijn eigen resultaten vergeleken met het gemiddelde) (PAQS, 2018) Toch worden deze gegevens nog niet op een systematische manier verzameld. Bij ziekenhuiserkenning, die vrijwillig is, beoordeelt een externe organisatie de mate waarin het ziekenhuis kwaliteitsvolle en veilige zorg biedt. Sinds 2008 kunnen ziekenhuizen erkenning ontvangen voor een beperkt aantal jaren, waarbij een toenemend aantal ziekenhuizen erkenning heeft verkregen (58% in 2019) of bezig is erkenning te verkrijgen (27% in 2019).”

<sup>123</sup> Website “Naar een gezond België”, beschikbaar op <https://www.gezondbelgie.be/nl/hit>. Het volledige verslag luidt als volgt: Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22.

<sup>124</sup> Europese Commissie, besluiten van 14 december 2015 in zaak M.7833 *CDC International Capital/Mubadala Development Company/Vivalto Bel tegen Vivalto Santé Group*, §17; van 28 april 2014 in zaak M.7221 *Bridgepoint Capital tegen Medi-Partners*, §20.

<sup>125</sup> Europese Commissie, besluiten van 19 november 2018 in zaak M.9015 *Penta Investments tegen Aseco Poland/Prosoft*, §15-16; van 28 april 2014 in zaak M.7221, *Bridgepoint Capital tegen Medi-Partners*, §20; van 14 december 2015 in zaak M.7833, *CDC International Capital/Mubadala Development Company/Vivalto Bel/Groupe Vivalto Santé*, §20; van 28 april 2014 in zaak M.7221, *Bridgepoint Capital tegen Medi-Partners*, §24; van 4 augustus 2014 in zaak M.7322 *Ramsay Health Care/Credit Agricole/General for Health*, §22.

113. Wat Duitsland betreft, heeft de Commissie een markt voor acute ziekenhuisdiensten gedefinieerd. Medische zorgcentra, d.w.z. instellingen waar bezoldigde artsen ambulante medische zorg verlenen, alsmede revalidatiecentra zijn uitgesloten.<sup>126</sup> De Commissie heeft ook een segmentering overwogen tussen klassieke ziekenhuisdiensten (klassieke hospitalisaties) en dagziekenhuisdiensten, maar heeft deze mogelijke segmentering opengelaten.<sup>127</sup>
114. De Commissie was ook van mening dat een onderscheid kon worden gemaakt tussen private en openbare gezondheidsvoorzieningen (bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk),<sup>128</sup> maar wees erop dat verschillen in de organisatie van het gezondheidsstelsel en bestaande regelgeving (zoals socialezekerheidsstelsels) kunnen leiden tot verschillende conclusies naargelang de betrokken lidstaat,<sup>129</sup> zodat dit onderscheid niet voor alle landen pertinent is. In Frankrijk bijvoorbeeld was de Commissie van mening dat een dergelijk onderscheid niet pertinent was in het licht van de specifieke kenmerken van de nationale markt. In Frankrijk kan de patiënt immers zonder economische overweging kiezen tussen een openbare of private instelling, voor zover de vergoeding van de zorg door de sociale zekerheid geen rekening houdt met het statuut van het ziekenhuis.<sup>130</sup>
115. De **BMA** behandelde reeds twee concentraties tussen ziekenhuizen. Een eerste concentratie betrof de concentratie tussen de Cliniques Universitaires de Bruxelles — Hôpital Erasme, het Jules Bordet Instituut en het Kinderziekenhuis Koningin Fabiola, waarover in het kader van een vereenvoudigde procedure een besluit van 30 juni 2021 is genomen.<sup>131</sup> In dat dossier heeft de BMA de ziekenhuisactiviteiten van de partijen bij de concentratie geanalyseerd: de Cliniques Universitaires de Bruxelles — Hôpital Erasme is een multidisciplinair (algemeen) academisch ziekenhuis, terwijl de andere twee monodisciplinaire ziekenhuizen zijn, één met een oncologisch zorgaanbod (Institut Jules Bordet) en de ander met een pediatriesch zorgaanbod (Queen Fabiola Children’s University Hospital).<sup>132</sup> In deze zaak heeft het auditoraat van de BMA de algemene markt voor ziekenhuiszorg voor “acute” algemene ziekenhuizen onderzocht, met uitzondering van psychiatrische ziekenhuizen en algemene categorische ziekenhuizen (revalidatie- en geriatrie zorgcentra).<sup>133</sup> Voor haar analyse liet de BMA de exacte definitie van productmarkten open voor zover de marktaandelen volgens de verschillende veronderstellingen laag waren, en de concentratie twee multidisciplinaire ziekenhuizen en één algemeen ziekenhuis betrof met beperkte overlappende activiteiten (behalve voor bepaalde specialisaties).
116. Een tweede dossier dat de BMA behandelde in de ziekenhuissector betrof de concentratie tussen Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons Borinage (beter bekend als “Ambroise Paré”) en ASBL Pôle Hospitalier Jolimont (hierna “Jolimont”) (hierna de “Ambroise Paré/Jolimont zaak”). In

<sup>126</sup> Europese Commissie, besluiten van 23 februari 2012 in zaak M.6428 *Helios/Damp*, §11 en van 15 november 2016 in zaak M.8146, *Carlyle/Schön Family/Schön Klinik*, §9.

<sup>127</sup> *Ibid.*, §10.

<sup>128</sup> Zie met name de besluiten van de Europese Commissie van 6 juli 2009 in zaak M.5548 *Barclays/RBS/Hillary* en van 21 augustus 2007 in zaak M.4788 — *Rozier/BHS*.

<sup>129</sup> Europese Commissie, besluit van 21 mei 2010 in zaak M.5805, *3i/Vedici Groupe*, §9.

<sup>130</sup> Europese Commissie, besluit van 12 april 2021 in zaak M.10186, *Elsan/C2S*, §15; van 14 december 2015 in zaak M.7833, *CDC International Capital/Mubadala Development Company/Vivalto Bel/Groupe Vivalto Santé*, §17 en 21 mei 2010 in zaak M.5805, *3i/Vedici Groupe*, §10.

<sup>131</sup> BMA, ABC-2021-CC-11-AUD 30 juni 2021, CONC-C/C-21/0014, *Les Cliniques Universitaires de Bruxelles — Hôpital Erasme/Institut Jules Bordet/The Hospital Universitaire des Enfants Reine Fabiola* (vereenvoudigde procedure).

<sup>132</sup> *Ibid.*, §3-5.

<sup>133</sup> Zie ook art. 2, lid 1 wet van 28 februari 2019, dat ziekenhuizen met een psychiatrische ziekenhuisdienst (index A, T of K) in verband met gespecialiseerde behandelings- en revalidatiediensten (Sp-index) of een geriatrie dienst (G-index) en psychiatrische ziekenhuizen uitsluit van de verplichting om deel uit te maken van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

desgevallende zaak heeft het auditoraat dezelfde algemene markt voor “acute” algemene ziekenhuiszorg onderzocht, met uitzondering van psychiatrische ziekenhuizen en algemene categorische ziekenhuizen. In haar analyse heeft het auditoraat een verdere segmentering overwogen op basis van (i) klassieke hospitalisaties en daghospitalisaties; (ii) erkende bedindex; (iii) acuut, chronisch en psychiatrisch (erkende) bedden; (iv) “major diagnostic categories” (hierna “MDC”); en (v) service lines. Aangezien de concentratie geen ernstige twijfels oproep, noch op enige van de overwogen sub segmentaties, was de auditeur van mening dat de precieze marktafbakening kon worden opengelaten.<sup>134</sup>

117. De **Franse mededingingsautoriteit** (hierna “ADLC”) weerhoudt op basis van een vaste besluitvormingspraktijk een markt voor diagnostiek en ziekenhuiszorg, ongeacht het publieke of private karakter van de betrokken inrichtingen. Wat de mogelijke segmentering van die markt betreft, heeft de ADLC in het verleden consequent geoordeeld dat de markt voor diagnostiek en ziekenhuiszorg zou kunnen worden gesegmenteerd op basis van: (i) soort activiteiten waarvoor specifieke vergunningen zijn verleend voor de uitoefening van bepaalde medische of chirurgische specialiteiten; (ii) MDC, een classificatie van handelingen die worden gebruikt door de “Agence technique d’information sur l’hospitalisation” (hierna “ATIH”), de Franse sectorregulator, binnen de activiteiten waarvoor een vergunning vereist is. Ook werd een segmentering overwogen van elk van deze MDC’s op basis van de aanwezigheid, al dan niet, van een chirurgische handeling.<sup>135</sup>

118. Anderzijds maakt de ADLC geen onderscheid naargelang de behandeling plaatsvindt in het kader van een volledige hospitalisatie of daghospitalisatie (door de ADLC “ambulante opname” genoemd), die beide zijn opgenomen in de markt voor diagnostiek en ziekenhuiszorg. De ADLC is van mening dat het aanbod substitueerbaar is tussen een handeling (chirurgisch) uitgevoerd in ambulante opname of volledige ziekenhuisopname, voor zover deze handelingen identiek zijn voor een bepaalde pathologie.<sup>136</sup> In een besluit van 2020<sup>137</sup> vulde de ADLC echter zijn eerdere besluitvormingspraktijk aan door te oordelen dat het noodzakelijk was om de markt voor het verstrekken van diagnostiek en ziekenhuiszorg te segmenteren door middel van geautoriseerde zorgactiviteiten (die zijn opgenomen in de “code de la santé publique”), en om het marktonderzoek aan te vullen met een gestructureerde analyse rond clusters van “planningsgroepen” (“groupes de planification”) zoals geïdentificeerd door de ATIH.<sup>138</sup> Deze groepen omvatten ongeveer twintig categorieën, zoals neurologie, reumatologie,

---

<sup>134</sup> BMA, ABC-2023-C/C-50 21 december 2023, CONC-C/C-23/0018, *Centre hospitalier universitaire et psychiatrique de Mons Borinage SCRL/ASBL Pole hospitalier Jolimont*, §136.

<sup>135</sup> ADLC, besluiten nr. 21-DCC-86 of 2 June 2021 relating to the acquisition of sole control of the C2S group by the Elsan group, No 20-DCC-38 relating to the acquisition of exclusive control of the company Hexagone Santé Méditerranée and SCI Bonnefon-Carnot by the Elsan group, No 18-DCC-162 of 15 October 2018 relating to the acquisition of exclusive control of the Capio group by Ramsay Générale de Santé, No 17-DCC-95 of 23 June 2017 relating to the acquisition of exclusive control of the MediPôle group responsible for the Elsan group by the Elsan group, one of the establishments in the healthcare sector, n° 15-DCC-146 of 26 October 2015 relating to the exclusive control of the healthcare sector.

<sup>136</sup> ADLC, reeds aangehaald besluit nr. 20-DCC-38, §33-37.

<sup>137</sup> ADLC, besluit nr. 20-DCC-38 van 28 februari 2020 betreffende de verwerving door de Elsan-groep van exclusieve zeggenschap over Hexagone Santé Méditerranée en SCI Bonnefon-Carnot, §22 e.v.

<sup>138</sup> Planningsgroepen zijn een relevante segmentering volgens de ADLC, omdat ze de identificatie, voor elke groep, van de gehechtheid aan chirurgie, geneeskunde of verloskunde mogelijk maken. Bovendien maakt de granulariteit van de planningsgroepen het mogelijk om segmenten te identificeren en te isoleren waarvoor de vergunning voor activiteiten structureert (bijv. neurochirurgie). De planningsgroepen maken het ook mogelijk om rekening te houden met de logica van vergunningen en medische en chirurgische specialisatie, aangezien huisartsen meestal operationele handelingen aan de ene kant onderscheiden, en niet-operatieve handelingen aan de andere kant. Zie ADLC, Besluit nr. 21-DCC-86 van 2 juni 2021 betreffende de verwerving van de uitsluitende zeggenschap over de C2S-groep door de Elsan Group, §15.

urinerwegen, endocrinologie, chemotherapie of cardiovasculaire chirurgie.<sup>139</sup> Deze aanpak maakt het volgens de ADLC mogelijk om beter rekening te houden met de structurering van het aanbod van zorginstellingen. Deze aanpak is sindsdien bevestigd in de meest recente besluitvormingspraktijk.<sup>140</sup>

119. Tot 2019 onderscheidde de **Autoriteit Consument & Markt** (hierna “ACM”) in Nederland een markt voor “basiszorg” van een productmarkt voor “complexe zorg” binnen de “klinische ziekenhuiszorg”. Basiszorg werd onderverdeeld in algemene klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg (“Klinische algemene ziekenhuiszorg” en “niet-klinische algemene ziekenhuiszorg”). Binnen de basiszorg maakte de ACM geen expliciet onderscheid tussen specialisaties of subspecialisaties, behalve wanneer de fusie slechts enkele specialisatie betrof. De markt voor complexe gezondheidszorg (“complexe zorg”), omvat enerzijds geavanceerde gezondheidszorg (“topklinische zorg”) en geavanceerde medische diensten die diepgaande expertise en erkenning vereisen, en anderzijds “prioritaire gezondheidszorg” (“topreferente zorg”), die in universitaire medische centra wordt aangeboden voor medische situaties van een bepaalde complexiteit of ernst.<sup>141</sup>

120. Sinds 2019 heeft de ACM haar definitie van “basiszorg” herzien. Voortaan wordt een “diagnostische behandelingscombinatie” (hierna “DBC”) aangeduid als basiszorg indien deze wordt aangeboden door ten minste twintig algemene ziekenhuizen in Nederland. Het Nederlandse begrip DBC lijkt vergelijkbaar te zijn met het Belgische begrip “All-Patient Refined Diagnose-Related Groups” (hierna “APR-DRG”) in die zin dat het gegevens bevat van een groepsindeling van patiënten op basis van primaire diagnose en bijbehorende behandelingen.

121. Daarnaast onderzoekt de ACM in haar analyse nu voornamelijk de effecten van een concentratieproject per patiëntengroep. Alle patiënten die voor dezelfde diagnose of reden naar het ziekenhuis gaan (bijvoorbeeld een rood of pijnlijk oog, een afwijking in of op de borst, pijn of bewegingsbeperking in een gewricht) worden beschouwd als deel van dezelfde groep patiënten. De indeling van de patiëntengroep is gebaseerd op de “International Classification of Primary Care” (hierna “ICPC”) en in Nederland geaccepteerd als de norm voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de algemene geneeskunde.<sup>142</sup> Naast haar patiëntengroepanalyse behoudt de ACM ook het onderscheid tussen klinische en niet-klinische zorg wanneer zij dit relevant acht.<sup>143</sup>

---

<sup>139</sup> ADLC, Besluit nr. 21-DCC-86 van 2 juni 2021 betreffende de verwerving van de uitsluitende zeggenschap over de C2S-groep door de Elsan Group, §15. Gezien het grote aantal planningsgroepen en de nabijheid van sommige groepen, achtte het ADLC het echter relevant om een aantal groepen uit te voeren. De relevante categorieën worden hieronder uiteengezet: (i) spijsverteringskanaal; (ii) musculoskeletale apparatuur; (iii) reumatologie; (iv) urinerwegen; (v) cardiovasculaire; (vi) cosmetische en comfortchirurgie; (vii) gynaecologie; (viii) IVG; (ix) hematologie; (x) neurochirurgie; (xi) neurologie; (xii) obstetrische (xiii) oogheelkunde; (xiv) pasgeborenen en perinatale periode; (xv) psychiatrie; (xvi) hyperbare zuurstoftherapie, in sessies; (xvii) chemotherapie; (xviii) Thoracovasculaire chirurgie (xix) cardiovasculaire chirurgie; (xx) pneumologie; (xxi) endocrinologie; (xxii) interspecialiteitschirurgie; (xxiii) interspecialiteitsgeneeskunde; (xxiv) zeldzame specialiteiten; (xxv) orgaantransplantatie (met uitzondering van merg- en hoornvliestransplantatie); (xxvi) RL; en (xxvii) stomatologie.

<sup>140</sup> ADLC, Besluit nr. 21-DCC-86 van 2 juni 2021 betreffende de verwerving van de uitsluitende zeggenschap over de C2S-groep door de Elsan Group, §12-17.

<sup>141</sup> ACM, 14 december 2016, zaak 16.0685.22, *Academisch Medisch Centrum — Stichting VUmc*, §82; ACM (NMa destijds), 5 september 2011, zaak 7236, *Orbis — Atrium*, §17.

<sup>142</sup> ACM, nota van 28 december 2018, Nadere toelichting analyse productmarkten in by MSZ, beschikbaar op: <https://www.acm.nl/nl/publicaties/nadere-toelichting-analyse-productmarkten-de-msz>.

<sup>143</sup> ACM, 17 juli 2019, ACM/19/034888, *Algemeen Ziekenhuis Noordwest-Veluwe en locatie Lelystad van MCIJsselmeerziekenhuizen*, §35 e.v.; ACM, 1 april 2021, ACM/20/039308, *Erasmus Universitair Medisch Centrum en Stichting IJsselland Ziekenhuis*, §23 e.v.; ACM, 29 juni 2022, ACM/22/178040, *Xpert Clinics Orthopedie BV en Annatomie - centra voor orthopedie en beweging – Holding BV*, §22 e.v.

122. In Duitsland weerhoudt het **Bundeskartellamt** (hierna “BKartA”) steeds een brede productmarkt die alle acute ziekenhuisdiensten van algemene ziekenhuizen en gespecialiseerde klinieken omvat, terwijl een fijnere segmentering van deze markt wordt opengelaten.<sup>144</sup> Deze markt omvat alle medische behandelingen door algemene ziekenhuizen op alle niveaus en gespecialiseerde klinieken voor hun patiënten, met uitzondering van private ziekenhuizen.<sup>145</sup> Er zij ook op gewezen dat het BKartA van oordeel was dat gespecialiseerde psychiatrische diensten (in algemene en gespecialiseerde ziekenhuizen) en gespecialiseerde psychiatrische klinieken niet in de markt van algemene ziekenhuizen mogen worden opgenomen, aangezien zij een afzonderlijke markt vormen.<sup>146</sup>

123. Ten slotte onderscheidt de **Roemeense mededingingsautoriteit** (*Consiliul Concurentei*) binnen de gezondheidszorg de markt voor ziekenhuiszorg enerzijds en de markt voor ambulante zorg anderzijds. Dit omvat gezondheidszorg die door zorginstellingen aan patiënten wordt verstrekt zonder ziekenhuisopname en kan, in voorkomend geval, worden gesegmenteerd in (i) consultaties (kan worden onderverdeeld door specialisaties); (ii) medische beeldvormingsdiensten; en (iii) laboratoriumdiensten.<sup>147</sup>

#### **VII.1.1.b Standpunt van de aanmeldende partijen**

124. De aanmeldende partijen zijn van mening dat voor de doeleinden van deze aanmelding de relevante productmarkt de algemene markt voor hospitalisaties betreft.

125. De aanmeldende partijen zijn van mening dat de overwogen mogelijke segmentaties, waaronder MDC's en dienstlijnen (hierna “service lines”) niet relevant zijn. Ook in de Ambroise Paré/Jolimont beslissing liet de Belgische Mededingingsautoriteit uiteindelijk open of verdere subsegmenten overwogen moesten worden.

126. De aanmeldende partijen bemerken dat segmentatie naar MDC belangrijke beperkingen kent. De ziekenhuisdiensten zijn namelijk niet als zodanig georganiseerd. De segmentatie zou voorts ook geen rekening houden met factoren zoals de ernst van de aandoening, de duur van het verblijf, de mate van urgentie, benodigde apparatuur en medisch personeel. De segmentatie zou ook voor verwarring kunnen zorgen, omdat patiënten vaak verschillende aandoeningen hebben die onder verschillende MDC's vallen, en de indeling in een bepaalde MDC soms meer te maken heeft met organisatorische en vooral financiële redenen dan met medische logica.

127. Met betrekking tot de service lines voeren de partijen aan dat een segmentering op deze basis hypothetisch is. Ten eerste bieden ze een totaalaanbod aan.<sup>148</sup> Ten tweede heeft de indeling van patiënten in service lines weinig te maken met medische logica. Een patiënt wordt bijvoorbeeld toegewezen aan een unieke APR-DRG – en dus aan een unieke service line – terwijl een patiënt in de praktijk onder verschillende APR-DRG's – en dus onder verschillende service lines – kan vallen. In dat

---

<sup>144</sup> Bundeskartellamt, besluit van 7 juni 2021, B3-67/21, *Charité — Universitätsmedizin Berlin | Deutsches Herzzentrum Berlin*, 4-5, van 21 januari 2021, B3-33/20, *Malteser Norddeutschland gGmbH | Evangelisch-lutherische Diakonissenanstalt zu Flensburg KdöRΦMALTESER-Diako KLINIKUM Flensburg GmbH*, §199-200 en 18 maart 2019, B3-157/18, *Ameos Psychiatrie Holding GmbH Sana Kiklinen Ostholstein GmbH*.

<sup>145</sup> Bundeskartellamt, besluit van 14 mei 2014, B3-135/13, *Landkreis Esslingen/Stadt Esslingen/Kreiskliniken Esslingen gGmbH/Klinikum Esslingen GmbH* en van 5 september 2012, B3-43/12, *Agaplesion gAG/Stadt Worms/Klinikum Worms gGmbH/HDV gemeinnützige GmbH*.

<sup>146</sup> Bundeskartellamt, beslissing van 30 juli 2020 in zaak B3-33/20 van 5 september 2012, B3-43/12, *Agaplesion gAG/Stadt Worms/Klinikum Worms GmbH/HDV gemeinnützige GmbH*, van 6 juni 2007, B 3-6/07, *LBK/Maria Hilf* en 10 mei 2007, B 3-587/06, *Regio Hannover/NLKH Wunstor*.

<sup>147</sup> Beslissing van de Consiliul Concurentei (Roemeense mededingingsautoriteit) van 19 december 2022, *Vita Care Flav SRL | Muntenia Medical Competences SA*.

<sup>148</sup> *Ibid.*, §91.

geval is het onduidelijk waar deze patiënt moet worden ingedeeld.<sup>149</sup> Ten slotte is de decompositie van de service lines gebaseerd op de benchmarking die is uitgevoerd door 3M, en dus op een classificatie die is geïnspireerd op de organisatie van Amerikaanse ziekenhuizen. Om die reden kan het geen getrouwe weergave zijn van de zorgorganisatie in Belgische ziekenhuizen.<sup>150</sup>

### **VII.1.1.c Marktonderzoek**

128. Uit het onderzoek van de bestaande beslissingspraktijk, blijkt dat de sterke verschillen tussen de stelsels voor de verstrekking van gezondheidszorg door ziekenhuizen in de verschillende lidstaten, belangrijke gevolgen heeft voor de marktafbakening aangezien telkens met de nationale specificiteiten moet worden rekening gehouden. Het onderzoek bevestigt dat wegens de bijzonderheden van de Belgische ziekenhuissector<sup>151</sup> de analyse van de besluitvormingspraktijk van de mededingingsautoriteiten van de Europese Unie louter als eerste uitgangspunt kan dienen bij de afbakening van de relevante markten.

129. Zoals hierboven vermeld, wordt het begrip ziekenhuis in België gedefinieerd in artikel 2 van de Ziekenhuiswet als:

*“§1, 1<sup>ste</sup> lid. [...]de instellingen voor gezondheidszorg waarin op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren. Deze ziekenhuizen vervullen een opdracht van algemeen belang.*

*§1, 2<sup>e</sup> lid. Met uitzondering van de ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten [...] samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie [...] of een dienst voor geriatrie [...] en met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen, maakt elk ziekenhuis deel uit van één en slechts één locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.”*

130. Ziekenhuisopname vereist bijgevolg een erkenning en impliceert opname en verblijf (in verband met het begrip bed zoals hierboven gedefinieerd) in het ziekenhuis om zorg te kunnen ontvangen. Twee vormen van ziekenhuisopname worden onderscheiden in de Ziekenhuiswet op basis van de verblijfsduur: een ziekenhuisopname waarbij de patiënt wordt opgenomen maar niet in het ziekenhuis verblijft (daghospitalisatie), en een klassieke hospitalisatie waarbij de patiënt wordt opgenomen en ten minste één nacht in het ziekenhuis verblijft (klassieke ziekenhuisopname).<sup>152</sup>

131. Het marktonderzoek toont het mogelijke bestaan aan van een globale ziekenhuismarkt binnen de algemene ziekenhuizen. Verschillende actoren in de ziekenhuissector (d.w.z. de belangrijkste concurrenten van de partijen, maar ook belanghebbenden met betrekking tot de sector (mutualiteiten, verzekeraars, patiëntenverenigingen, medische verenigingen, verenigingen van gezondheidswerkers, vakbonden, enz.) en sectorale regulatoren (FOD Volksgezondheid, Departement Zorg en RIZIV) werden

---

<sup>149</sup> *Ibid.*, §79.

<sup>150</sup> *Ibid.*

<sup>151</sup> Hoewel alle lidstaten sterke gemeenschappelijke waarden op het gebied van gezondheidszorg delen (Raad van de Europese Unie, *Conclusies van de Raad: naar moderne gezondheidszorgstelsels die zich aan de behoeften en duurzame behoeften kunnen aanpassen*, PB C 146/01 2006), verschilt de uitvoering ervan op nationaal niveau van lidstaat tot lidstaat.

<sup>152</sup> FOD Volksgezondheid, *Blikvanger gezondheidszorg – Algemene ziekenhuizen*, Brussel, 2023, 14.

bevraagd omtrent de relevantie van een globale markt voor hospitalisaties die verschilt van de markt voor ambulante zorg. De meerderheid van de respondenten bevestigen de relevantie van een globale markt voor hospitalisaties.<sup>153</sup> De FOD Volksgezondheid onderschrijft met name het bestaan van een aparte markt voor hospitalisaties (die daghospitalisaties en klassieke hospitalisaties omvatten).<sup>154</sup> Deze benadering is gebaseerd op de Ziekenhuiswet,<sup>155</sup> die alleen van toepassing is op in het ziekenhuis opgenomen patiënten (inclusief patiënten die worden opgenomen in het dagziekenhuis), en niet op ambulante patiënten. Twee concurrenten van de aanmeldende partijen, AZ Klina en UZA, gingen echter niet volledig akkoord met een opsplitsing tussen hospitalisatie en ambulante zorg. Zij stellen dat deze twee soorten zorg een continuüm vormen en dat het breukvlak tussen de twee steeds kleiner wordt.<sup>156</sup> In sommige gevallen kan een ambulante ingreep leiden tot een hospitalisatie, maar dit is in regel niet het geval. Daarboven is de financiële regeling ook beduidend verschillend bij beide soorten zorg.

132. De respondenten van het marktonderzoek geven aan dat de keuze van de patiënt voor een ziekenhuis wordt beïnvloed door verschillende factoren. Naast de nabijheidsfactor die voor de meerderheid van de respondenten als belangrijkste factor wordt aangehaald, worden ook overwegingen gemaakt met betrekking tot de reputatie van de behandelende arts, de kwaliteit van het ziekenhuis, de aanbeveling van de huisarts, en de beschikbaarheid (wachttijden). Volgens enkele respondenten zou prijs ook een rol van betekenis spelen al is dit ondergeschikt aan de bovenstaande factoren.<sup>157</sup>

133. Dit suggereert dat patiënten kunnen kiezen voor een ziekenhuis op basis van de waargenomen kwaliteit, met inbegrip van de reputatie van het ziekenhuis vanuit een algemeen oogpunt, ongeacht de specialisatie in kwestie. Aangezien de partijen algemene ziekenhuizen zijn, concurreren zij mogelijk ook met elkaar op het niveau van het globale en geaggregeerde aanbod, teneinde een patiënt voor een bepaalde specialisatie te kunnen aantrekken.

134. Voor de auditeur moet de markt voor hospitalisaties aldus worden opgevat als zijnde hospitalisaties in algemene ziekenhuizen in ruime zin, met uitzondering van hospitalisaties in psychiatrische ziekenhuizen. De partijen beheren algemene ziekenhuizen waarvoor specifieke erkennings- en organisatievoorschriften gelden. Naast de erkenning voor het algemene ziekenhuis heeft ZNA eveneens een erkenning voor een psychiatrisch ziekenhuis. De auditeur is van mening dat psychiatrische ziekenhuizen kunnen worden onderscheiden van algemene ziekenhuizen omdat zij ziekenhuiszorg van verschillende aard aanbieden en zich richten op een bepaalde categorie van psychiatrische pathologieën en niet op een breed scala aan verschillende pathologieën.<sup>158</sup> Aangezien GZA geen erkenning heeft voor psychiatrische zorg, kan deze in voorliggende Concentratie buiten beschouwing gelaten worden.

135. Tijdens het marktonderzoek werd eveneens de mogelijkheid onderzocht van een verdere segmentering op basis van: (i) toegestane bedindex; (ii) acute/chronische/psychiatrische bedden; (iii) klassieke hospitalisatie of daghospitalisatie; (iv) MDC; en (v) service lines. Uit het marktonderzoek blijkt dat vooral een verdere segmentering op basis van service lines wordt ondersteund.

---

<sup>153</sup> Bijvoorbeeld antwoord van NIC (IV.1.B2); antwoord van DKV (V.2.B2) en antwoord van ICURO (VI.7.B2).

<sup>154</sup> Antwoord van de FOD Volksgezondheid op de VOI van 18 maart 2024 (II.2.C4), p. 2.

<sup>155</sup> Art. 2 Ziekenhuiswet.

<sup>156</sup> PV van gesprek met AZ Klina van 8 februari 2024 (III.1.D2); PV van gesprek met UZA van 7 februari 2024 (III.3.C2).

<sup>157</sup> Antwoord ICURO op VOI van 16 februari 2024 (VI. 7. B2); antwoord Solidaris op VOI van 16 februari 2024 (IV.2.B2).

<sup>158</sup> Aanmeldingsformulier, §2.

136. De segmentering op basis van service lines is een classificatie die ook gebaseerd is op APR's-DRG's en wordt georganiseerd door het 3M Benchmarking Program (het "3M-programma") voor haar klanten.<sup>159</sup> Het 3M-programma is een vorm van groepering van APR's-DRG's die probeert de medische praktijk in het veld zo accuraat mogelijk te weerspiegelen. Het 3M-programma identificeert 40 verschillende service lines. De benchmarking die dit programma uitvoert dankzij de gegevens van de ziekenhuizen, is toegankelijk voor meer dan 80% van de algemene ziekenhuizen in België (83 van 103 ziekenhuizen in België). [VERTROUWELIJK].<sup>160</sup> De meerderheid van de respondenten oordeelde dat deze segmentering het meest toepasselijk is.<sup>161</sup> Enkele respondenten achtten een segmentering op basis van de bedindex als meer geschikt.<sup>162</sup> Aangezien een grote meerderheid van de algemene ziekenhuizen gebruik maakt van het 3M-programma,<sup>163</sup> is de auditeur van mening dat deze indeling het meest representatief is voor de interne evaluaties die door ziekenhuizen worden uitgevoerd.

#### **VII.1.1.d Beoordeling en conclusie van de auditeur**

137. De auditeur concludeert dat er een aparte markt bestaat voor hospitalisaties, met uitzondering van psychiatrische hospitalisaties.<sup>164</sup> De vraag of een nauwere segmentering op basis van service lines noodzakelijk is, kan *in casu* opengelaten worden, aangezien de uitkomst van de beoordeling niet verandert ongeacht een mogelijke engere segmentering.

#### **VII.1.1.e Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege**

138. Gelet op de hierboven beschreven en geciteerde beslissingspraktijk en de resultaten van het door de auditeur gevoerde marktonderzoek, deelt het College het oordeel van de auditeur dat er een aparte markt bestaat voor hospitalisaties, met uitzondering van psychiatrische hospitalisaties. Het College bevestigt tevens de visie van de auditeur dat de vraag of een nauwere segmentering noodzakelijk is, *in casu* kan worden opengelaten.

### **VII.1.2 Geografische markt**

#### **VII.1.2.a Beslissingspraktijk**

139. In haar beslissingspraktijk laat de **Europese Commissie** systematisch de vraag open of de markt voor hospitalisaties nationaal, regionaal of lokaal is. Wat Frankrijk betreft, heeft de Commissie de geografische afbakening van de markt opengelaten, maar een lokale dimensie overwogen die zich uitstrekt tot een straal van 30 minuten reistijd per wagen rond de betrokken inrichting.<sup>165</sup> Wat Duitsland betreft, heeft de Commissie de geografische markt eveneens opengelaten, en heeft zij voor wat de concurrentiële analyse betreft, een beoordeling op nationaal, regionaal en lokaal niveau uitgevoerd op basis van isochronen van respectievelijk 200 km, 100 km en 50 km.<sup>166</sup>

<sup>159</sup> Website 3M, beschikbaar op: [https://www.3mbelgique.be/3M/fr\\_BE/health-care-bnl/healthinformationsystems](https://www.3mbelgique.be/3M/fr_BE/health-care-bnl/healthinformationsystems).

<sup>160</sup> Antwoord op VOI van 11 juli 2023 (I.C2), p. 5.

<sup>161</sup> Met name het antwoord van AZ Monica (III.2.E2).

<sup>162</sup> Antwoord NIC (VI.1.B2); antwoord FOD Volksgezondheid (II.2.C5).

<sup>163</sup> Website 3M, beschikbaar op: [https://www.3mbelgique.be/3M/fr\\_BE/health-care-bnl/healthinformationsystems](https://www.3mbelgique.be/3M/fr_BE/health-care-bnl/healthinformationsystems). Zie ook Aanmeldingsformulier, §100.

<sup>164</sup> De impact van de concentratie zal in ieder geval hieronder worden beoordeeld zowel op een markt voor hospitalisaties als op basis van de nauwere segmentering van klassieke en daghospitalisaties, evenals service lines.

<sup>165</sup> Europese Commissie, besluiten van 19 november 2018 in zaak M.9015 *Penta Investments tegen Aseco Poland/Prosoft*, §18; van 14 december 2015 in zaak M.7833, *CDC International Capital/Mubadala Development Company/Vivalto Bel/Groupe Vivalto Santé*, §21; van 28 april 2014 in zaak M.7221, *Bridgepoint Capital tegen Medi-Partners*, §26.

<sup>166</sup> Europese Commissie, besluit van 15 november 2016 in zaak M.8146 *Carlyle/Schön Family/Schön Klinik*, §23.

140. In de bovengenoemde beslissing van 30 juni 2021 betreffende de concentratie tussen Brusselse ziekenhuizen heeft de **BMA** formeel niet beslist over de geografische dimensie van de markt en de precieze definitie opengelaten. Met betrekking tot de Ambroise Paré/Jolimont zaak merkte de BMA op dat er verschillende factoren zijn die wijzen op een subnationale markt voor hospitalisaties. Aangezien desbetreffende concentratie geen ernstige twijfels deed rijzen, werd ook in deze zaak de precieze geografische marktdefinitie opengelaten.

141. Ook voor de **ADLC** is het vaste praktijk om de geografische afbakening van de markt voor diagnostiek en ziekenhuiszorg open te laten, waarbij wordt gesteld dat deze markt een lokale, departementale of regionale dimensie kan hebben.<sup>167</sup> Wat de definitie van lokale gebieden betreft, berust de analyse van de ADLC op reële voetafdrukken. Op basis hiervan worden de geografische verblijfsgebieden van de patiënten die het dichtst bij het volgens geografische codes onderzochte ziekenhuis liggen, samengevoegd totdat alle in aanmerking genomen gebieden 80% van de patiënten van de inrichting vertegenwoordigen.<sup>168</sup>

142. In haar beslissingspraktijk gebruikt de **ACM** voornamelijk de parameters van reistijd en “patiëntstromen” om te bepalen uit welke gemeenten de patiënten van de gefuseerde ziekenhuizen afkomstig zijn en naar welke ziekenhuizen patiënten uit de betrokken gebieden worden doorverwezen,<sup>169</sup> om aldus de geografische markt te kunnen bepalen. De ACM beschouwt de geografische markt voor algemene ziekenhuiszorg over het algemeen als lokaal of regionaal,<sup>170</sup> terwijl de markt voor complexe zorg over het algemeen groter is, soms met een nationale dimensie.<sup>171</sup>

143. In Duitsland heeft het **BKartA** de exacte geografische marktomvang opengelaten en is het van mening dat acute ziekenhuiszorg in het algemeen op regionale markten wordt verleend, waarbij ook rekening wordt gehouden met de lokale gebieden in de betrokken regio.<sup>172</sup>

#### **VII.1.2.b Standpunt van de aanmeldende partijen**

144. De aanmeldende partijen zijn van mening dat, rekening houdend met een reistijd van 30 minuten zoals weerhouden door de Europese Commissie, de relevante geografische markt regionaal is en minstens de provincie Antwerpen betreft. Dit stemt ook overeen met het feit dat de wetgever voor locoregionale zorg zelf een reistijd van 30 minuten vooropstelt.

145. De aanmeldende partijen wijzen erop dat deze afbakening van de relevante geografische markt verder ook conservatief is gezien het bestaan van een aanzienlijke mate van substitueerbaarheid tussen de ziekenhuizen in andere provincies, in het bijzonder voor gespecialiseerde zorg. Men kan daarbij bijvoorbeeld denken aan specifieke supraregionale zorg aangeboden door universitaire ziekenhuizen. Dit blijkt overigens ook uit het feit dat UZ Leuven zelfs binnen de lokale markt voor hospitalisaties van ZAS een marktaandeel van [0%-10%] heeft. Hierbij kan tevens verwezen worden naar de brandwondencentra. Daarnaast benadrukken de aanmeldende partijen ook het mobiele karakter van patiënten, die niet altijd geneigd zijn te kiezen voor het ziekenhuis dat zich het dichtst bij hun woonplaats bevindt, voor zover een ander ziekenhuis in de regio een betere kwaliteit van zorg zou

<sup>167</sup> Bijv. ADLC, Beslissing nr. 21-DCC-86 van 2 juni 2021, reeds aangehaald, §19 en Besluit nr. 20-DCC-38, §40.

<sup>168</sup> Bijv. ADLC, Beslissing nr. 21-DCC-86 van 2 juni 2021, reeds aangehaald, §20.

<sup>169</sup> ACM, 17 juli 2019, ACM/19/034888,13; ACM, 2 mei 2019, ACM/18/034722,11; ACM, 1 april 2021, ACM/20/039308, §64 en §74.

<sup>170</sup> ACM, 21 april 2017, 16.1297.22, 10; ACM, 1 april 2021, ACM/20/039308, §88; ACM, 2 mei 2019, ACM/18/034722, §12.

<sup>171</sup> ACM, 29 juni 2022, ACM/22/178040, §57; ACM, 23 december 2021, ACM/21/052995, §46 e.v., blz. 14; ACM, 1 april 2021, ACM/20/039308, §89.

<sup>172</sup> Bundeskartellamt, beslissing van 7 juni 2021, B3-67/21, *Charité — Universitätsmedizin Berlin/Deutsches Herzzentrum Berlin*, p. 7.

bieden. Dit geldt ook voor de artsen die gemakkelijk buiten de stad Antwerpen maar ook elders in de provincie Antwerpen of zelfs buiten deze provincie aan het werk kunnen.

146. De aanmeldende partijen besluiten dat in een markt waar reistijden relatief zijn voor wie op zoek is naar de beste zorg, ieder geografisch afbakeningscriterium relatief is en voor discussie vatbaar blijft.

### **VII.1.2.c Marktonderzoek**

147. Uit het marktonderzoek van de concurrenten van de partijen en andere spelers in de sector blijkt dat de geografische markt meestal als kleiner dan nationaal wordt beschouwd.

148. De concurrenten van de partijen<sup>173</sup> zijn van mening dat de geografische omvang van hospitalisaties minstens subnationaal is en mogelijk zelfs lokaal. Ze verwijzen naar het belang van de nabijheid van de zorg, alsook de wettelijke verplichting dat zorg steeds beschikbaar moet zijn binnen 30 minuten reistijd. Daarnaast geven de concurrenten van partijen ook aan dat de overgrote meerderheid van hun patiënten uit omliggende gemeentes komt, hetgeen de lokale omvang van de markt voor hospitalisaties aantoont.

149. De overheidsinstanties<sup>174</sup> FOD Volksgezondheid en het Departement Zorg gaan beide uit van een (loco-)regionale geografische markt. De FOD Volksgezondheid stelt dat het aanbod van ziekenhuizen in Vlaanderen dermate dicht is dat de zorggebieden bijna systematisch overlappen. Bijgevolg achtten ze een geografische marktafbakening per stad irrelevant aangezien de patiënt steeds de keuze heeft tussen verschillende ziekenhuizen in de regio.

150. Wat betreft de mutualiteiten, zijn het Nationaal Intermutualistisch College (hierna "NIC")<sup>175</sup> en de Christelijke Mutualiteit<sup>176</sup> van mening dat de geografische markt regionaal kan worden afgebakend. Ze verwijzen hiervoor naar het bestaan van regionale zorgstrategische plannen die de zorgbehoefte in het grootstedelijke gebied in en rond Antwerpen moeten invullen. Daarentegen stelt Solidaris<sup>177</sup> dat de aanwezigheid van arts-specialisten patiënten van zeer ver kunnen aantrekken en de markt dus groter dan regionaal kan zijn. Dit is echter wel afhankelijk van de complexiteit van de behandeling. Zo zouden patiënten voor pediatrie en geriatrie van zeer dichtbij komen.

151. Onder de bevraagde verzekeraars bevestigen DKV<sup>178</sup> en Ethias<sup>179</sup> het bestaan van een subnationale geografische markt met een lokale dimensie die zich kan uitstrekken tot een straal van 30 minuten reistijd per wagen. Volgens DKV betreft dit in het licht van voorliggende Concentratie de volledige provincie Antwerpen met uitzondering van het noorden van de provincie.

152. Betreffende de yakbonden en verenigingen werd enkel een antwoord bekomen van Zorgnet Icuro<sup>180</sup> die stelde dat de geografische omvang van de markt voor hospitalisaties zowel locoregionaal als supra-regionaal kan zijn. Het stelt dat het aanbod van een ziekenhuis in de eerste plaats moet beantwoorden aan de lokale behoeftes zoals vastgelegd in de regionale zorgstrategische plannen. Dit neemt volgens hen echter niet weg dat voor bepaalde specialismen het ziekenhuispatiënten kan

---

<sup>173</sup> PV van gesprek met AZ Klina van 8 februari 2024 (III.1.D2); PV van gesprek met UZA van 7 februari 2024 (III.3.C2) en PV van gesprek met AZ Monica van 31 januari 2024 (III.2.E2).

<sup>174</sup> PV van gesprek met Departement Zorg van 22 februari 2024 (II.3.C.2); reactie van de FOD Volksgezondheid op de VOI van 18 maart 2024 (II.2.C4), p. 3.

<sup>175</sup> Antwoord van het National Intermutualist College op de VOI van 16 februari 2024 (IV.1.B2).

<sup>176</sup> Antwoord van de Christelijke Mutualiteit op de VOI van 16 februari 2024 (IV.8.B2).

<sup>177</sup> Antwoord van Solidaris op de VOI van 16 februari 2024 (IV.2.B2).

<sup>178</sup> Antwoord van DKV op de VOI van 16 februari 2024 (V.2.B2).

<sup>179</sup> Antwoord van Ethias op de VOI van 16 februari 2024 (V.1.B2).

<sup>180</sup> Antwoord van Icuro op de VOI van 16 februari 2024 (V.7.B2).

aantrekken buiten de lokale bevolking, waardoor de geografische omvang eveneens supra regionaal kan zijn.

#### **VII.1.2.d Beoordeling en conclusie van de auditeur**

153. De auditeur concludeert dat de geografische omvang van de markt voor hospitalisaties, met uitzondering van psychiatrische hospitalisaties, lokaal is. Hoofdstuk VIII.1 bespreekt de methodologie op basis waarvan de grenzen van de mogelijke lokale markten dienen te worden bepaald. Om de redenen die in datzelfde hoofdstuk zullen worden uiteengezet, dient *in casu* één lokale markt op basis van een verzorgingsgebied (hierna ook het “zorggebied” genoemd) rond het zwaartepunt tussen de ziekenhuissites van de aanmeldende partijen weerhouden te worden.

#### **VII.1.2.e Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege**

154. Het College onderschrijft de beoordeling en de conclusie van de auditeur dat de geografische omvang van de markt voor hospitalisaties, met uitzondering van psychiatrische hospitalisaties, lokaal is op basis van de beslissingspraktijk, het marktonderzoek en de redenen die hierna worden vermeld in VIII.1.1 en VIII.1.2. Rekening houdend met de overwegingen die het auditoraat heeft vermeld in het voorstel van beslissing en de toelichting verschaft door het auditoraat en de partijen tijdens de hoorzitting met betrekking tot de beschikbaarheid van de data (en het onderscheid op dit vlak met de situatie die aan de Jolimont-Beslissing ten grondslag lag) accepteert het College dat *in casu* wordt gewerkt met een zorggebied dat bepaald wordt op basis van een geografisch zwaartepunt en aan de hand van de methodologie die toegelicht wordt in VIII.1 om aldus te komen tot een zorggebied in de regio Antwerpen.

#### **VII.1.3 Beoordeling en conclusie van de auditeur**

155. Gelet op de kenmerken van de zaak, de voorgaande beslissingspraktijk, het marktonderzoek en het standpunt van de aanmeldende partijen, weerhoudt de auditeur de marktdefinitie als volgt.

156. Wat betreft de productmarkt(en) gaat de auditeur uit van een markt voor hospitalisaties met uitzondering van psychiatrische hospitalisaties, waarbij een nauwere segmentering *in casu* wordt opengelaten.<sup>181</sup>

157. Wat betreft de geografische omvang, is de auditeur van oordeel dat deze lokaal is en dat *in casu* één lokale markt op basis van een zorggebied in regio Antwerpen<sup>182</sup> dient weerhouden te worden.

158. De auditeur zal deze marktomschrijving gebruiken bij de verdere analyse.

#### **VII.1.4 Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege**

159. Het College deelt het hierboven vermelde oordeel van de auditeur i.v.m. de afbakening van een markt voor hospitalisaties met uitzondering van psychiatrische hospitalisaties, waarbij de vraag of deze markt verder moet worden gesegmenteerd dient te worden opengelaten. Deze markt is lokaal en omvat een zorggebied in regio Antwerpen.<sup>183</sup>

---

<sup>181</sup> De impact van de concentratie zal in ieder geval hieronder worden beoordeeld zowel op een markt voor hospitalisaties als op basis van de nauwere segmentering van klassieke en daghospitalisaties, evenals service lines.

<sup>182</sup> *In casu* werd één lokale markt gedefinieerd rond het zwaartepunt tussen de ziekenhuissites van de aanmeldende partijen gezien hun nabijheid. Zie *infra* afdeling VIII.1 voor verdere toelichting.

<sup>183</sup> *In casu* werd één lokale markt gedefinieerd rond het zwaartepunt tussen de ziekenhuissites van de aanmeldende partijen gezien hun nabijheid. Zie *infra* afdeling VIII.1.1 voor verdere toelichting.

## VII.2 Het aanbod van ambulante zorg

### VII.2.1 Productmarkt

#### VII.2.1.a Beslissingspraktijk

160. Tot op heden heeft de **Europese Commissie** geen markt voor ambulante zorg overwogen of gedefinieerd.

161. De **BMA** heeft in de recente zaak *Ambroise Paré/Jolimont* zaak een markt voor gespecialiseerde ambulante zorg, met uitsluiting van ambulante zorg verleend door huisartsen weerhouden die te onderscheiden valt van de markt voor hospitalisaties. Deze gespecialiseerde ambulante zorg werd beschreven als zorg die geen hospitalisatie vereist, zoals consultaties en medisch-technische handelingen (medische beeldvorming, klinische biologie, enz.), geleverd door specialisten zowel binnen een ziekenhuis (in een aparte ruimte voor ambulante patiënten) als binnen een privépraktijk of privékliniek. Gezien de concentratie geen ernstige twijfels opriep, noch op de overkoepelende productmarkt, noch op enige van de overwogen subsegmentaties, was de BMA van mening dat de precieze marktafbakening kon worden opengelaten.

162. Het **BKartA** erkent het bestaan van een markt voor ambulante medische behandelingen die verschilt van de markt voor medische behandeling in ziekenhuizen.<sup>184</sup> De belangrijkste reden hiervoor zijn bepaalde verschillen tussen de sector voor ambulante zorg en voor ziekenhuiszorg. In het algemeen mogen patiënten met een verplichte ziekteverzekering en patiënten die niet in het ziekenhuis worden opgenomen geen beroep doen op artsen die in ziekenhuizen werken, aangezien zij over het algemeen niet deelnemen aan ambulante zorg.<sup>185</sup> Voorts is het BKartA van mening dat er vanuit het oogpunt van de patiënt weinig substitueerbaarheid bestaat aan de vraagzijde tussen ziekenhuis- en ambulante zorg.<sup>186</sup>

163. De **ACM** en de **ADLC** weerhouden geen aparte productmarkt voor ambulante zorg. Zoals hierboven vermeld, onderscheidt de ACM de markt voor klinische en niet-klinische zorg, die zowel ambulante zorg als daghospitalisaties omvat. De ADLC lijkt ambulante zorg op te nemen in de markt voor diagnostiek en ziekenhuiszorg.<sup>187</sup>

164. Anderzijds weerhoudt de **Roemeense mededingingsautoriteit** (*Consiliul Concurentei*) een aparte markt voor ambulante zorg, die gezondheidszorg aan patiënten door zorginstellingen zonder hospitalisatie omvat. Deze markt kan eventueel worden onderverdeeld in (i) raadplegingen (eventueel verder onderverdeeld naar specialiteit); (ii) medische beeldvorming; en (iii) laboratoriumdiensten.<sup>188</sup>

165. Ten slotte merkt de **Spaanse mededingingsautoriteit** (*Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia*) op dat de aanpak van de mededingingsautoriteiten in de Europese Unie ongelijk is wat

---

<sup>184</sup> Bundeskartellamt, beslissing van 30 juli 2020 in zaak B3-33/20, §214; beslissing van 19 februari 2014 in zaak B 3-109/13, §202; beslissing van 12 maart 2013 in zaak B3-132/12, reeds aangehaald, §307.

<sup>185</sup> Bundeskartellamt, beslissing van 30 juli 2020 in zaak B3-33/20, §214; beslissing van 19 februari 2014 in zaak B3-109/13, reeds aangehaald, §202.

<sup>186</sup> Bundeskartellamt, beslissing van 19 februari 2014 in zaak B 3-109/13, §202.

<sup>187</sup> ADLC, reeds aangehaalde beslissing nr. 20-DCC-38, §33-37.

<sup>188</sup> Consiliul Concurentei (Roemeense mededingingsautoriteit), beslissing van 19 december 2022, *Vita Care Flav SRL / Muntenia Medical Competences SA*.

betreft de afbakening van de markten voor ziekenhuisactiviteiten die niet onder hospitalisatie als zodanig vallen.<sup>189</sup>

### **VII.2.1.b Standpunt van de aanmeldende partijen**

166. De aanmeldende partijen zijn van mening dat de productmarkt voor gespecialiseerde ambulante zorg zowel zorg binnen een ziekenhuis als een privé medische praktijk of privékliniek omvat. Ze merken op dat de druk van privéklinieken meer en meer toeneemt.<sup>190</sup>

167. Volgens de aanmeldende partijen is het echter niet nodig om verdere subsegmenten te hanteren en merken ze daarnaast op dat de ambulante zorg van huisartsen, als eerstelijnsbestand, in bepaalde gevallen ook concurrentiële druk kan uitoefenen.<sup>191</sup>

### **VII.2.1.c Marktonderzoek**

168. Uit het marktonderzoek blijkt dat het Belgische zorgstelsel zijn eigen specifieke kenmerken heeft. Het is ook belangrijk om van meet af aan de nadruk te leggen op de eigenheid van de term “ambulant” in de Belgische context in vergelijking met andere landen. In Frankrijk bijvoorbeeld is de definitie van “ambulante zorg” vergelijkbaar met die van daghospitalisatie in de Belgische context.<sup>192</sup> Deze terminologische verduidelijking is ook gemaakt door het KCE in een rapport uit 2017 over de uitbreiding van chirurgische ingrepen in dagziekenhuizen in België. Het rapport, geschreven in het Engels, gebruikt de term “day-surgery” in plaats van de term “ambulant”, en verwijst naar chirurgische ingrepen buiten de operatiekamer met de term “outpatient” (chirurgische interventie in het kantoor van een specialist, al dan niet in het ziekenhuis).<sup>193</sup>

169. De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (hierna “OESO”) heeft ook een categorie “outpatient” gedefinieerd als onderdeel van haar toezicht op de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg: *“An out-patient is not formally admitted to the facility (physician’s private office, hospital out-patient centre or ambulatory-care centre) and does not stay overnight. An out-patient is thus a person who goes to a health care facility for a consultation/treatment, and who leaves the facility within several hours of the start of the consultation without being “admitted” to the facility as a patient.”*<sup>194</sup>

170. Op basis van het marktonderzoek wordt het feit dat deze categorie van “outpatient” of “ambulante” zorg in de Belgische context niet behoort tot de markt voor hospitalisaties, zoals

---

<sup>189</sup> Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (Spaanse mededingingsautoriteit), beslissing van 12 april 2019 in zaak C/0966/18, *Quirón/Clinicá Santa Cristina*, §66 en voetnoot 14.

<sup>190</sup> Aanmeldingsformulier, §83-84.

<sup>191</sup> *Ibid.*, §83.

<sup>192</sup> Met name ADLC, beslissing nr. 20-DCC-38 van 28 februari 2020 betreffende de verwerving van exclusieve zeggenschap over Hexagone Santé Méditerranée en SCI Bonnefon-Carnot door Elsan Group, §33.

<sup>193</sup> Zie ook KCE, “Proposals for a further expansion of day surgery in Belgium”, *Health Services Research 2017, KCE Reports 282As, 11*, beschikbaar op: <https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/proposals-for-a-further-expansion-of-day-surgery-in-belgium>: “More precisely, we opted to use the term “day surgery” and to avoid the term “ambulatory surgery” as the latter may cause confusion in a Belgian context where the Dutch word “ambulant” and the French word “ambulatoire” rather refer to office-based procedures (i.e. provided in a doctor’s consulting room or office), which can be outside or inside the hospital premises.” Vrije vertaling: “Meer in het bijzonder hebben we ervoor gekozen om de term “dagchirurgie” te gebruiken en de term “ambulante chirurgie” te vermijden, aangezien deze laatste verwarring kan veroorzaken in een Belgische context waar het Nederlandse woord “ambulant” en het Franse woord “ambulatoire” eerder verwijzen naar kantoorgebaseerde procedures (d.w.z. verstrekt in een advieskamer of kantoor van een arts), die zich buiten of in het ziekenhuis kunnen bevinden.”

<sup>194</sup> OESO, *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Paris, OECD publishing, 2017, 6. Vrije vertaling: “Een ambulante patiënt wordt niet officieel toegelaten tot de faciliteit (medische kliniek, polikliniek of ambulante zorgcentrum) en brengt daar niet de nacht door. Een ambulante patiënt is dus een persoon die naar een zorginstelling gaat voor consultatie of behandeling en de inrichting binnen enkele uren na het begin van het consult verlaat zonder als patiënt “toegelaten” te worden aan de inrichting.”

geconcludeerd in voorgaande sectie, bevestigt.<sup>195</sup> Zo kan ambulante zorg vanuit het oogpunt van de vraag worden omschreven als gezondheidszorg die wordt verstrekt buiten hospitalisaties (klassiek- of daghospitalisatie), al dan niet in een ziekenhuis (privé of anderszins).<sup>196</sup> Het kan een scala aan verschillende diensten zijn, variërend van consultatie tot medische onderzoeken tot procedures die geen hospitalisatie vereisen, zoals echografie of radiologie. Qua aanbod valt ambulante zorg niet binnen het toepassingsgebied van de Ziekenhuiswet en telt daarom niet mee voor het ziekenhuisbudget (het BFM).<sup>197</sup> Ze zijn echter een belangrijke indirecte bron van inkomsten voor ziekenhuizen (ongeveer 40% van het totale budget van het ziekenhuis) via opdrachten op erelonen die artsen voor deze zorgen betalen.<sup>198</sup>

171. Ambulante zorg kan worden verleend door huisartsen of door gespecialiseerde artsen. Ambulante zorg door huisartsen wordt bijna nooit verstrekt binnen een ziekenhuisstructuur<sup>199</sup> en maakt deel uit van de verstrekking van zogenaamde “eerstelijnszorg”.<sup>200</sup> De eerstelijnszorg is *“het verstrekken van universeel toegankelijke, geïntegreerde en persoonsgerichte zorg voor welzijn en gezondheid in de gemeenschap door professionele zorgaanbieders, die verantwoordelijk zijn om de overgrote meerderheid van de welzijns- en gezondheidsproblemen aan te pakken. Deze zorgverlening komt tot stand in een duurzame samenwerking tussen deze professionele zorgaanbieders en de personen met een zorgnood en hun informele zorgaanbieders, in de context van het gezin en de lokale gemeenschap, en speelt een centrale rol in de algemene coördinatie en de continuïteit van deze zorgverlening aan de bevolking”*.<sup>201</sup> De organisatie van de eerstelijnszorg werd overgedragen aan de Gemeenschappen na de zesde staatshervorming, terwijl de organisatie van de ziekenhuizen de bevoegdheid is van de Federale staat.<sup>202</sup>

172. Gespecialiseerde artsen kunnen zowel ambulante zorg verlenen in een ziekenhuis (in een daartoe voorziene ruimte die los staat van ziekenhuispatiënten) als in een privépraktijk of privékliniek.<sup>203</sup> Op grond van het bovenstaande lijkt de verstrekking van ambulante zorg door huisartsen dus niet substitueerbaar voor de verstrekking van ambulante zorg door gespecialiseerde artsen vanuit het oogpunt van de patiënt.

173. Het verrichtte marktonderzoek in de sector ondersteunt het bestaan van een afzonderlijke markt voor gespecialiseerde ambulante zorg.

174. Een concurrent van de aanmeldende partijen, AZ Monica, bevestigt de relevantie en het bestaan van een markt voor ambulante zorg.<sup>204</sup> Twee andere concurrenten, AZ Klina en UZA, merken hierbij wel

---

<sup>195</sup> Antwoord van Ethias op de VOI van 16 februari 2024 (V.1.B2); antwoord van DKV op de VOI van 16 februari 2024 (V.2.B2); antwoord van het NIC op de VOI van 16 februari 2024 (IV.1.B2); antwoord van Icuero op de VOI van 16 februari 2024 (V.7.B2).

<sup>196</sup> Gerken, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, 130. Zie ook het antwoord van de FOD Volksgezondheid op de VOI van 30 oktober 2023 (II.2.B2.1), vraag 7b.

<sup>197</sup> *Supra* afd.VI.

<sup>198</sup> *Ibid.*

<sup>199</sup> Het is mogelijk dat een wachtpost in een ziekenhuis wordt gehouden. Gerken, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, 128.

<sup>200</sup> *Ibid.*, §129.

<sup>201</sup> Agentschap Zorg en Gezondheid, *Conferentie eerstelijnszorg, reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen*, 16 februari 2017, beschikbaar op: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/CELZ%20beleidstekst%20hervorming%20eerstelijnszorg.pdf>.

<sup>202</sup> Bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde staatshervorming, BS 31 april 2014.

<sup>203</sup> Gerken, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, 130.

<sup>204</sup> PV van gesprek met AZ Monica van 31 januari 2024 (III.2.E2).

op dat hospitalisaties en ambulante zorg een continuüm vormen en dat het breukvlak tussen de twee steeds kleiner wordt.<sup>205</sup>

175. Het NIC vindt het ook gepast om de verstrekking van ambulante zorg enerzijds en de verstrekking van ziekenhuisdiensten anderzijds afzonderlijk te beschouwen. Het NIC bevestigt bovendien het bestaan van een onderscheid binnen de ambulante markt tussen de diensten die alleen in het ziekenhuis kunnen worden verleend (bijv. PET-scans) en de specialistische activiteiten die (ook) buiten het ziekenhuis kunnen plaatsvinden (bijv. raadplegingen).<sup>206</sup>

176. Onder de onderzochte verzekeraars zijn DKV en Ethias het eens met het bestaan van een dergelijke markt voor ambulante zorg.<sup>207</sup>

177. De vereniging voor en door kankerpatiënten, Waaier, vermeldt dat een duidelijk onderscheid tussen de ambulante en gehospitaliseerde zorg wordt gemaakt in de praktijk.<sup>208</sup> Voor ICARO, lijkt het ook gepast deze twee activiteiten apart te beschouwen omdat ze van elkaar verschillen.<sup>209</sup>

178. Wat de markt voor ambulante zorg betreft, bevestigt het marktonderzoek dat het begrip ambulante zorg alle zorgen omvat die geen klassieke of daghospitalisaties vereist, d.w.z. medisch-technisch overleg en procedures (medische beeldvorming, klinische biologie, enz.).<sup>210</sup>

179. Sectorale regulatoren bevestigen het bestaan van een markt voor gespecialiseerde ambulante zorg.

180. De FOD Volksgezondheid is van mening dat ambulante zorgactiviteiten en hospitalisaties elk een onderscheiden markt zijn. *“Vooreerst is de toepasselijke wetgeving verschillend als het gaat over ambulante zorgen versus zorg aan gehospitaliseerde patiënten. Klassieke en daghospitalisatie zijn veel strikter juridisch omkaderd en de manoeuvreerruimte van de ziekenhuizen is beperkter. Ten tweede treden de ziekenhuizen met andere ‘ondernemers’ in concurrentie als het gaat over ambulante zorg. Klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie is enkel mogelijk in ziekenhuis dus men treedt enkel in concurrentie met andere ziekenhuizen (uitzondering: esthetische geneeskunde en esthetische chirurgie). Ambulante zorg en consultaties gebeuren ook buiten een ziekenhuisomgeving (bijvoorbeeld in de kabinetten van artsen, in medische centra,...).”* Volgens de FOD Volksgezondheid is ambulante zorg *“ofwel elke mogelijke zorg waarbij de patiënt niet overnacht in het ziekenhuis, ofwel zorg in het dagziekenhuis waarvoor een mini- of maxiforfait mag worden aangerekend.”*<sup>211</sup>

181. Het Departement Zorg wijst erop dat vanuit zorgperspectief ambulante zorg en ziekenhuisdiensten onderscheiden zorgvormen zijn. Het preciseert dat *“in dossierbehandeling kan de aanwezigheid van beide zorgvormen een element van beoordeling zijn of activiteit aan de erkenningsnormen voldoet”* en verwijst naar het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt *“die naast o.a. een geriatrische dienst en een geriatrisch dagziekenhuis ook een consultatie geriatric [vereist].”*<sup>212</sup> Het Departement Zorg verwijst naar de concurrentiedruk van ziekenhuizen uit nabijgelegen netwerken, alsook van privéklinieken op

---

<sup>205</sup> PV van gesprek met AZ Klina van 8 februari 2024 (III.1.D2); PV van gesprek met UZA van 7 februari 2024 (III.3.C2).

<sup>206</sup> Antwoord van het NIC op de VOI van 16 februari 2024 (IV.1.B2).

<sup>207</sup> Antwoord van DKV op de VOI van 16 februari 2024 (V.2.B2) en reactie van Ethias op de VOI van 16 februari 2024 (V.1.B2).

<sup>208</sup> Antwoord van de vzw Waaier op de VOI van 16 februari 2024 (VI.6.D2).

<sup>209</sup> Antwoord van Icuero op de VOI van 16 februari 2024 (V.7.B2).

<sup>210</sup> Antwoord van het National Intermutualist College op de VOI van 16 februari 2024 (IV.1.B2).

<sup>211</sup> Antwoord van de FOD Volksgezondheid op de VOI van 18 maart 2024 (II.2.C5), p. 4.

<sup>212</sup> Antwoord van het Departement Zorg op de VOI van 18 maart 2024 (II.3.B6), p. 3.

deze markt. “Huisartsenpraktijken en apothekers zijn in de eerste plaats partners in de zorg (geïntegreerde zorg)”.<sup>213</sup>

182. Het RIZIV bevestigt dat een onderscheid dient gemaakt tussen het aanbod van ambulante zorg enerzijds en van ziekenhuisdiensten (gelijkwaardig aan een hospitalisatie in een ziekenhuis, ongeacht of deze voor een dag of voor meer dan 24 uur is) anderzijds, omdat deze niet vergelijkbaar zijn.<sup>214</sup>

#### **VII.2.1.d Beoordeling en conclusie van de auditeur**

183. De auditeur concludeert dat er een aparte markt bestaat voor gespecialiseerde ambulante zorg, met uitzondering van ambulante zorg verleend door huisartsen.<sup>215</sup>

184. De vraag of een nauwere segmentering op basis van specialisaties noodzakelijk is, kan *in casu* opengelaten worden, aangezien de uitkomst van de beoordeling niet verandert ongeacht een mogelijke engere segmentering.

#### **VII.2.1.e Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege**

185. Om de redenen aangegeven door de auditeur, bevestigt het College het bestaan van een aparte markt voor gespecialiseerde ambulante zorg met uitzondering van ambulante zorg verleend door huisartsen. De vraag of een nauwere segmentering op basis van specialisaties noodzakelijk is, wordt opengelaten.

### **VII.2.2 Geografische markt**

#### **VII.2.2.a Beslissingspraktijk**

186. Zoals hierboven vermeld, heeft de **Europese Commissie** tot dusver geen markt voor ambulante zorg (al dan niet gespecialiseerd) in overweging genomen of gedefinieerd. Hetzelfde geldt voor de **ADLC**.

187. In de recente beslissing van Ambroise Paré/Jolimont merkte de **BMA** op dat er verschillende factoren zijn die wijzen op een subnationale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg. Aangezien deze concentratie geen ernstige twijfels deed rijzen, werd ook in deze zaak de precieze geografische marktdefinitie opengelaten.<sup>216</sup>

188. Het **BKartA** was van oordeel dat er goede redenen waren om ten minste een regionale dimensie te behouden voor de markt voor ambulante medische behandelingen.<sup>217</sup> Zo is het BKartA van mening dat ambulante medische diensten doorgaans op relatief korte afstand van de woonplaats van de patiënt worden verleend om de behandeling in het dagelijks leven te kunnen integreren.

189. Wat de **Roemeense mededingingsautoriteit** betreft, die in haar besluitvormingspraktijk een aparte markt voor ambulante zorg behoudt, is zij van mening dat een regionale geografische markt van toepassing is.<sup>218</sup>

---

<sup>213</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>214</sup> Antwoord van het RIZIV op de VOI van 18 maart 2024, (II.1.C4), p. 2.

<sup>215</sup> De impact van de concentratie zal in ieder geval hieronder worden beoordeeld zowel op een markt voor gespecialiseerde ambulante zorg als op basis van de nauwere segmentering van specialisaties waaronder gespecialiseerde ambulante zorg in de RIZIV-nomenclatuur wordt opgenomen.

<sup>216</sup> BMA, ABC-2023-C/C-50 21 december 2023, CONC-C/C-23/0018, *Centre hospitalier universitaire et psychiatrique de Mons Borinage SCRL/ASBL Pole hospitalier Jolimont*, §187-189.

<sup>217</sup> Bundeskartellamt, beslissing van 30 juli 2020 in zaak B3-33/20, §293.

<sup>218</sup> Zie het besluit van de Roemeense mededingingsautoriteit van 19 december 2022, *Vita Care Flav SRL/Muntenia Medical Competences SA*, §27.

### **VII.2.2.b Standpunt van de aanmeldende partijen**

190. De aanmeldende partijen zijn van mening dat de relevante geografische markt regionaal is en minstens de provincie Antwerpen omvat. Aanmeldende partijen verwijzen naar wat hiervoor is uiteengezet aangaande de relevante geografische markt voor hospitalisatie. Aanmeldende partijen merken verder op dat ambulante zorg overigens vaak volgt op een hospitalisatie. Tevens verwijzen aanmeldende partijen naar de verschillende determinanten die de keuze van de patiënt voor een ziekenhuis bepalen.<sup>219</sup>

### **VII.2.2.c Marktonderzoek**

191. De concurrenten zijn van mening dat de geografische dimensie van de markt voor ambulante zorg regionaal is.<sup>220</sup>

192. Het NIC heeft geen standpunt ingenomen over de afbakening van de geografische markt.<sup>221</sup>

193. Van de onderzochte verzekeraars heeft alleen DKV haar mening gegeven over de geografische dimensie van de markt voor ambulante zorg, waarbij zij van mening was dat deze identiek is aan die van de markt voor ziekenhuiszorg, namelijk de provincie Antwerpen.<sup>222</sup> De andere verzekeraars hebben hierover geen opmerkingen gemaakt.

194. De Algemene Unie van Verpleegkundigen van België is van mening dat het geografisch gebied waarbinnen patiënten waarschijnlijk ambulante zorg zullen zoeken het grootstedelijk gebied Antwerpen-Stad en de daar aangrenzende randgemeenten betreft.<sup>223</sup>

195. De FOD Volksgezondheid merkt op dat *“voor bepaalde “types” gezondheidszorg er gewoonweg geen geografisch af te lijnen gebied [is] (patiënten zullen zich zeer ver verplaatsen indien hun behandeling dat vereist. Bijvoorbeeld patiënten met MS zullen zich naar het nationale MS referentieziekenhuis begeven indien dit nodig is” en “hoogstens kan men spreken van gebieden waar procentueel veel of heel veel patiënten vandaan komen, doch een scherpe geografische aflijning is in België irrelevant.”* Het Departement Zorg kaart de keuzevrijheid van de patiënt aan, waarbij locatie (nabijheid) een rol speelt.<sup>224</sup>

### **VII.2.2.d Beoordeling en conclusie van de auditeur**

196. De auditeur concludeert dat de geografische omvang van de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg, met uitzondering van ambulante zorg verleend door huisartsen, lokaal is. Hoofdstuk VIII.1 bespreekt de methodologie op basis waarvan de grenzen van de mogelijke lokale markten dienen te worden bepaald. Om de redenen die in ditzelfde hoofdstuk zullen worden uiteengezet, dient *in casu* één lokale markt op basis van een zorggebied rond het zwaartepunt tussen de ziekenhuissites van de aanmeldende partijen weerhouden te worden.

### **VII.2.2.e Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege**

197. Het College onderschrijft de analyse van de auditeur dat de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg, met uitzondering van ambulante zorg verleend door huisartsen, lokaal is, om de redenen vermeld

---

<sup>219</sup> Aanmeldingsformulier, §258.

<sup>220</sup> PV van gesprek met AZ Monica van 31 januari 2024 (III.2.E2).

<sup>221</sup> Antwoord van het National Intermutualist College op de VOI van 16 februari 2024 (IV.1.B2).

<sup>222</sup> Antwoord van DKV op de VOI van 16 februari 2024 (V.2.B2).

<sup>223</sup> Antwoord van AUVB op de VOI van 16 februari 2024 (V.7.B2).

<sup>224</sup> Antwoord van Departement Zorg op VOI van 18 maart 2024 (II.3.B7), p. 5.

in afd. VIII.1.1 en VIII.1.2. Voor het overige verwijst het College naar de overwegingen aangehaald in randnr. 154.

### **VII.2.3 Beoordeling en conclusie van de auditeur**

198. Gelet op de kenmerken van de zaak, de voorgaande beslissingspraktijk, het marktonderzoek en het standpunt van de aanmeldende partijen, weerhoudt de auditeur de marktdefinitie als volgt.

199. Wat betreft de productmarkt(en) gaat de auditeur uit van een markt voor gespecialiseerde ambulante zorg met uitzondering van ambulante zorg verleend door huisartsen, waarbij een nauwere segmentering *in casu* wordt opengelaten.<sup>225</sup>

200. Wat betreft de geografische omvang, is de auditeur van oordeel dat deze lokaal is en dat *in casu* één lokale markt op basis van een zorggebied in regio Antwerpen<sup>226</sup> dient weerhouden te worden.

201. De auditeur zal deze marktomschrijving gebruiken bij de verdere analyse.

### **VII.2.4 Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege**

202. Het College weerhoudt de hierboven in afd. VII.2.3 vermelde marktdefinitie om de redenen aangegeven door de auditeur.

## **VII.3 Conclusie aangaande marktafbakening**

203. Rekening houdend met het bovenstaande, is de auditeur van oordeel dat, voor wat betreft de beoordeling van voorliggende zaak, de relevante markten als volgt kunnen worden omschreven:

- a. de lokale markt voor hospitalisaties in regio Antwerpen, met een mogelijke segmentering per service line<sup>227</sup> (hierna ook “de lokale markt voor hospitalisaties” of “het zorggebied”); en
- b. de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg in regio Antwerpen, met een mogelijke segmentering per specialisatie<sup>228</sup> (hierna ook “de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg” of “het zorggebied”).

204. **Het College** deelt het oordeel van de auditeur i.v.m. de afbakening van de hierboven vermelde relevante markten.

## **VIII. Bepaling van de geografische markten, marktaandelen en betrokken markten**

205. De vaststelling van marktaandelen is een eerste noodzakelijke stap om de marktpositie van de betrokkene ziekenhuizen en de aard van de concurrentiedynamiek tussen de aanmeldende partijen en hun concurrenten te kunnen beoordelen.

---

<sup>225</sup> De impact van de concentratie zal in ieder geval hieronder worden beoordeeld zowel op een markt voor gespecialiseerde ambulante zorg als op basis van de nauwere segmentering van specialisaties waaronder gespecialiseerde ambulante zorg in de RIZIV-nomenclatuur wordt opgenomen.

<sup>226</sup> *In casu* werd één lokale markt gedefinieerd rond het zwaartepunt tussen de ziekenhuissites van de aanmeldende partijen gezien hun nabijheid. Zie *infra* afdeling VIII.1.VIII.1 voor verdere toelichting.

<sup>227</sup> *Ibid.*

<sup>228</sup> *Ibid.*

206. Bij de beoordeling van de marktaandelen en de concurrentiedynamiek dient echter in het specifieke geval van de ziekenhuissector rekening te worden gehouden met de sterke regulering die in de sector van toepassing is. Deze regulering heeft tot gevolg dat een reeks mogelijke risico's voor de gebruiker (d.w.z. de patiënt) op voorhand worden opgelost. Om die reden moet onder meer de hoogte van lokale marktaandelen worden gerelativeerd bij het onderzoeken en inschatten van de te verwachten effecten van de voorgenomen Concentratie.

## **VIII.1 Methodologie van het auditoraat**

### **VIII.1.1 Inleiding**

207. Concentratiecontrole is van toepassing op al de sectoren van de Belgische economie. De controle blijft echter flexibel en steeds in overeenstemming met de specifieke dynamiek van de onderzochte sectoren, met inbegrip van hun regelgevend kader en financieringsmethoden.

208. Voor de ziekenhuissector is op basis van de beschikbare gegevens een coherente methodologie ontwikkeld voor wat betreft de marktaandeelberekening en identificatie van de betrokken markten, die systematisch op de onderzochte concentraties wordt toegepast. Het auditoraat maakt hierbij gebruik van bestaande gegevens door zich te baseren op de door de partijen verstrekte informatie enerzijds en de deskundigheid en bijstand van sectorale regelgevende instanties, waaronder de FOD Volksgezondheid en het RIZIV, anderzijds.

209. Er wordt een aparte analyse uitgevoerd voor hospitalisaties enerzijds en gespecialiseerde ambulante zorg anderzijds. Ondanks de verschillen in gegevensverwerking, is de methode die gebruikt wordt om marktaandelen te berekenen vergelijkbaar voor de twee soorten zorg, waarbij de basisprincipes om de relevante lokale markt af te bakenen dezelfde zijn.

210. In het vorige hoofdstuk werd reeds verwezen naar het lokale karakter van de geografische marktomvang, maar werd nog niet dieper ingegaan op de wijze waarop de grenzen van beide weerhouden lokale markten dienen te worden afgelijnd. Vooraleer in te gaan op de marktaandeelberekening, wordt deze wijze van afbakening hieronder in deel VIII.1.2 in meer detail toegelicht.

211. De afbakening van relevante lokale markten is gebaseerd op de werkelijke locatie van de patiënten<sup>229</sup> en ziekenhuissites van de partijen. Elke lokale markt komt overeen met het gebied (hierna "zorggebied" genoemd) waaruit een aanzienlijk deel van de patiënten (die naar een ziekenhuis zijn gekomen voor een hospitalisatie of voor een gespecialiseerde ambulante zorg prestatie) afkomstig is en waar de concurrentievoorwaarden voldoende homogeen zijn. Zodra de zorggebieden zijn gedefinieerd, kunnen marktaandelen worden berekend voor partijen en hun concurrenten.

212. Voor de markt van hospitalisaties heeft de berekening van marktaandelen op basis van **erkende bedden** een zekere relevantie, aangezien een ziekenhuisactiviteit niet kan worden uitgevoerd zonder erkenning. In de praktijk levert deze methode echter verscheidene problemen op. Ze biedt bijvoorbeeld slechts een statisch beeld van de activiteiten van de ziekenhuizen. Het aantal geaggregeerde bedden is immers het resultaat van de planning van de overheidsinstanties en blijft relatief stabiel doorheen de tijd.<sup>230</sup> Het evalueren van de marktaandelen van ziekenhuizen op deze wijze laat niet toe om de

---

<sup>229</sup> Dat wil zeggen, de locatie van de hoofdverblijfplaats van patiënten die in het ziekenhuis worden behandeld. De meeteenheden zijn respectievelijk het aantal ziekenhuisopnamen en het aantal voorzieningen voor gespecialiseerde ambulante zorg voor de markten voor hospitalisaties en gespecialiseerde ambulante zorg.

<sup>230</sup> *Supra* afd. VI.3.1.

werkelijke activiteiten van de ziekenhuizen in kaart te brengen. Hoewel een berekening van de marktaandeelen op basis van de index van **verantwoorde bedden** in dit opzicht relevanter lijkt, gaat dit eveneens gepaard met belangrijke problemen. Deze aanpak houdt geen rekening met de herkomst van de patiëntenstromen en beperkt de geografische schaal tot een vooraf bepaalde zone, bijvoorbeeld de provincie, zonder rekening te houden met de eventuele concurrentiële druk die wordt uitgevoerd door de ziekenhuizen die gesitueerd zijn buiten deze zone. Het belang van dit probleem blijkt uit het feit dat partijen, beide gelokaliseerd in de provincie Antwerpen, zich op minder dan vijftien kilometer van een andere provincie bevinden, met name Oost-Vlaanderen.

213. De methode die op punt werd gesteld door het auditoraat, is robuuster omwille van drie redenen. Ten eerste laat ze toe om marktaandeelen te berekenen voor de markt voor hospitalisaties enerzijds en voor de markt voor ambulante zorg anderzijds, waarbij een coherente methodologie voor beide typen zorg wordt verzekerd. De methodologie van partijen daarentegen laat enkel toe om de markt voor hospitalisaties te evalueren.<sup>231</sup> Ten tweede steunt de methode van het auditoraat in het geval van hospitalisaties op het aantal hospitalisaties dat wordt gerealiseerd door elk ziekenhuis. Op deze manier reflecteren de resultaten een getrouw beeld van de werkelijke activiteiten van de ziekenhuizen. Ten derde steunt de methodologie op het werkelijke gedrag van de patiënten. Op basis van de woonplaats van de patiënten van de partijen wordt een zone afgebakend rond de vestigingslocatie van de partijen<sup>232</sup> en geeft op deze wijze een accuraat beeld weer van patiënten waarop de partijen een aantrekkingskracht uitoefenen. Ze identificeert eveneens het geheel aan ziekenhuizen die bezocht worden door de patiënten die in de weerhouden zone gevestigd zijn, als concurrenten. Ze garandeert bijgevolg een verfijndere analyse van de concurrentiële druk die deze andere ziekenhuizen kunnen uitoefenen.

214. Verder gebruikt de auditeur alleen de gegevens van 2019 in de analyse, ondanks de beschikbaarheid van de gegevens van 2020, 2021 en 2022. Deze keuze wordt ingegeven door de wens om informatie te gebruiken die representatief is voor de gebruikelijke werking van ziekenhuizen: de jaren 2020, 2021 en 2022 zijn gekenmerkt door de COVID-19-pandemie en hebben een vertragend of zelfs blokkerend effect gehad op bepaalde ziekenhuisactiviteiten, terwijl andere activiteiten een heropleving kenden. Deze jaren kunnen dus geen betrouwbaar beeld geven van de gebruikelijke activiteiten van een ziekenhuis.<sup>233</sup>

### **VIII.1.2 Bepaling van de zorggebieden**

215. Voor de bepaling van de grenzen van een lokale markt in de ziekenhuissector, wordt gekeken naar het geografische gebied waaruit een aanzienlijk deel van de door de partijen verleende zorg afkomstig is en waarin de concurrentievoorwaarden voldoende homogeen zijn. Volgens de standaardmethodologie die door de BMA wordt toegepast, wordt hierbij vertrokken van het gebied dat zich rond een ziekenhuis bevindt en voldoet aan de voormelde omschrijving. *In casu* zijn er echter redenen om in plaats van een lokale markt rond elk van de afzonderlijke ziekenhuizen af te bakenen, een gemeenschappelijke lokale markt te identificeren op basis van een gemeenschappelijk zwaartepunt waarrond het relevante zorggebied van partijen voor elk type zorg wordt bepaald.

216. Het auditoraat definieert hierbij een “zwaartepunt” voor hospitalisaties en gespecialiseerde ambulante zorg.

---

<sup>231</sup> *Infra* afd. VIII.2.1.aVIII.2.1 en VIII.2.2.a.

<sup>232</sup> Hieronder vindt u meer details over de methodologie.

<sup>233</sup> Het auditoraat erkent dat de impact van de COVID-19-pandemie op de representativiteit van de gegevens van 2022 mogelijk minder groot is dan die op de representativiteit van de gegevens van 2020 en 2021. Deze gegevens werden echter pas op 25 april 2024 openbaar gemaakt. Daardoor konden ze niet in deze analyse worden verwerkt.

217. De beweegredenen voor deze aanpak en de wijze waarop het zwaartepunt wordt gedefinieerd, worden hieronder nader toegelicht.

#### **VIII.1.2.a Bepaling van het zwaartepunt**

218. In het kader van deze Concentratie heeft het auditoraat eerst het zwaartepunt van de verschillende ziekenhuissites van de partijen berekend en vervolgens werd het zorggebied rond dit zwaartepunt bepaald, enerzijds voor hospitalisaties en anderzijds voor ambulante zorg.

219. Het zwaartepunt, zoals bepaald door het auditoraat, wordt gekenmerkt door de gemiddelde breedtegraad en gemiddelde lengtegraad van de ziekenhuissites van de partijen. Deze methodologische aanpak wordt gerechtvaardigd door de nabijheid van de ziekenhuissites van de partijen – ze zijn allemaal gelegen in de provincie Antwerpen<sup>234</sup> – alsook door de beperkingen in verband met gegevens over zorgdiensten. Deze zijn immers alleen beschikbaar op het niveau van het erkenningsnummer, en niet voor elk van de ziekenhuissites van de partijen. Dit betekent dat de gegevens over zorgdiensten van de partijen alleen op algemeen niveau beschikbaar zijn voor GZA (zonder een duidelijk onderscheid tussen de drie sites) en ZNA (ook zonder een duidelijk onderscheid tussen de zeven sites).

220. De ziekenhuissites van de partijen die door het auditoraat in aanmerking worden genomen bij het bepalen van het zwaartepunt zijn de volgende:

- “GZA **Sint-Augustinus**”, Oosterveldlaan 24, 2610 Antwerpen;
- “GZA **Sint-Vincentius**”, Sint-Vincentiusstraat 20, 2018 Antwerpen;
- “GZA **Sint-Jozef**”, Molenstraat 19, 2640 Mortsel;
- “ZNA **Sint-Erasmus**”, Luitenant Lippenslaan 55, 2140 Antwerpen;
- “ZNA **Sint-Elisabeth**”, Leopoldstraat 26, 2000 Antwerpen;
- “ZNA **Middelheim en Koningin Paola Kinderziekenhuis**”, Lindendreef 1, 2020 Antwerpen;
- “ZNA **Hoge Beuken**”, Commander Weynsstraat 165, 2660 Antwerpen;
- “ZNA **Joostens**”, Kapellei 133, 2980 Zoersel;
- “ZNA **Jan Palfijn**”, Lange Bremstraat 70, 2170 Antwerpen; en
- “ZNA **Stuivenberg**”, Lange Beeldekenstraat 267, 2060 Antwerpen.<sup>235,236</sup>

---

<sup>234</sup> [VERTROUWELIJK].

<sup>235</sup> De site van ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ) Stuivenberg wordt niet meegenomen in de analyse van het auditoraat omdat het een psychiatrisch ziekenhuis is. Deze categorie ziekenhuizen is uitgesloten omdat het een ziekenhuisactiviteit betreft die niet wordt beïnvloed door de concentratie. Daarnaast wordt bij de analyse rekening gehouden met de site ZNA Stuivenberg (gesloten in 2023), terwijl de locatie ZNA Cadix (geopend in 2023) is uitgesloten. Deze keuzes zijn een gevolg van het gebruik van gegevens over de gezondheidszorg van 2019. Het auditoraat merkt in dit verband op dat deze twee ziekenhuissites geografisch dicht bij elkaar liggen.

<sup>236</sup> In het specifieke geval van gespecialiseerde ambulante zorg heeft het auditoraat rekening gehouden met de ambulante zorgdiensten van de poliklinieken en het medisch centrum van de partijen – namelijk Polikliniek Hof ter Schelde, Polikliniek Regatta en Medisch Centrum Kaai. Voor de duidelijkheid, en omdat het zwaartepunt van de partijen zeer vergelijkbaar is met of zonder deze drie extra zorgcentra, zijn de resultaten in deze beoordeling gebaseerd op hetzelfde zwaartepunt voor zowel hospitalisaties als gespecialiseerde ambulante zorg. Alternatieve resultaten voor gespecialiseerde ambulante zorg met een zwaartepunt dat rekening houdt met de drie extra zorgcentra zijn volledig in overeenstemming met de hier gepresenteerde resultaten.

221. Onderstaande kaart illustreert de locaties van de partijen en het zwaartepunt dat door het auditoraat is berekend:

[VERTROUWELIJK: kaart met geografisch zwaartepunt GZA-ZNA

Bron: FOD Volksgezondheid<sup>237</sup> en berekeningen van het auditoraat zijn gebaseerd op de data vermeld in deel VIII.1. Opmerking: De sites van GZA zijn weergegeven in blauw, terwijl de sites van ZNA zijn weergegeven in rood. Het zwaartepunt berekend door het auditoraat is weergegeven in paars. De locaties van concurrerende ziekenhuizen zijn in het zwart vertegenwoordigd.

222. Het gebruik van het zwaartepunt als uitgangspunt van de zorgzone lost de problemen in verband met de beperkte beschikbaarheid van gegevens per site op en vereenvoudigt de interpretatie van de resultaten door de analyse op één locatie te focussen, in plaats van de tien sites van de partijen die door de FOD Volksgezondheid zijn aangewezen.

223. Robuustheidstests zijn uitgevoerd om de gepastheid van de methodologie die het zwaartepunt vaststelt te bepalen, met name (maar niet uitsluitend) enerzijds door een zwaartepunt te berekenen dat wordt gewogen naar het aantal bedden, d.w.z. door het gemiddelde van de geografische coördinaten van de verschillende sites te nemen, gewogen naar het aantal bedden; en anderzijds door de berekening van een afzonderlijk zwaartepunt voor elk van beide partijen. Deze oefeningen tonen aan dat de resultaten niet significant worden beïnvloed door de gekozen methode om het zwaartepunt te bepalen.<sup>238</sup>

---

<sup>237</sup> Zie <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/delen-van-gezondheidsgegevens/gezondheidszorginstellingen>.

<sup>238</sup> Zoals hieronder in afdeling VIII.2.1.b wordt uiteengezet, bedraagt het gecombineerde marktaandeel van de partijen voor de markt voor hospitalisaties, in het zorggebied rond het zwaartepunt, [40-50]% (met een drempel van 90% voor de zorgzone). Het wegen van de geografische coördinaten van de ziekenhuissites van de partijen volgens het aantal bedden bij de berekening van het zwaartepunt resulteert eveneens in een gecombineerd marktaandeel van de partijen van [40-50]%. Wanneer voor elk van beide partijen twee afzonderlijke verzorgingsgebieden worden gedefinieerd, en dus twee zwaartepunten afzonderlijk worden berekend voor GZA en ZNA, bedraagt het gecombineerde marktaandeel van de partijen [30-40]% in het zorggebied rond het zwaartepunt berekend voor GZA (met een drempel van 90% voor de zorgzone) en [30-40]% in het zorggebied rond het zwaartepunt berekend voor ZNA (met een drempel van 90% voor de zorgzone). Aangezien deze resultaten zeer gelijkaardig zijn, behoudt het auditoraat in dit besluit alleen de resultaten die zijn verkregen met één zwaartepunt voor de partijen, gekenmerkt door de gemiddelde breedtegraad en gemiddelde lengtegraad van de ziekenhuissites van de partijen.

### **VIII.1.2.b Afbakening van het relevante zorggebied**

224. Zoals in de vorige afdeling is aangegeven, gaat het auditoraat ervan uit dat er één lokale markt bestaat per type zorg (hospitalisatie of gespecialiseerde ambulante zorg) die de tien ziekenhuissites van de partijen omvatten. Deze lokale markt, gedefinieerd rond het zwaartepunt van de sites van de partijen, komt overeen met het geografische gebied waaruit een aanzienlijk deel van de door de partijen verleende zorg afkomstig is en waarin de concurrentievoorwaarden voldoende homogeen zijn: de zorgzone. De concrete bepaling van (de omvang van) de zorgzone is gebaseerd op de berekening van de reistijd per auto tussen het centrum van de postcode waar de patiënten zijn gevestigd en het zwaartepunt.

225. Wat de grens van de zorgzone betreft (en dus de grens waarbinnen de concurrentievoorwaarden voldoende homogeen kunnen worden geacht), zijn de mededingingsautoriteiten, met inbegrip van de BMA, in het algemeen van mening dat de relevante geografische markt een aansluitend gebied is rond een site waar klanten (in dit geval patiënten) die gezamenlijk instaan voor 80% van het volume of de omzet van de site woonachtig zijn.<sup>239</sup> Dit percentage wordt gerechtvaardigd door het feit dat het omzet of het volume dat wordt gegenereerd in de nabijheid van de onderneming hoog is, en geleidelijk afneemt naarmate de afstand toeneemt, en dat de resterende 20% van de omzet of het volume zich bevindt in een verder gelegen gebied dat aanzienlijk groter is dan het 80%-gebied gelegen bij de site, waar de onderneming in kwestie weinig concurrentiedruk uitoefent.<sup>240</sup> De limiet van 80% kan variëren afhankelijk van de resultaten van de robuustheidscontrole, die ofwel de 80%-grens kan bevestigen<sup>241</sup> dan wel leidt tot de vaststelling van een ander dekkingspercentage.<sup>242</sup>

226. Om de totale omvang van het zorggebied voor elke zorgprestatie te bepalen, heeft het auditoraat om te beginnen voor het zwaartepunt de reistijden per auto vanuit de postcodes waar patiënten vandaan komen gerangschikt in oplopende volgorde, opgesplitst voor hospitalisaties enerzijds en gespecialiseerde ambulante zorg anderzijds.<sup>243</sup> Vervolgens heeft het auditoraat voor elk type zorg vastgesteld voor welke reistijd 80% van de zorgprestaties rond dit zwaartepunt gedekt zijn.

227. Er zijn robuustheidstests uitgevoerd om de relevantie van de 80%-drempel te beoordelen. De onderstaande grafiek illustreert bijvoorbeeld de cumulatieve functie van hospitalisaties die door de partijen worden uitgevoerd rond het zwaartepunt dat door het auditoraat werd berekend. Deze grafiek laat duidelijk zien dat de curve niet afvlakt op 80%, maar boven 90%.

---

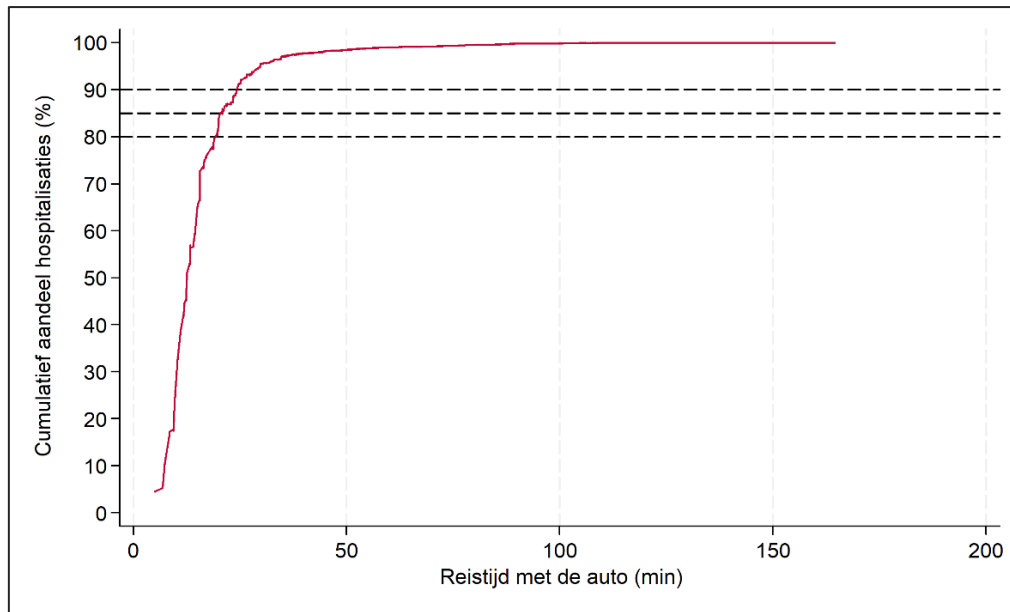
<sup>239</sup> Bijv. ADLC, beslissing n°20-DCC-38 van 28 februari 2020 “relative à la prise de contrôle exclusif de la société Hexagone Santé Méditerranée et de la SCI Bonnefon-Carnot par le groupe Elsan”, §42.

<sup>240</sup> Body, O., Jans, G., Vander Cruyssen, J., Walckiers, A., & Willekens, B. (2020). Analyse de la concurrence locale par l'ABC. *Competitio*, 2020/4, 337.

<sup>241</sup> Bijv. de beslissingen van de BMA van 5 februari 2020, ABC-2020-C/C-05 Maurin/JAM, §134; van 31 januari 2018, BMA2018-C/C-04 Volvo/Kant, §210; van 15 maart 2016, BMA-2016-C/C-10, Ahold/Delhaize, §220.

<sup>242</sup> Zie met name de beslissing van de BMA van 10 juli 2018, BMA-2018-C/C-23 Intergamma/VNG, §66, waarin het dekkingspercentage werd vastgesteld op 90% van de verkopen voor bepaalde gebieden.

<sup>243</sup> De OSRM-tool werd voor deze doeleinden gebruikt. Zie <https://project-osrm.org>.



Bron: Berekeningen van het auditoraat gebaseerd op de data vermeld in deel VIII.1.

Opmerking: Lokale analyse op aantal hospitalisaties van de partijen in 2019.

228. Deze oefening suggereert dat de drempel van 80% de omvang van het zorggebied onderschat en dat een drempel van 90% meer in overeenstemming is met de realiteit. Deze conclusie is vergelijkbaar voor gespecialiseerde ambulante zorg. Daarom heeft het auditoraat het zorggebied voor ziekenhuishospitalisaties en het zorggebied voor gespecialiseerde ambulante zorg gedefinieerd op basis van een drempel van 90%.

### **VIII.1.3 Berekening van marktaandelen**

229. Zodra de lokale markt voor elk type zorgprestatie is gedefinieerd, kunnen de marktaandelen van partijen en hun concurrenten worden berekend. Het auditoraat heeft alle ziekenhuizen en gespecialiseerde ambulante zorgverleners geïdentificeerd die zorg verlenen aan patiënten uit het zorggebied, en dit voor elk type zorg.

230. De marktaandelen van de partijen worden gedefinieerd als de verhouding van het aantal door de partijen verrichte zorgprestaties op patiënten uit de zorgzone (de teller) op het aantal zorgprestaties dat door alle in België actieve zorgverleners aan patiënten uit het zorggebied wordt verleend (de noemer).<sup>244</sup>

231. De marktaandelen van concurrenten werden op dezelfde wijze berekend. In dit verband wijst het auditoraat erop dat de concurrenten van de partijen niet alleen andere ziekenhuizen en gespecialiseerde ambulante zorgverleners in het zorggebied omvatten, maar ook alle andere in België gevestigde ziekenhuizen en gespecialiseerde ambulante zorgverleners die zorgdiensten hebben verleend aan patiënten die in het zorggebied wonen, dus ook de zorgaanbieders die buiten de zorgzone gesitueerd zijn, aangezien zij niettegenstaande hun vestiging buiten het zorggebied – evenzeer concurrentiedruk kunnen uitoefenen in dat zorggebied. Aangezien de mate van deze concurrentiedruk kan worden gemeten aan de hand van de gegevens waarover het auditoraat beschikt, wordt met deze informatie rekening gehouden om een overschatting van de marktaandelen van de partijen te voorkomen.

<sup>244</sup> Psychiatrische ziekenhuizen en instellingen werden niet in aanmerking genomen voor de berekening van de marktaandelen.

232. De gegevens beschikbaar voor de berekening van de marktaandelen, en ten gevolge hiervan ook de berekeningswijze zelf, verschillen voor hospitalisaties en gespecialiseerde ambulante zorg.

### **VIII.1.3.a Hospitalisaties**

233. Wat de markt voor hospitalisaties betreft, berekende het auditoraat marktaandelen voor alle hospitalisaties, namelijk klassieke hospitalisaties en daghospitalisaties gezamenlijk. Bij de beoordeling van deze Concentratie werd de vraag of de markt voor hospitalisaties gedefinieerd moet worden op het niveau van service lines opengelaten, in het bijzonder omdat de algemene ziekenhuizen concurreren op een geheel aan diensten. Hoewel de relevantie van de segmentering per service line hypothetisch is,<sup>245</sup> heeft het auditoraat marktaandelen op het niveau van de service lines berekend om het effect van deze Concentratie op deze mogelijk nauwere markt(segment)en te beoordelen.

#### ***i) Hospitalisaties op algemeen niveau***

234. Marktaandelen voor de markt voor hospitalisaties zijn gebaseerd op het aantal hospitalisaties uitgevoerd door partijen en concurrerende ziekenhuizen — met uitzondering van psychiatrische ziekenhuizen. Voor elke postcode waaruit de patiënten afkomstig zijn, beschikt het auditoraat over het totale aantal hospitalisaties van de partijen en concurrerende ziekenhuizen samen, evenals het aantal hospitalisaties van elk ziekenhuis afzonderlijk (ter herinnering: een ziekenhuis wordt gedefinieerd op basis van de erkenning, en niet van afzonderlijke site).

235. Het totaal aantal hospitalisaties van patiënten opgesplitst per postcode van woonplaats die werden uitgevoerd bij alle ziekenhuizen samen, is door de partijen verstrekt op basis van gegevens van de FOD Volksgezondheid. Het totaal aantal hospitalisaties op de markt die de noemer vormt van het marktaandeel, wordt verkregen door hospitalisaties te groeperen uit de postcodes die in het zorggebied zijn opgenomen.

236. Het aantal hospitalisaties dat door de partijen voor patiënten van elke postcode is uitgevoerd, is door de partijen verstrekt op basis van gegevens van de FOD Volksgezondheid. Deze waarden hebben betrekking op alle sites van beide partijen en maken het mogelijk om de teller te berekenen, die wordt verkregen door de postcodes in het verzorgingsgebied te groeperen.

237. Het aantal hospitalisaties dat door concurrerende ziekenhuizen voor patiënten van elke postcode is uitgevoerd, is door de partijen verstrekt op basis van gegevens van de FOD Volksgezondheid. Om ervoor te zorgen dat de vertrouwelijkheid wordt gerespecteerd en om de identiteit van de patiënten te beschermen, heeft de FOD Volksgezondheid voor de gegevens van de concurrerende ziekenhuizen niet het exacte aantal hospitalisaties bekend gemaakt indien dit aantal voor een welbepaalde postcode tussen 1 en 4 ligt. De berekening van de teller van de marktaandelen van concurrenten vereist evenwel de toerekening van de vertrouwelijke waarden. Het auditoraat heeft deze waarden om die reden vervangen opdat voor elke postcode waaruit de patiënten afkomstig zijn het totaal aantal hospitalisaties dat door alle ziekenhuizen samen wordt uitgevoerd gelijk is aan de som van het aantal hospitalisaties dat door elk ziekenhuis is uitgevoerd.<sup>246</sup> Op deze manier kan het marktaandeel van

---

<sup>245</sup> *Supra* §137136.

<sup>246</sup> Om dit te doen berekende het auditoraat eerst voor elke postcode waaruit de patiënten afkomstig zijn de gemiddelde aantal hospitalisaties waardoor deze vertrouwelijke gegevens vervangen zouden moeten worden om deze twee getallen met elkaar te laten overeenstemmen. Vervolgens heeft het auditoraat deze vertrouwelijke gegevens vervangen door de gehele waarde van deze waarde, met 4 als maximumwaarde. Eventuele resterende discrepantie tussen (i) enerzijds het totale aantal hospitalisaties door de partijen en concurrerende ziekenhuizen enerzijds; en (ii) de som van het aantal hospitalisaties dat door elk ziekenhuis anderzijds wordt uitgevoerd, wordt uiteindelijk toegeschreven aan een fictieve samengestelde concurrent.

concurrerende ziekenhuizen nauwkeurig worden geschat zonder het marktaandeel van de partijen te wijzigen en tegelijkertijd de vertrouwelijkheid van patiëntinformatie te waarborgen.

### ***ii) Hospitalisaties per service line***

238. Marktaandelen voor hospitalisaties worden zowel op algemeen niveau als per service line berekend. De methode voor de berekening van de algemene marktaandelen en de marktaandelen per service line is vergelijkbaar.

239. Voor elke service line werden de hospitalisaties die door de partijen voor patiënten van elke postcode werden uitgevoerd, door de partijen verstrekt op basis van gegevens van de FOD Volksgezondheid. De segmentatie per service line is niet gebaseerd op een classificatie van de FOD Volksgezondheid, maar op het benchmarkingprogramma dat door het bedrijf 3M (hierna “3M-programma”) op de markt wordt gebracht. Ziekenhuizen die het 3M-programma gebruiken, verstrekken 3M gegevens over hun ziekenhuisactiviteit, georganiseerd volgens de APR-DRG-categorieën. Het 3M-programma aggregereert deze APR-DRG’s vervolgens in bredere categorieën, genaamd service lines, wat een meer gerichte vergelijkende analyse mogelijk maakt. De partijen hebben de verhouding tussen de APR-DRG-categorieën en de in het 3M-programma vastgestelde service lines meegedeeld aan het auditoraat.

240. Het totaal aantal hospitalisaties dat door concurrerende ziekenhuizen voor patiënten van elke postcode is uitgevoerd, is door de partijen verstrekt op basis van gegevens van de FOD Volksgezondheid. Op basis van deze gegevens kunnen de hospitalisaties van de concurrenten echter niet worden gescheiden per APR-DRG en/of service line. Het auditoraat heeft de FOD Volksgezondheid daarom verzocht om gedetailleerde gegevens voor de belangrijkste concurrenten en het totaal aantal hospitalisaties overheen alle ziekenhuizen per APR-DRG voor alle postcodes in België.

241. Om ervoor te zorgen dat de vertrouwelijkheid wordt gerespecteerd en om de identiteit van patiënten te beschermen, heeft de FOD Volksgezondheid niet het exacte aantal hospitalisaties per APR-DRG aangegeven, indien het aantal patiënten tussen 1 en 4 ligt, en dit zowel voor het aantal hospitalisaties op niveau van een concurrerend ziekenhuis, als wat betreft het totaal aantal hospitalisaties overheen alle ziekenhuizen. Bij gebrek aan aanvullende informatie heeft het auditoraat daarom deze vertrouwelijke waarden vervangen door “1”. Robuustheidstests op basis van andere waarden (2, 3 of 4) zijn uitgevoerd en toonden aan dat de toerekening van deze gegevens geen significante gevolgen heeft voor de marktaandelen van de partijen en hun concurrenten per service line.

### ***VIII.1.3.b Gespecialiseerde ambulante zorg***

242. Wat de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg betreft, berekende het auditoraat marktaandelen voor het geheel aan gespecialiseerde ambulante zorg. Voor deze Concentratie kan de vraag of deze markt verder moet worden opgesplitst naar specialisatie open worden gelaten. Hoewel de relevantie van een segmentering per specialisatie hypothetisch is, heeft het auditoraat ook marktaandelen op het niveau van de specialisaties berekend om de impact van deze Concentratie op deze mogelijk nauwere markt(segment)en te beoordelen.

### ***i) Gespecialiseerde ambulante zorg op algemeen niveau***

243. Marktaandelen voor de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg zijn gebaseerd op het aantal ambulante zorgdiensten uitgevoerd door partijen en andere gespecialiseerde ambulante zorgverleners. Voor elke postcode waaruit de patiënten afkomstig zijn, beschikt het auditoraat over het totaal aan

gespecialiseerde ambulante zorg dat door de partijen en door elk van de andere gespecialiseerde ambulante zorgverleners werd verleend.

244. Het totaal aan gespecialiseerde ambulante zorg uitgevoerd door de partijen en door de andere zorgverleners werd verstrekt door het RIZIV. Het RIZIV rapporteert deze cijfers echter per NIS-code, wat een verschillende geografische benchmark is dan postcodes. Het auditoraat heeft de NIS-codes uitgedrukt in postcodes aan de hand van de door StatBel vastgestelde methode.<sup>247</sup> De exacte waarde van de teller wordt verkregen door de postcodes in het zorggebied te groeperen.

245. De som van de gespecialiseerde ambulante zorg uitgevoerd door de partijen en andere zorgverleners per postcode maakt het mogelijk de noemer te berekenen, door al de postcodes die tot het verzorgingsgebied behoren op te tellen.

246. Het auditoraat merkt op dat de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg alle ambulante zorg omvat die zowel door ziekenhuizen als door andere gespecialiseerde zorgverleners wordt verleend. Ambulante zorg uitgevoerd door andere gespecialiseerde zorgverleners verwijst naar ambulante zorg die geregistreerd is bij het RIZIV en niet bij een ziekenhuis. Zoals hierboven (deel VII.2) al aangegeven wordt ambulante zorg verleend door huisartsen, alsook ambulante zorg verleend door psychiatrische instelling wordt hierbij uitgesloten.

#### ***ii) Gespecialiseerde ambulante zorg per specialisatie***

247. De marktaandeelen voor gespecialiseerde ambulante zorg worden zowel op algemeen niveau als per specialisatie berekend. De methode die wordt gebruikt voor het berekenen van marktaandeelen op algemeen niveau en per specialisatie is vergelijkbaar.

248. Om ervoor te zorgen dat de vertrouwelijkheid wordt gerespecteerd en om de identiteit van patiënten te beschermen, geeft het RIZIV niet aan wat de relevante specialisatie met betrekking tot de geleverde gespecialiseerde ambulante zorg in een bepaalde NIS-code is, indien het aantal ambulante zorgdiensten dat door dezelfde zorgverlener in die NIS-code wordt uitgevoerd tussen 1 en 4 ligt. Deze anonimisering van gegevens is zonder gevolgen voor de berekening van de totale marktaandeelen van partijen en concurrenten. Hoewel marktaandeelen per specialiteit mogelijk minder nauwkeurig zijn, is het belangrijk te vermelden dat elk verlies van nauwkeurigheid beperkt blijft, in zoverre dat de confidentialiteitsprocedure die hierboven beschreven wordt, slecht 2% van alle ambulante zorgdiensten in 2019 betreft.

## **VIII.2 Betrokken markten op basis van het onderzoek**

### **VIII.2.1 De markt voor hospitalisaties**

#### **VIII.2.1.a Standpunt van aanmeldende partijen**

249. In eerste instantie voeren de partijen aan dat de waarde van de analyse van marktaandeelen in het kader van een ziekenhuisfusie moet worden gerelativeerd, aangezien ziekenhuizen een dienst van algemeen belang verlenen binnen een sterk gereguleerd kader.<sup>248</sup> Zij leggen ook uit dat de diensten en/of producten van de Belgische ziekenhuismarkt veelzijdig en sterk afhankelijk zijn van elke patiënt

<sup>247</sup> Zie <https://statbel.fgov.be/fr/propos-de-statbel/methodologie/classifications/geographie>.

<sup>248</sup> Aanmeldingsformulier, §76.

en pathologie. In dit opzicht blijft de berekening van marktaandelen voor de markt van hospitalisaties complex.<sup>249</sup>

250. De partijen voeren aan dat zij geen volledige toegang hebben tot de gegevens over hospitalisaties die jaarlijks door de FOD Volksgezondheid worden verzameld en dat zij evenmin op de hoogte zijn van enige andere bron of rapporten van derden die dergelijke gegevens verschaffen.<sup>250</sup> In een hypothetisch scenario waarin gedetailleerde gegevens beschikbaar zouden zijn, geven de partijen aan dat in een markt waar reistijden tussen patiënten en ziekenhuizen bepalend zijn, elk criterium van geografische afbakening relatief en voor discussie vatbaar is. Patiënten zijn immers niet altijd geneigd om het ziekenhuis te kiezen dat het dichtst bij hun woonplaats ligt als een ander ziekenhuis in de regio een betere kwaliteit van zorg zou bieden.<sup>251</sup>

251. Bij gebrek aan meer nauwkeurige gegevens hebben de partijen hun marktaandeel en het marktaandeel van hun concurrenten berekend op basis van een bottom-up benadering, gebaseerd op het aantal verantwoorde bedden in elk ziekenhuis. Dit cijfer wordt jaarlijks gepubliceerd en is voor het publiek beschikbaar op de website van de FOD Volksgezondheid.<sup>252</sup> De partijen voeren aan dat, in vergelijking met erkende bedden, verantwoorde bedden een betrouwbare metriek vormen voor het marktaandeel, omdat zij rechtstreeks afhangen van de werkelijke activiteiten van ziekenhuizen<sup>253</sup> en als dusdanig de basis vormen voor de berekening van het budget voor Belgische ziekenhuizen (B2-deel van het BFM).<sup>254</sup>

252. De marktaandelen in de provincie Antwerpen, zoals berekend door partijen, voor de jaren 2019 en 2023 worden hieronder weergegeven.<sup>255</sup>

---

<sup>249</sup> *Ibid.*, §77.

<sup>250</sup> Het auditoraat merkt echter op dat de FOD Volksgezondheid data betreffende hospitalisaties publiceert op haar website, en dit per ziekenhuis en per postcode van de woonplaats van de patiënt, op een jaarlijkse basis (zie: <https://www.health.belgium.be/nl/mzg-marktaandeel-van-de-ziekenhuizen-en-ziekenhuisnetwerken-per-gemeente-van-woonplaats-van-de-patient-en-leeftijdsgroep>). Het auditoraat merkt ook op dat deskundigen op het vlak van gezondheidsgegevens deze database hebben gebruikt om het marktaandeel van elk ziekenhuisnetwerk – inclusief het netwerk dat door de partijen is gevormd – op lokaal niveau te berekenen; zie <https://www.vanosta.be/netwerken/marktaandeel.htm>. Er zijn twee belangrijke verschillen betreffende de data die gebruikt wordt door het auditoraat. Ten eerste, teneinde de vertrouwelijkheidsnormen te respecteren en de identiteit van de patiënten te beschermen, heeft de FOD Volksgezondheid in het publiek toegankelijke bestand niet het exacte aantal hospitalisaties vermeld dat een ziekenhuis heeft uitgevoerd op patiënten afkomstig van een bepaalde postcode, indien dit aantal tussen 0 en 4 ligt. Deze vertrouwelijkheidsprocedure geldt voor alle ziekenhuizen (inclusief de partijen), terwijl de gegevens die het auditoraat gebruikt, vollediger zijn. Het auditoraat is echter van mening dat (i) de partijen waarschijnlijk kennis hebben over de woonplaats van hun patiënten; en (ii) de partijen zelf al zeer vergelijkbare gegevens hebben gebruikt om hun eigen marktaandelen te berekenen op basis van het aantal hospitalisaties en de postcode van de woonplaats van de patiënten (zie Regionaal Zorgstrategisch Plan Netwerk ZAS (Bijlage 33 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3.), deel 3)). Ten tweede zijn de data die gepubliceerd zijn op de website van de FOD Volksgezondheid enkel beschikbaar voor alle hospitalisaties en niet voor de opsplitsing per APR-DRG.

<sup>251</sup> Aanmeldingsformulier, §82.

<sup>252</sup> Zie <https://www.health.belgium.be/nl/verantwoorde-bedden-2019>.

<sup>253</sup> *Supra* afd. VI.3.4.a.

<sup>254</sup> Aanmeldingsformulier, §89.

<sup>255</sup> *Ibid.*

		Verantwoorde bedden	
		Aantal	Marktaandeelen in %
2019	ZNA	1.115	18,0 %
	GZA	781	12,6 %
	<b>Gezamenlijk</b>	<b>1896</b>	<b>30,6 %</b>
	UZA	603	9,7 %
	TURNHOUT	468	7,5 %
	IMELDA BONHEIDEN	454	7,3 %
	MAARTEN MECHELEN	426	6,8 %
	KLINA	382	6,2 %
	RIVIERENLAND	370	6,0 %
	MONICA	364	5,9 %
	HH LIER	297	4,8 %
	GEEL	281	4,5 %
	HERENTALS	231	3,7 %
	MALLE	225	3,6 %
	MOL	208	3,4 %
	<b>Totale marktomvang</b>	<b>6.205</b>	<b>100 %</b>

		Verantwoorde bedden	
		Aantal	Marktaandeelen in %
2023	ZNA	1031	17,0 %
	GZA	734	12,1 %
	<b>Gezamenlijk</b>	<b>1765</b>	<b>29,1 %</b>
	UZA	598	9,9 %
	TURNHOUT	465	7,7 %
	MAARTEN MECHELEN	461	7,6 %
	IMELDA BONHEIDEN	445	7,3 %
	KLINA	388	6,4 %
	MONICA	364	6,0 %
	RIVIERENLAND	316	5,2 %
	HH LIER	298	4,9 %
	GEEL	286	4,7 %
	HERENTALS	237	3,9 %
	MALLE	230	3,8 %
	MOL	211	3,5 %
	<b>Totale marktomvang</b>	<b>6.064</b>	<b>100 %</b>

Bron: Aanmeldingsformulier, §89.

253. De partijen schatten dat hun gecombineerd marktaandeel voor de markt voor hospitalisaties in de provincie Antwerpen in 2019 31% bedraagt.

### VIII.2.1.b Onderzoek

#### ***i) Marktaandelen van aanmeldende partijen***

254. Op basis van de door de partijen en de FOD Volksgezondheid verstrekte gegevens heeft de auditeur de marktaandelen van de partijen in het zorggebied rond het zwaartepunt van de sites van de partijen berekend en weergegeven in onderstaande tabel, volgens de in hoofdstuk VIII.1 beschreven methode.

Marktaandeel GZA	Marktaandeel ZNA	Marktaandeel partijen	Grootte van 90% zorggebied (minuten)
[10-20]%	[20-30]%	<b>[40-50]%</b>	25

Bron: Berekeningen van het auditoraat zijn gebaseerd op de data vermeld in deel VIII.1.

255. Uit bovenstaande tabel blijkt dat het gecombineerde marktaandeel van de partijen [40-50]% bedraagt, waarmee de drempel van 25% wordt overschreden.<sup>256</sup>

256. Het auditoraat heeft ook een fijnere segmentatie van de markt voor hospitalisaties overwogen, namelijk een segmentatie naar service line.<sup>257</sup> Uit de tabel in Bijlage A<sup>258</sup> blijkt dat de partijen actief zijn in bijna alle service lines. Bovendien vertonen verscheidene service lines relatief hoge gecombineerde marktaandelen – in sommige gevallen meer dan [40-50]%. Onderstaande tabel toont de marktaandelen van de partijen in deze twaalf betrokken service lines.

Beschrijving van de service line	Nummer van de service line	Marktaandeel GZA	Marktaandeel ZNA	Marktaandeel partijen	Grootte van 90% zorggebied (minuten)
Neonatology	245	[40-50]%	[20-30]%	<b>[70-80]%</b>	25
Substance abuse	294	[20-30]%	[30-40]%	<b>[60-70]%</b>	20
Rehabilitation	325	-	[60-70]%	<b>[60-70]%</b>	20
Obstetrics/delivery	262	[30-40]%	[20-30]%	<b>[50-60]%</b>	24
Diabetes	95	[20-30]%	[30-40]%	<b>[50-60]%</b>	19
Infectious disease	165	[20-30]%	[30-40]%	<b>[50-60]%</b>	20
Nephrology	250	[10-20]%	[30-40]%	<b>[50-60]%</b>	20
Orthopedics	276	[20-30]%	[30-40]%	<b>[50-60]%</b>	20
Pneumology	296	[20-30]%	[20-30]%	<b>[50-60]%</b>	20
Other obstetrics	280	[30-40]%	[20-30]%	<b>[50-60]%</b>	25
Thoracic surgery	133	[20-30]%	[20-30]%	<b>[50-60]%</b>	23
Gynecology	137	[30-40]%	[10-20]%	<b>[50-60]%</b>	25

Bron: Berekeningen van het auditoraat zijn gebaseerd op de data vermeld in deel VIII.1.

Opmerking: De aanwezigheid van een “-” in de kolommen van de marktaandelen indiceert dat het marktaandeel onbestaande is aangezien de aanmeldende partij(en) niet actief zijn in deze service line.

257. De service lines waarvoor het gecombineerde marktaandeel van de partijen het grootst is, zijn neonatology ([70-80]%) en substance abuse ([60-70]%). Het gecombineerde marktaandeel van de partijen voor de andere relevante service lines – namelijk rehabilitation, obstetrics/delivery, diabetes, infectious disease, nephrology, orthopedics, pneumology, other obstetrics, thoracic surgery en gynecology – varieert tussen [50-60] en [50-60]%.<sup>256</sup>

<sup>256</sup> De berekeningen werden ook afzonderlijk uitgevoerd voor daghospitalisaties en klassiekhospitalisaties. Voor zover de relevante productmarkt beide soorten hospitalisaties omvat en voor zover de hypothetische marktaandelen van de partijen en concurrerende ziekenhuizen voor daghospitalisaties en klassiekhospitalisaties vergelijkbaar zijn, worden in dit ontwerpbesluit alleen de marktaandelen voor alle hospitalisaties vermeld.

<sup>257</sup> Voor de marktaandelen per service line heeft de auditeur gedetailleerde gegevens opgevraagd bij de FOD Volksgezondheid voor de belangrijkste concurrenten, namelijk AZ Klina, AZ Monica en UZA. Zie Bijlage A bij het huidige voorstel van beslissing.

<sup>258</sup> Bijlage A bij het huidige voorstel van beslissing.

### **ii) Marktaandelen van concurrenten**

258. Het auditoraat heeft de marktaandelen van de concurrenten in het verzorgingsgebied rond het zwaartepunt van de locaties van de partijen voor alle hospitalisaties berekend en in de onderstaande tabel uiteengezet.

Ziekenhuis	Aantal hospitalisaties	Marktaandeel
GZA	[vertrouwelijk]	[10-20]%
ZNA	[vertrouwelijk]	[20-30]%
<b>Partijen</b>	<b>[vertrouwelijk]</b>	<b>[40-50]%</b>
AZ Monica	[Vertrouwelijk]	[10%-20%]
UZA	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Klina	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Sint-Maarten	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Voorkempen	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Nikolaas	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Rivierenland	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
Heilig Hart Ziekenhuis Lier	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Herentals	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
UZ Leuven	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
Imelda Ziekenhuis	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Turnhout	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
Anderen	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
<b>Totaal</b>	<b>426.154</b>	<b>100%</b>

Bron: Berekeningen van het auditoraat zijn gebaseerd op de data vermeld in deel VIII.1.

Opmerkingen: (i) De 90% zorggebied komt overeen met een reistijd van 25 minuten; en (ii) de categorie "Anderen" omvat de ziekenhuizen die actief zijn op de markt voor hospitalisaties en die niet expliciet werden vermeld aangezien zij een marktaandeel hebben kleiner dan 1%.

259. Uit deze tabel blijkt dat vier concurrenten een marktaandeel van 5% of meer hebben en aldus een aanzienlijke concurrentiedruk op de partijen uitoefenen. AZ Monica heeft een marktaandeel van [10%-20%], UZA heeft een marktaandeel van [0%-10%], AZ Klina heeft een marktaandeel van [0%-10%] en AZ Sint-Maarten heeft een marktaandeel van [0%-10%]. In het zorggebied zijn verschillende andere ziekenhuizen actief met een marktaandeel van 4% of minder.

260. Volledigheidshalve heeft het auditoraat op basis van de marktaandelen van de partijen en de concurrenten de HHI index berekend voor de markten voor hospitalisaties.<sup>259</sup> De HHI index in de lokale markt voor hospitalisaties zal van [1.000-1.500] pre-Concentratie toenemen tot een waarde van [2.000-2.500] post-Concentratie, met een delta van [800-900].

261. De auditeur heeft ook de marktaandelen per service line van de concurrenten in het verzorgingsgebied rond het zwaartepunt van de locaties van de partijen berekend – afzonderlijk voor de drie belangrijkste concurrenten (AZ Klina, AZ Monica en UZA) en alle andere concurrenten. Onderstaande tabel bevat de marktaandelen van de concurrenten voor de twaalf service lines waarvoor het gezamenlijke marktaandeel van de partijen meer dan [40-50]% bedraagt.

<sup>259</sup> De HHI-index is een veelgebruikte maatstaf voor marktconcentratie. Deze wordt berekend door het marktaandeel van elk bedrijf dat op een bepaalde markt concurreert te kwadrateren en vervolgens de resulterende getallen bij elkaar op te tellen. Daarom kan deze variëren van bijna 0 tot 10.000, waarbij hogere waarden duiden op een geconcentreerde markt.

Beschrijving van de service line	Nummer van de service line	Marktaandeel partijen	Marktaandeel AZ Klina	Marktaandeel AZ Monica	Marktaandeel UZA	Marktaandeel Anderen
Neonatology	245	[70-80]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[10%-20%]
Substance abuse	294	[60-70]%	[0%-10%]	[10%-20%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Rehabilitation	325	[60-70]%	[20%-30%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]
Obstetrics/delivery	262	[50-60]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]
Diabetes	95	[50-60]%	[0%-10%]	[10%-20%]	[10%-20%]	[0%-10%]
Infectious disease	165	[50-60]%	[0%-10%]	[10%-20%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Nephrology	250	[50-60]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[10%-20%]
Orthopedics	276	[50-60]%	[10%-20%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Pneumology	296	[50-60]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Other obstetrics	280	[50-60]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]
Thoracic surgery	133	[50-60]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[20%-30%]
Gynecology	137	[50-60]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]

Bron: Berekeningen van het auditoraat zijn gebaseerd op de data vermeld in deel VIII.1.

Opmerkingen: (i) De aanwezigheid van een “-” in de kolommen met marktaandelen betekent dat het marktaandeel nul is door de afwezigheid van hospitalisaties voor de anmeldende partij(en); en (ii) de categorie “Anderen” omvat instellingen die actief zijn op de markt voor hospitalisaties en die niet expliciet in de tabel zijn opgenomen.

262. Uit de bovenstaande tabel blijkt dat er acht service lines zijn met (i) een overlapping tussen de partijen; (ii) een relatief hoog gezamenlijk marktaandeel voor de partijen; en (iii) significant lagere marktaandelen voor concurrerende ziekenhuizen. Deze zijn: neonatology, substance abuse, obstetrics/delivery, nephrology, orthopedics, other obstetrics, thoracic surgery en gynecology.

#### **VIII.2.1.c Beoordeling en conclusie van de auditeur**

263. Op basis van de gezamenlijke marktaandelen stelt de auditeur vast dat de lokale markt voor hospitalisaties in het zorggebied van partijen horizontaal betrokken is door deze Concentratie.

264. Daarnaast zijn de verschillende segmenten gebaseerd op service lines ook betrokken door de voorgenomen Concentratie. In de mate dat de concurrentiële analyse niet verschilt van die van de markt voor hospitalisaties als geheel, worden deze segmenten hieronder niet afzonderlijk beoordeeld.

#### **VIII.2.1.d Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege**

265. Gelet op de marktaandelen van partijen deelt het College het oordeel van de auditeur dat de lokale markt voor hospitalisaties in het beschouwde zorggebied een horizontaal betrokken markt vormt. In het licht van de beslissing van het College om enige verdere segmentering van de markt open te laten, laat het College tevens open of er sprake is van betrokken markten op basis van zulke segmentering.

### **VIII.2.2 De markt voor gespecialiseerde ambulante zorg**

#### **VIII.2.2.a Standpunt van de partijen**

266. Ter herinnering, betreffende de productmarkt geven de partijen aan dat de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg zowel ziekenhuizen als particuliere medische praktijken en klinieken omvat. Daarnaast zou een segmentering op basis van specialiteiten niet relevant zijn.<sup>260</sup>

267. Betreffende de geografische markt beschouwen de partijen dat de relevante omvang regionaal is en ten minste de provincie Antwerpen omvat, voor redenen die gelijkaardig zijn als deze aangehaald in het geval van hospitalisaties.<sup>261</sup>

268. De partijen hebben geen inschatting gegeven van hun marktaandelen op de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg. Ze menen niet in de mogelijkheid te zijn om hun marktaandelen te

<sup>260</sup> Aanmeldingsformulier, §79.

<sup>261</sup> Aanmeldingsformulier, §86.

berekenen, gezien ze geen toegang hebben tot enige informatie die hen toelaat een inschatting te maken van de marktomvang.

### ***VIII.2.2.b Onderzoek***

#### ***i) Marktaandelen van de aanmeldende partijen***

269. Op basis van de door het RIZIV verstrekte gegevens heeft de auditeur de marktaandelen van de aanmeldende partijen in het zorggebied rond het zwaartepunt van de locaties van de partijen voor gespecialiseerde ambulante zorg berekend en hieronder gerapporteerd, volgens de in deel VIII.1 beschreven methode.

Marktaandeel GZA	Marktaandeel ZNA	Marktaandeel partijen	Grootte van 90% zorggebied (minuten)
[10-20]%	[20-30]%	<b>[30-40]%</b>	22

Bron: Berekeningen van het auditoraat zijn gebaseerd op de data vermeld in deel VIII.1.

270. Uit bovenstaande tabel blijkt dat het gecombineerde marktaandeel van de partijen [30-40]% is, waarmee de drempel van 25% wordt overschreden.

271. Een fijnere segmentatie van de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg werd ook door het auditoraat overwogen, naar specialisatie van artsen.<sup>262</sup> Uit de tabel in Bijlage B<sup>263</sup> blijkt dat de partijen actief zijn in verreweg de meeste specialisaties. Bovendien vertonen verschillende specialisaties relatief hoge gecombineerde marktaandelen – in sommige gevallen meer dan [40-50]%. Onderstaande tabel toont de marktaandelen van de partijen in de 3 betrokken specialisaties.

Specialisatie	Marktaandeel GZA	Marktaandeel ZNA	Marktaandeel partijen	Grootte van 90% zorggebied (minuten)
Nucleaire radiotherapie	-	[60-70]%	<b>[60-70]%</b>	13
Geriatric	[10-20]%	[40-50]%	<b>[60-70]%</b>	19
Acute en urgentie-geneeskunde	[30-40]%	[20-30]%	<b>[50-60]%</b>	20

Bron: Berekeningen van het auditoraat zijn gebaseerd op de data vermeld in deel VIII.1.

Opmerking: De aanwezigheid van een “-” in de kolommen met marktaandelen betekent dat het marktaandeel nul is door de afwezigheid van gespecialiseerde ambulante zorg voor de aanmeldende partij(en).

272. De specialisaties waarvoor het gecombineerde marktaandeel van de partijen het grootst is, zijn nucleaire radiotherapie ([60-70]%), geriatric ([60-70]%) en acute spoedeisende geneeskundegeneeskunde ([50-60]%).

#### ***ii) Marktaandelen van de concurrenten***

273. Het auditoraat heeft de marktaandelen van de concurrenten in het betreffende zorggebied berekend en uitgezet in onderstaande tabel.

<sup>262</sup> Bijlage B aan het huidige voorstel van beslissing.

<sup>263</sup> *Ibid.*

<b>Instelling voor gespecialiseerde ambulante zorg</b>	<b>Aantal ambulante zorgdiensten</b>	<b>Marktaandeel</b>
GZA	[vertrouwelijk]	[10-20]%
ZNA	[vertrouwelijk]	[20-30]%
<b>Partijen</b>	<b>[vertrouwelijk]</b>	<b>[30-40]%</b>
Andere instellingen (buiten ziekenhuizen)	[Vertrouwelijk]	[30%-40%]
UZA	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Klina	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Monica	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Voorkempen	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Rivierenland	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
Heilig Hart Ziekenhuis Lier	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
Anderen	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
<b>Totaal</b>	<b>5.181.118</b>	<b>100%</b>

Bron: Berekeningen van het auditoraat zijn gebaseerd op de data vermeld in deel VIII.1.

Opmerkingen: (i) De 90% zorggebied komt overeen met een reistijd van 22 minuten; (ii) de categorie "Andere instellingen (buiten ziekenhuizen)" omvat aanbieders van gespecialiseerde ambulante zorg buiten ziekenhuizen; en (iii) de categorie "Anderen" omvat instellingen die actief zijn op de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg en die niet expliciet werden vermeld aangezien zij een marktaandeel hebben kleiner dan 1%.

274. Uit de tabel blijkt dat [30%-40%] van deze gespecialiseerde ambulante zorg buiten ziekenhuizen wordt aangeboden door verschillende kleinere privéklinieken/praktijken. De andere drie belangrijkste concurrenten zijn UZA, met een marktaandeel van [0%-10%], en AZ Klina en AZ Monica, elk met een marktaandeel van [0%-10%]. Verschillende andere gespecialiseerde ambulante zorgaanbieders zijn actief in het zorggebied, met een marktaandeel van 2% of minder.

275. Voor de volledigheid, op basis van de marktaandelen van de partijen en hun concurrenten, heeft het auditoraat de HHI index berekend voor de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg. De HHI index in de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg zal van [2.000-2.500] pre-Concentratie toenemen tot een waarde van [2.500-3.000] post-Transaction, met een delta van [500-600].

276. Het auditoraat berekende ook de marktaandelen per specialiteit in het zorggebied rond het zwaartepunt van de sites van de partijen afzonderlijk voor de drie belangrijkste concurrenten (AZ Klina, AZ Monica en UZA), de zorgverleners buiten ziekenhuizen en alle andere concurrenten. Onderstaande tabel toont de marktaandelen van de concurrenten voor de drie specialisaties waarvoor het gezamenlijke marktaandeel van de partijen meer dan [40-50]% bedraagt.

<b>Specialisatie</b>	<b>Marktaandeel partijen</b>	<b>Marktaandeel AZ Klina</b>	<b>Marktaandeel AZ Monica</b>	<b>Marktaandeel UZA</b>	<b>Marktaandeel Andere instellingen (buiten ziekenhuizen)</b>	<b>Marktaandeel Anderen</b>
Nucleaire radiotherapie	[60-70]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]	[0%-10%]
Geriatric	[60-70]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Acute en urgentie-geneeskunde	[50-60]%	[10%-20%]	[10%-20%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]

Bron: Berekeningen van het auditoraat zijn gebaseerd op de data vermeld in deel VIII.1.

Opmerkingen: (i) De aanwezigheid van een "-" in de kolommen met marktaandelen betekent dat het marktaandeel nul is door de afwezigheid van gespecialiseerde ambulante zorg voor de aanmeldende partij(en); (ii) de categorie "Andere instellingen (buiten ziekenhuizen)" omvat ambulante zorg door artsen buiten ziekenhuizen; en (iii) de categorie "Anderen" omvat andere aanbieders die actief zijn op de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg dan die welke al expliciet in de tabel zijn opgenomen.

277. Uit bovenstaande tabel blijkt dat er enkel voor geriatric sprake is van (i) overlapping tussen de partijen; (ii) een relatief hoog gezamenlijk marktaandeel voor de partijen; en (iii) aanzienlijk lagere marktaandelen voor concurrerende ziekenhuizen.

#### **VIII.2.2.c Beoordeling en conclusie van de auditeur**

278. Gelet op het bovenstaande en ten behoeve van deze analyse identificeert de auditeur de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg in het beschouwde zorggebied als betrokken door deze Concentratie.

279. Daarnaast zijn de verschillende segmenten gebaseerd op specialisaties ook betrokken door de voorgenomen concentratie. In de mate dat de concurrentiële analyse niet verschilt van die van de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg als geheel, worden deze segmenten hieronder niet afzonderlijk beoordeeld.

#### **VIII.2.2.d Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege**

280. Gelet op de marktaandelen van partijen deelt het College het oordeel van de auditeur dat de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg in het beschouwde zorggebied een horizontaal betrokken markt vormt. In het licht van de beslissing van het College om enige verdere segmentering van de markt open te laten, laat het College tevens open of er sprake is van betrokken markten op basis van zulke segmentering.

### **VIII.3 Conclusie aangaande de betrokken markten**

281. Rekening houdend met het bovenstaande, identificeert de auditeur de volgende markten als betrokken markten waarop de impact van de Concentratie zal worden geanalyseerd: (i) de lokale markt voor hospitalisaties; en (ii) de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg.

282. Zoals eerder vermeld zijn de verschillende segmenten binnen deze markten ook betrokken door de voorgenomen concentratie. In de mate dat de concurrentiële analyse niet verschilt van die van de markten als geheel, worden deze segmenten hieronder niet afzonderlijk beoordeeld.

### **VIII.4 Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege aangaande de betrokken markten**

283. **Het College** onderschrijft de conclusie van de auditeur i.v.m. de betrokken markten zoals vermeld in randnr. 281.

284. Hierbij maakt het College de volgende opmerkingen in antwoord op het standpunt van de partijen in reactie op het voorstel van beslissing van de auditeur van 4 juni 2024.

285. Ten eerste hebben partijen tijdens de zitting een algemene kritiek geuit op het feit dat zij tijdens het onderzoek niet in de mogelijkheid zijn geweest om op basis van de ruwe data (van de FOD Volksgezondheid en RIZIV) de berekeningen van het auditoraat te verifiëren.<sup>264</sup> Dezelfde kritiek werd geuit ten opzichte van het gebrek aan inzage in de robuustheidstests die uitgevoerd zijn om de gepastheid van de methodologie die het zwaartepunt vaststelt te beoordelen. Partijen stellen dus dat zij enkel vanuit pragmatisch oogpunt de concentratie hebben aangemeld op basis van marktaandelen zoals berekend door de auditeur.

286. In antwoord op een vraag van het College hebben partijen echter tijdens de hoorzitting aangegeven de methodologie als dusdanig niet in twijfel te willen trekken. Tevens hebben de partijen bevestigd op geen enkel moment aan de auditeur toegang te hebben gevraagd tot deze data gedurende het onderzoek. Daarenboven heeft het auditoraat tijdens de zitting verduidelijkt dat het hier om brondata

---

<sup>264</sup> Zie randnr. 14, 2<sup>e</sup> paragraaf van de SO.

gaat welke de partijen zelf aan officiële instanties geven (voor wat de hospitalisaties betreft) zoals de FOD Volksgezondheid of RIZIV. Tenslotte, heeft de auditeur terecht aangegeven dat de data inzake marktaandeelen ook publiek bekend zijn en dus ook door de partijen na te trekken zijn om de berekeningen inzake hun marktpositie te maken en hieruit conclusies te trekken. Dat dit ook gebeurde blijkt onder meer uit documenten die de partijen zelf hebben medegedeeld, zoals bijvoorbeeld het “Regionaal Zorgstrategisch Plan Netwerk ZAZ”.<sup>265</sup> Het College meent dan ook dat deze kritiek op basis van deze elementen afdoende gedekt werd.

287. Een tweede punt van kritiek van partijen heeft betrekking op de geografische markt waar partijen stellen dat, indien het auditoraat rekening gehouden zou hebben met een reistijd van 30 minuten (in plaats van bijvoorbeeld 25 minuten toepasselijk voor de markt voor hospitalisatie), de marktaandeelen mogelijks lager zouden zijn doordat de geografische markt dan ruimer is.

288. Het College merkt echter op dat het auditoraat hierbij een methodologie gebruikt die gebaseerd is op werkelijke cijfers, d.w.z. de cijfers die overeenkomen met de zorgzone waarin het overgrote deel van de patiënten effectief de relevante diensten afnemen.<sup>266</sup> Op die basis wordt dan vastgesteld wat de relevante reistijd is voor de bepaling van de geografische markt. Dit blijkt *in casu* met name 25 minuten te zijn voor de hospitalisaties en 22 minuten voor gespecialiseerde ambulante zorg rekening houdende met 90% van de omzet die gerealiseerd wordt door patiënten die in postcodes gevestigd zijn vertrekkend vanuit het geografisch zwaartepunt. Het College noteert dat deze tijdslimiet geenszins lukraak gekozen wordt en in wezen ook meer nauwkeurigheid biedt dan een verwijzing naar beslissingspraktijk van andere autoriteiten (ook al zijn deze laatste eveneens relevant). Het College schaarst zich dan ook achter de auditeur in zijn keuze van de reistijd om de relevante geografische markt te bepalen. Ten overvloede merkt het College op dat bij de berekening van de marktaandeelen tevens rekening wordt gehouden met zorgen verstrekt aan patiënten woonachtig binnen het zorggebied door ziekenhuizen die gelegen zijn buiten het zorggebied, wat het marktaandeel van de partijen binnen het zorggebied verder relativeert.

289. Na analyse van de opmerkingen van de partijen op het voorstel van beslissing van de auditeur bevestigt het College dus de conclusies van de auditeur omtrent de betrokken markten.

## **IX. Concurrentiële analyse**

### **IX.1 Inleiding**

#### **IX.1.1 Algemeen**

290. De Concentratie betreft een horizontale concentratie tussen twee algemene ziekenhuizen.

291. Volgens de richtsnoeren van de Europese Commissie<sup>267</sup> zijn er twee belangrijke manieren waarop horizontale concentraties de daadwerkelijke mededinging op significante wijze kunnen belemmeren, met name door het in het leven roepen of versterken van een machtspositie:

---

<sup>265</sup> Bijlage 33 bij de Aanmelding, p. 9-15.

<sup>266</sup> Het feit dat er tevens gebruik wordt gemaakt van een zwaartepunt door het multisite gegeven en dat er ook rekening gehouden wordt met spelers buiten de zone (wat de marktaandeelen eerder conservatief laag houdt), doet geen afbreuk op het feit dat de auditeur weldegelijk een beproefde methode gebruikt om de relevante reistijd te bepalen voor de begrenzing van de lokale markt op basis van het werkelijk gedrag van de patiënten (of consumenten, wanneer het om andere markt gaat).

<sup>267</sup> Europese Commissie, *Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen (2004/C 31/03)*, hierna “Richtsnoeren horizontale fusies”, §22.

- doordat zij belangrijke concurrentiedruk op één of meer ondernemingen wegnemen, hetgeen vervolgens zou leiden tot een grotere marktmacht, zonder dat daarvoor coördinatie van marktgedrag nodig is (niet-gecoördineerde of unilaterale effecten);
- doordat zij de aard van de mededinging zodanig veranderen dat ondernemingen die voorheen hun gedragingen op de markt niet coördineerden, nu in significante mate sterker geneigd zijn hun marktgedrag te coördineren en de prijzen te verhogen of de daadwerkelijke mededinging op andere wijze te belemmeren. Een concentratie kan coördinatie ook eenvoudiger, stabiel en doeltreffender maken voor ondernemingen die al voor de overname coördineerden (gecoördineerde effecten).

292. In het algemeen kunnen niet-gecoördineerde (of unilaterale) horizontale effecten ontstaan wanneer, als gevolg van de Concentratie en een daaruit volgende verminderde concurrentiedruk, de partijen na de concentratie de prikkel en het vermogen hebben om de prijzen te verhogen en/of kwaliteit<sup>268</sup> te verminderen zonder dat er daarvoor een coördinatie met andere concurrenten nodig zou zijn. Bovendien kunnen, als gevolg van de verminderde concurrentiedruk, andere marktspelers, die niet betrokken zijn bij de Concentratie, het op hun beurt voordelig vinden om hun prijzen te verhogen en/of kwaliteit te verminderen, met als gevolg dat er zich aanzienlijke prijsverhogingen en/of kwaliteitsverminderingen over de gehele markt kunnen voordoen. Hieronder wordt onderzocht of dergelijke niet-gecoördineerde horizontale gevolgen zich ten gevolge van de concentratie op lokaal niveau mogelijks bewerkstelligen.

293. Gecoördineerde effecten kunnen zich voordoen wanneer, als gevolg van de Concentratie, de aard van de mededinging zodanig verandert dat de ondernemingen het economisch verkieslijk achten op de markt op een duurzame wijze dezelfde gedragingen te vertonen om hun producten tegen hogere prijzen te verkopen.<sup>269</sup> Coördinatie is waarschijnlijker op markten waar het relatief gemakkelijk is om tot een wederzijds begrip van de coördinatievoorwaarden te komen. Bovendien moet aan drie voorwaarden worden voldaan om tot een duurzame coördinatie te komen: (i) de coördinerende ondernemingen moeten in voldoende mate kunnen controleren of de coördinatievoorwaarden worden nageleefd; (ii) er moet een of ander geloofwaardig disciplineringsmechanisme zijn dat kan worden toegepast indien afwijkend gedrag wordt vastgesteld; en (iii) de reacties van ondernemingen die niet aan de coördinatie deelnemen, zoals potentiële of toekomstige concurrenten, en de reacties van afnemers mogen de resultaten van de coördinatie niet in het gedrang kunnen brengen. Hieronder wordt onderzocht of dergelijke niet-gecoördineerde horizontale gevolgen zich ten gevolge van de concentratie op lokaal niveau mogelijks bewerkstelligen.

## **IX.1.2 Toepassing in de ziekenhuissector**

### **IX.1.2.a Toepassing van het mededingingsrecht in de ziekenhuissector**

294. Wat de ziekenhuissector betreft, is het belangrijk om de niet-marktconforme en gereguleerde aard ervan te benadrukken, in termen van prijs, kwaliteit en geografische spreiding.

295. Ziekenhuizen in België kunnen worden onderverdeeld in twee groepen: openbare ziekenhuizen enerzijds (30%) en private ziekenhuizen anderzijds (70%). De wet is op dezelfde wijze van toepassing op beide type ziekenhuizen. Op dit ogenblik worden alle private ziekenhuizen zonder winstoogmerk

<sup>268</sup> Europese Commissie, *Richtsnoeren horizontale fusies*, §24 e.v.

<sup>269</sup> *Ibid.*, §39.

uitgebaat.<sup>270</sup> Dit betekent dat private ziekenhuizen geen aandelen mogen uitgeven of winsten mogen herverdelen onder personen met zeggenschap. De mededingingswetgeving is echter nog steeds van toepassing op ziekenhuizen omdat zij economische activiteiten uitoefenen die bestaan uit het leveren van gezondheidszorg tegen vergoeding,<sup>271</sup> zoals erkend door de uitgebreide beslissingspraktijk van de Europese Commissie<sup>272</sup> en de nationale mededingingsautoriteiten.<sup>273</sup>

296. Organisaties zonder winstoogmerk, ondanks het feit dat het hun bij wet verboden is om winst uit te keren, hebben nog steeds de mogelijkheid om marktmacht uit te oefenen en het recht om winst te maken. Bij het uitvoeren van hun activiteiten is het hen toegestaan om te beslissen of ze concurreren of samenwerken met andere organisaties. In het specifieke geval van de Belgische ziekenhuizen is een belangrijk deel van de inkomsten afkomstig van overheidsfinanciering, namelijk van de BFM. Zoals hierboven uiteengezet is het BFM een gesloten budget voor ziekenhuizen dat op nationaal niveau wordt vastgelegd bij Koninklijk Besluit en dat aan elk ziekenhuis wordt toegekend in functie van de omvang van zijn activiteiten.<sup>274</sup> Daarom hebben ziekenhuizen, doordat ze winst kunnen maken en deze later opnieuw kunnen herinvesteren, wel degelijk prikkels om met elkaar te concurreren om een groter aandeel van de nationale enveloppe te krijgen en zo hun inkomsten te verhogen. Bovendien hebben ze prikkels om hun inkomsten via ereloon- en kamersupplementen te maximaliseren.<sup>275</sup>

297. De rechtsvorm van de vzw garandeert ook niet automatisch dat partijen geen acties zullen ondernemen die nadelig kunnen zijn voor hun patiënten. De academische literatuur toont aan dat verenigingen zonder winstoogmerk zich niet noodzakelijk anders gedragen dan verenigingen met winstoogmerk. In het specifieke geval van ziekenhuizen is bijvoorbeeld aangetoond (i) dat ziekenhuizen zonder winstoogmerk niet meer liefdadigheidszorg verlenen dan ziekenhuizen met winstoogmerk in reactie op een toename van hun marktmacht; en meer in het algemeen (ii) dat ziekenhuizen zonder winstoogmerk hun marktmacht niet anders aanwenden dan ziekenhuizen met winstoogmerk.<sup>276</sup> Op

---

<sup>270</sup> KCE, "Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system", 2021, Report 229, 115;

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/organisation/types-dhopitaux>.

<sup>271</sup> In 2021 had de sector van de algemene ziekenhuizen een totale omzet van 21,3 miljard euro. FOD Volksgezondheid, *Blikvanger gezondheidszorg – Algemene ziekenhuizen*, Brussel, 2023, 23; Fornaciari, D., & Callens, S. (2012). Competition rules and health care players: principles and consequences. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 25(5), 379-386.

<sup>272</sup> Mededeling van de Commissie betreffende het begrip "staatssteun" in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (2016/C 262/01), §26: "In vele andere lidstaten bieden ziekenhuizen en andere zorgaanbieders hun diensten aan tegen betaling, hetzij rechtstreeks door patiënten, hetzij door hun verzekering (40). In die stelsels speelt er een zekere mate van concurrentie tussen ziekenhuizen wat betreft het aanbieden van zorgdiensten. Waar dit het geval is, is het enkele feit dat een zorgdienst wordt verricht door een publiek ziekenhuis niet voldoende om de activiteit als niet-economisch aan te merken."

<sup>273</sup> Het directoraat-generaal Mededinging van de Europese Commissie heeft de afgelopen jaren 68 concentraties in de ziekenhuissector behandeld. De ACM in Nederland heeft ook uitgebreide ervaring op dit gebied, waaronder de analyse van 15 ziekenhuisconcentraties tussen 2021 en 2023. De Franse mededingingsautoriteit heeft op haar beurt 122 adviezen en beslissingen in de gezondheidszorgsector aangenomen, waaronder in concentratiecontrole. In sommige buurlanden, zoals Nederland, is de vraag gerezen of de ziekenhuissector onderworpen moet worden aan concentratiecontrole, maar is daar positief over geoordeeld. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van een beslissingspraktijk en een grote hoeveelheid literatuur over dit onderwerp, die de voordelen van complementair overheidsbeleid benadrukt.

<sup>274</sup> *Supra* afd. VI.3.4.a.

<sup>275</sup> BMA, ABC-2023-C/C-50 21 december 2023, CONC-C/C-23/0018, *Centre hospitalier universitaire et psychiatrique de Mons Borinage SCRL/ASBL Pole hospitalier Jolimont*, §27.

<sup>276</sup> Gaynor, M., & Vogt, W. B. Competition among Hospitals, *RAND Journal of Economics*, 2023, 34(4), 764–785; Capps, C. S., Carlton, D. W., & David, G. (2020). Antitrust treatment of nonprofits: Should hospitals receive special care?. *Economic Inquiry*, 58(3), 1183-1199; et Rabbani, M. (2021). Non-profit hospital mergers: the effect on healthcare costs and utilization. *International Journal of Health Economics and Management*, 21(4), 427-455.

basis hiervan concluderen deze studies dat er geen reden is voor mededingingsautoriteiten om milder te zijn voor ziekenhuizen zonder winstoogmerk, louter omwille van hun status.<sup>277</sup>

298. In elk geval blijft het mededingingsrecht flexibel genoeg om rekening te houden met elke specificiteit van organisaties zonder winstoogmerk die in aanmerking dient te worden genomen bij de beoordeling van concentraties. In de specifieke context van de Belgische ziekenhuissector is het belangrijk om rekening te houden met de huidige regelgeving die van toepassing is op ziekenhuizen op het gebied van prijzen, kwaliteit en geografische spreiding – zoals hieronder verder wordt toegelicht.

299. Bijgevolg is het algemeen aanvaard dat het mededingingsrecht van toepassing is op de ziekenhuissector, ondanks haar non-profit aard en ondanks het feit dat de ziekenhuissector steeds meer in de belangstelling komt te staan omwille van de ontwikkelingen in de sector en de beperkingen waarmee de sector in veel lidstaten van de Europese Unie wordt geconfronteerd, met name op het vlak van financiering.

300. **Het College** deelt de conclusie en redenering van de auditeur wat betreft de toepasselijkheid van het mededingingsrecht op de ziekenhuissector.

#### **IX.1.2.b Gereguleerde aard van de ziekenhuissector**

301. De auditeur merkt op dat de ziekenhuissector sterk gereguleerd is op het gebied van prijs, kwaliteit en geografische spreiding – zowel wat betreft de markt voor hospitalisaties als de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg.

302. Wat de tarieven betreft, liggen deze vast voor het grote deel van de zorg en diensten die door ziekenhuizen worden verstrekt. Ziekenhuizen kunnen echter supplementen voor eenpersoonskamers en het maximumpercentage van ereloon-supplementen verbonden aan een eenpersoonskamer vaststellen (in het geval van hospitalisaties). Ze kunnen ook invloed hebben op de supplementen voor zorg die wordt verleend door niet-geconventioneerde artsen (in het geval van gespecialiseerde ambulante zorg). In de praktijk kunnen ziekenhuizen ofwel een verplichting tot conventionering opleggen aan de artsen die er werken, ofwel eisen dat een bepaald deel van de zorgverlening (of alles) onder geconventioneerd tarief wordt uitgevoerd, ofwel een maximumpercentage vastleggen voor de ereloon-supplementen die door artsen mogen worden aangerekend.

303. Wat de kwaliteitsaspecten betreft, wordt kwaliteit in dit geval gedefinieerd als de algemene kwaliteit van de zorgverlening. Dit kan worden weergegeven door een aantal waarneembare indicatoren. Er is echter geen algemene indicator die kan worden gebruikt om dit op exhaustieve wijze te meten. Daarom wordt de term “kwaliteit” gebruikt om te verwijzen naar de algehele kwaliteit van de zorgverlening. Aspecten die verband houden met de toegankelijkheid en diversiteit van het zorgaanbod worden afzonderlijk behandeld.

304. Ziekenhuizen moeten voldoen aan kwaliteitscriteria om hun erkenningen en activiteiten te behouden.<sup>278</sup> Het staat ziekenhuizen echter vrij om zorg aan te bieden die de voorgeschreven kwaliteit

---

<sup>277</sup> Zie ook BMA, ABC-2023-C/C-50 21 december 2023, CONC-C/C-23/0018, *Centre hospitalier universitaire et psychiatrique de Mons Borinage SCRL/ASBL Pole hospitalier Jolimont*, §26.

<sup>278</sup> Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, xxxii en <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/les-professionnels-de-soins-de-sante/qualite/des-inspecteurs-d-hygiene-a-la-commission-federale-de-contrôle>.

overschrijdt om meer patiënten aan te trekken ten koste van andere ziekenhuizen en zo hun inkomsten te verhogen.<sup>279</sup>

305. Minimum kwaliteitscriteria voor gezondheidszorg binnen ziekenhuizen zijn geïntegreerd in de criteria voor de erkenningen die specifiek zijn voor de diensten, afdelingen, functies en zorgprogramma's van het ziekenhuis. Controlemaatregelen zorgen ervoor dat ziekenhuizen op alle niveaus van structuur, processen en resultaten aan deze kwaliteitscriteria voldoen. Deze controles kunnen leiden tot het intrekken van erkenningen voor bepaalde medische activiteiten en daarmee mogelijk de voortzetting van de activiteit in gevaar brengen. Sinds 1 juli 2014 is de beoordeling van de ziekenhuiskwaliteit de exclusieve verantwoordelijkheid van de gefedereerde entiteiten.<sup>280</sup> De prestaties van de gezondheidszorg worden regelmatig gecontroleerd door de bevoegde overheidsinstanties. Zoals alle Europese landen heeft België zich er tegenover de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) toe verbonden om zijn gezondheidszorgsysteem regelmatig te evalueren.<sup>281</sup> De recente hervormingen van de Belgische gezondheidszorg werden vooral ingegeven door de doelstelling om de toegang tot kwaliteitsvolle diensten verder te verbeteren en tegelijk de financiële leefbaarheid en efficiëntie van het systeem te behouden.<sup>282</sup> Het Belgische gezondheidszorgsysteem wordt beschreven en beoordeeld door internationale instanties zoals het European Observatory on Health Systems and Policies dat in 2019 concludeerde dat de algemene toegang tot hoogwaardige gezondheidszorgdiensten in België goed is. De Belgische federale en gefedereerde gezondheidsautoriteiten zijn verantwoordelijk voor het toezicht op de kwaliteit van de gezondheidsactiviteiten en de instellingen waar ze worden verstrekt.

---

<sup>279</sup> Een voorbeeld hiervan zijn de erkenningen. De erkenning van zorginstellingen is een methode van externe evaluatie, meestal vrijwillig, die verwijst naar een professioneel proces waarbij een zorginstelling bewijst dat zij in haar werking en praktijken voldoet aan een reeks geformaliseerde vereisten die beschikbaar zijn in de vorm van een handboek, d.w.z. de "benchmark" die wordt aanbevolen door de instelling die de erkenning verleent. Zie

[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/donnees\\_phares\\_soins\\_de\\_sante\\_hg\\_v07.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/donnees_phares_soins_de_sante_hg_v07.pdf).

<sup>280</sup> Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, 134-136. Vrije vertaling (p. 136): "In Vlaanderen worden onaangekondigde inspecties uitgevoerd, waarbij een zorgtraject van een bepaald type patiënt wordt gevolgd. Daarnaast meet het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP<sup>2</sup>) de kwaliteit van de zorg in de meeste Vlaamse algemene ziekenhuizen. De ziekenhuizen kiezen zelf welke indicatoren ze meten. De resultaten verschijnen (als het ziekenhuis akkoord gaat) op een website [www.zorgkwaliteit.be](http://www.zorgkwaliteit.be) (Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid). De Duitstalige Gemeenschap organiseert regelmatig aangekondigde kwaliteitsinspecties in ziekenhuizen in samenwerking met de Vlaamse organisatie. In Brussel en het Waalse Gewest heeft Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS) kwaliteitsindicatoren opgesteld in nauwe samenwerking met de sector voor ziekenhuizen voor benchmarking (elk ziekenhuis ontvangt zijn eigen resultaten in vergelijking met het gemiddelde) (PAQS, 2018) Toch worden deze gegevens nog niet op een systematische manier verzameld. In het geval van een ziekenhuiserkenning, die vrijwillig is, beoordeelt een externe organisatie de mate waarin het ziekenhuis kwaliteitsvolle en veilige zorg biedt. Sinds 2008 kunnen ziekenhuizen voor een beperkt aantal jaren erkend worden; een toenemend aantal ziekenhuizen heeft een erkenning verkregen (58% in 2019) of is bezig met het verkrijgen van een erkenning (27% in 2019)."

<sup>281</sup> Dit proces staat bekend als Health System Performance Assessment (HSPA). Zie <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/248-pourquoi-mesurer-la-performance-du-systeme-de-sante-belge>.

<sup>282</sup> Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, xxxii. Vrije vertaling: "Het waarborgen van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de duurzaamheid van het gezondheidssysteem bestaan al lang als beleidsdoelstellingen. Tussen 2014 en 2019 waren kwaliteit en efficiëntie bijkomende belangrijke doelstellingen. Dit heeft geresulteerd in de uitvoering van verschillende maatregelen om de structuur en de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. Zo werden "multidisciplinaire en geïntegreerde zorg", "expertiseconcentratie", "zorgtrajecten voor patiënten", "patiënt-empowerment", "evidence-based medicine", "resultaatgerichte zorg" en de "one health"-benadering bevorderd en werd de regulering van gezondheidswerkers geherstructureerd. Een eHealth-plan heeft zich ook gericht op het verbeteren van de informatie-uitwisseling tussen zorgverleners en -instellingen, waaronder de digitalisering van medische dossiers, elektronisch voorschrijven en de toegang van patiënten tot hun persoonlijke gezondheidsinformatie. De Belgische gezondheidszorg is ook geëvolueerd om het hoofd te bieden aan de vergrijzing, de toename van chronische ziekten en de ontwikkeling van nieuwe technologieën."

306. De kwaliteit van de medische zorg is een bepalende factor in de keuze van de patiënt.<sup>283</sup> Een van de essentiële kenmerken van de Belgische gezondheidszorg is de keuzevrijheid van de patiënt. Patiënten kunnen hun zorgverlener kiezen en hun aanvankelijke keuze op elk moment wijzigen. Op dezelfde manier kunnen patiënten ook het ziekenhuis kiezen waar ze behandeld willen worden. De aard van de ziekenhuisdiensten en ambulante zorgdiensten is extreem complex en heterogeen, wat de biologische complexiteit van de mens weerspiegelt. De kwaliteit van de zorg in ziekenhuizen kan daarom niet worden samengevat in één enkele indicator. Integendeel, door de pluraliteit kan deze alleen worden weergegeven door middel van een reeks indicatoren, waarvan het postoperatieve sterftecijfer, de verblijfsduur en het percentage heropnames de belangrijkste zijn.

307. Wat de geografische spreiding van ziekenhuizen betreft, kunnen Belgische ziekenhuizen geen autonome locatiekeuzes maken. De oprichting en accreditatie van een ziekenhuis, een ziekenhuisfunctie, een medische dienst, een zorgprogramma en/of een medisch-technische dienst wordt streng gecontroleerd en moet passen in de nationale planningsstrategie die door de regulator is ontworpen.<sup>284</sup> De implementatie van samenwerkingsplannen tussen ziekenhuizen – via ziekenhuisgroepen, verenigingen of concentraties – kan echter gevolgd worden door een verplaatsing van activiteiten tussen locaties en/of ziekenhuizen,<sup>285</sup> met mogelijke gevolgen voor de afstand tussen patiënten en ziekenhuizen, vertragingen en wachttijden,<sup>286</sup> etc.

308. De vraag rijst dan ook hoe de concurrentieanalyse die gewoonlijk door mededingingsautoriteiten wordt uitgevoerd, op de ziekenhuissector kan worden toegepast – en waar nodig aangepast – wanneer belangrijke strategische variabelen zoals prijs, kwaliteit en geografische distributie (ten minste gedeeltelijk) worden gereguleerd en de partijen geen winstoogmerk hebben.

309. De economische theorie voorspelt dat in situaties waar prijzen, kwaliteit en locatie sterk maar niet volledig gereguleerd zijn, concentraties toch kunnen leiden tot concurrentiebeperkende effecten. In het specifieke geval van ziekenhuizen zouden concentraties de concurrentie kunnen verminderen en consumenten op verschillende manieren kunnen schaden:

- Hoewel de meeste **tarieven** gereguleerd zijn, hebben ziekenhuizen nog steeds het recht om hun eigen tarieven te bepalen voor verschillende activiteiten, waaronder (i) kamersupplementen; (ii) het maximumniveau van niet-conventionele vergoedingen; en (iii)

---

<sup>283</sup> Art. 6 wet van 6 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002; Gerkens, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22, 53; BMA, ABC-2023-C/C-50 21 december 2023, CONC-C/C-23/0018, *Centre hospitalier universitaire et psychiatrique de Mons Borinage SCRL/ASBL Pole hospitalier Jolimont*, §27.

<sup>284</sup> Art. 36 Ziekenhuiswet stelt: “Bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en]3 na het advies te hebben ingewonnen van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, stelt de Koning de criteria vast die van toepassing zijn voor de programmatie van de verschillende soorten van ziekenhuizen, zorgprogramma's ziekenhuisdiensten, ziekenhuisafdelingen, ziekenhuisfuncties en ziekenhuisgroeperingen, met het oog onder meer op hun specialisatie, hun capaciteit, hun uitrusting en de coördinatie van hun installaties en van hun werkzaamheden, rekening houdende met de algemene en speciale behoeften van de bevolking voor welke verzorging ze moeten instaan binnen een vast te stellen gebied.” In de praktijk bepaalt de federale regering elk jaar het aantal geprogrammeerde bedden voor heel België per type dienst (volgens een classificatie die bekend staat als de “beddenindex”) op basis van de criteria in het Koninklijk Besluit van 21 maart 1977 en de bevolkingscijfers. Zie Document met uitleg over de federale programmatiescijfers, 8 oktober 2020, beschikbaar op:

[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/20201008\\_uitlegdocument\\_federale\\_programmatie\\_f.r.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20201008_uitlegdocument_federale_programmatie_f.r.pdf); Ben Messaoud, S., Coëffé, M., & Pouppez, C. (2021). Les grands axes de la législation hospitalière. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, 35-36, 61-85, §37.

<sup>285</sup> KCE, “Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system”, 2021, Report 229, 93.

<sup>286</sup> Wat betreft de kwestie van de wachttijden, neemt het auditoraat nota van een recent rapport van KCE, waarin wordt uitgelegd dat de definitie, constructie en interpretatie van dergelijke gegevens onderhevig zijn aan verschillende voorbehouden, en dat de bestaande academische literatuur over het verband tussen wachttijden en gezondheidsresultaten nog steeds onduidelijk is. Zie KCE, “Evaluatie en monitoring van wachttijden in de gezondheidszorg: How to proceed in Belgium? ”, 2024, Rapport 383, 21 en 53-83.

het aandeel van de ziekenhuisactiviteiten met niet-conventionele vergoedingen. In dit opzicht kunnen er nog steeds effecten op de prijzen optreden – ten minste voor een subgroep van gezondheidsdiensten.

- Wat **kwaliteit** betreft, moeten Belgische ziekenhuizen aan verschillende criteria voldoen en een minimumniveau van hygiëne, veiligheid en zorgkwaliteit garanderen.<sup>287</sup> Kwaliteitscontroles verminderen dus de mate waarin die kwaliteit kan verslechteren na de concentratie. Dit risico wordt echter niet volledig geëlimineerd. Als de kwaliteit vóór de concentratie hoger is dan de wettelijke norm, kan de vermindering van de concurrentiedruk na de concentratie prikkels creëren om de kwaliteit te verlagen. Er zijn ook bepaalde kwaliteitsaspecten die nauwelijks waarneembaar en dus ongereguleerd zijn, maar die toch door concentraties beïnvloed zouden kunnen worden. Aan de andere kant kunnen concentraties dynamische effecten teweegbrengen en ziekenhuizen stimuleren om te investeren in dure apparatuur, nieuwe technologieën toe te passen en te innoveren. Bij de beoordeling van het effect van de concentratie op kwaliteit wordt rekening gehouden met al deze aspecten.
- Wat de **locatie** betreft, is het voor ziekenhuizen niet mogelijk om eenzijdig te beslissen hoeveel locaties ze mogen hebben, noch waar ze deze mogen vestigen. Niettemin kunnen ziekenhuisfusies in sommige gevallen leiden tot een herverdeling van gezondheidsdiensten over de bestaande locaties van de partijen of tot de oprichting/sluiting van bepaalde locaties. Om die reden wordt in de concurrentiële analyse eveneens rekening gehouden met de gevolgen van de Concentratie op het vlak van de toegankelijkheid en de diversiteit.

310. **Het College** is er zich van bewust dat deze Concentratie zich afspeelt in een specifieke sector gekenmerkt door een verstrekkend gereguleerd kader, waar principiële uitgangspunten een doorslaggevende rol spelen, zoals de keuzevrijheid van de patiënt en de hoge eisen inzake kwaliteitsvolle gezondheidszorg, dit alles binnen een financieel leefbaar en efficiënt systeem.

311. Het College erkent dat de activiteiten waar de concurrentie in deze sector speelt beperkt zijn, maar dat er desalniettemin bijzondere aandacht moet geschonken worden aan een situatie waarbij een vermindering van die – beperkte – concurrentie zou kunnen leiden tot nadelige effecten voor de patiënten.

312. De aanmeldende partijen stelden in hun schriftelijke opmerkingen dat het risico op de beperking van de mededinging op het vlak van de prijzen zeer beperkt zou zijn omdat de ereloonsupplementen en kamersupplementen slechts een marginaal deel zouden uitmaken van de totale omzet van elk van de bij de Concentratie betrokken ziekenhuizen: concreet zou bij GZA en ZNA respectievelijk [VERTROUWELIJK]% en [VERTROUWELIJK]% van de totale omzet gereguleerd zijn. Het College is evenwel van mening dat er ook rekening moet worden gehouden met de eigen of absolute cijfers van genoemde activiteiten waarop de concurrentie een rol speelt (dus niet alleen met het aandeel dat deze activiteiten vertegenwoordigen in de omzet van de ziekenhuizen), aangezien een prijsverhoging voor deze activiteiten een effect kan hebben op de facturatie aan de patiënten. Tenslotte zegt de impact op de omzet van partijen weinig over de impact van ereloonsupplementen of kamersupplementen op de individuele patiënten.

---

<sup>287</sup> *Supra* afd. VI.3.6.

313. Het College erkent tenslotte dat er een spanningsveld kan bestaan tussen het ziekenhuisbeleid en het mededingingsrecht. Waar de overheid verregaande samenwerking in de vorm van netwerken aanmoedigt en ziekenhuizen onder meer verplicht om de capaciteit en de kwaliteit van de zorgverstrekking te optimaliseren, leidt dit tot verhoogde communicatie en transparantie tussen de ziekenhuizen wat een negatieve weerslag kan hebben op de activiteiten waar de ziekenhuizen op autonome wijze concurrentie kunnen voeren. Dit spanningsveld mag overigens geenszins overdreven worden. In de mate dat het ziekenhuisbeleid van de overheid ruimte laat voor restconcurrentie mag redelijkerwijze aangenomen worden dat de aanmoediging tot samenwerking niet bedoeld is om op dit stuk de mededingingsregels (die er onder meer toe strekken de belangen van de patiënten, als consumenten, te behartigen) niet te respecteren.

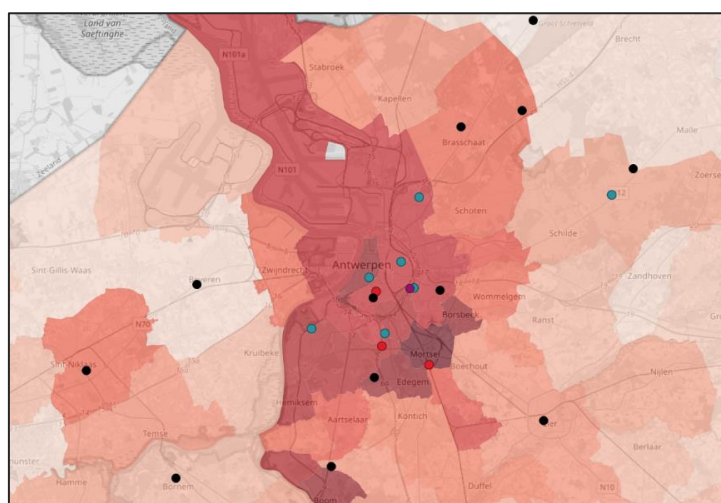
#### **IX.1.2.c De toepassing op de aanmeldende partijen**

314. In deze zaak betreft de Concentratie GZA en ZNA twee algemene ziekenhuizen met een universitair karakter in de Antwerpse agglomeratie. GZA heeft drie ziekenhuisvestigingen, terwijl ZNA zeven ziekenhuisvestigingen heeft.<sup>288</sup>

315. Deze zorgzone wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van andere concurrerende algemene ziekenhuizen, zoals AZ Monica (twee ziekenhuisvestigingen in Antwerpen), UZA (één ziekenhuisvestiging in Edegem) en AZ Klina (twee ziekenhuisvestigingen in Brasschaat en één ziekenhuisvestiging in Wuustwezel).

316. Op ruimere schaal wordt het verzorgingsgebied waarin de aanmeldende partijen gevestigd zijn, ook gekenmerkt door de aanwezigheid van andere concurrerende algemene ziekenhuizen zoals AZ Voorkempen (één ziekenhuislocatie gelegen in Malle) en AZ Rivierenland (drie ziekenhuislocaties gelegen in respectievelijk Rumst, Bornem en Willebroek) – die beide het Helix-netwerk vormen met AZ Monica, AZ Klina en UZA – en zoals Heilig Hart Ziekenhuis Lier (één ziekenhuislocatie gelegen in Lier).

317. Er moet worden opgemerkt dat dit gebied zeer dichtbevolkt is. Zoals blijkt uit onderstaande figuur, liggen in dit gebied de vier dichtstbevolkte gemeenten van Vlaanderen, namelijk Mortsel (met gemiddeld 3.390 inwoners per km<sup>2</sup>), Borsbeek (met gemiddeld 2.899 inwoners per km<sup>2</sup>), Antwerpen (met gemiddeld 2.638 inwoners per km<sup>2</sup>) en Edegem (met gemiddeld 2.611 inwoners per km<sup>2</sup>).<sup>289</sup>



<sup>288</sup> *Supra* §220220.

<sup>289</sup> Zie <https://statbel.fgov.be/en/themes/population/structure-population/population-density>.

Bron: STATBEL<sup>290</sup> voor bevolkingsdichtheid en FOD Volksgezondheid<sup>291</sup> voor geolocatie van ziekenhuizen.

Opmerking: Bevolkingsdichtheid per km<sup>2</sup> in 2023. De donkere gebieden geven de postcodes met de hoogste bevolkingsdichtheid weer, en de lichte gebieden de postcodes met de laagste bevolkingsdichtheid. De sites van GZA worden weergegeven in blauw, terwijl de sites van ZNA worden weergegeven in rood. Het zwaartepunt berekend door het auditoraat wordt weergegeven in paars. De locaties van concurrerende bedrijven worden gepubliceerd in de lokale krant.

## **IX.2 Unilaterale effecten**

### **IX.2.1 Inleiding**

318. Een horizontale concentratie kan unilaterale effecten of niet-gecoördineerde effecten veroorzaken wanneer zij de fusieonderneming in staat stelt om marktmacht op te bouwen of te versterken. De Commissie definieert marktmacht in de richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale concentraties als: *“de mogelijkheid voor een of meer ondernemingen om op winstvergroten de wijze de prijzen te verhogen, de productie te verlagen, de keuze aan producten of diensten te verkleinen, de kwaliteit van producten of diensten te verlagen, innovatie af te remmen of op andere wijze de krachtlijnen van de concurrentie te beïnvloeden.”*<sup>292</sup> Unilaterale effecten kunnen ook resulteren in de oprichting of versterking van een dominante positie, waardoor het bedrijf een onafhankelijk gedrag kan vertonen, in een aanzienlijke mate, ten opzichte van elke concurrentiedruk.

319. De waarschijnlijkheid en omvang van unilaterale effecten hangt af van de marktmacht van de gecombineerde entiteit, het belang van de overblijvende concurrentie en de algehele concurrentiedynamiek op de relevante markten na de transactie.

320. Wat de concurrentiële parameters betreft, wordt in deze afdeling in het bijzonder nagegaan hoe de Concentratie de prijzen, kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten van de partijen zal beïnvloeden, en hoe deze situatie zich verhoudt tot de hypothetische situatie waarin de Concentratie niet plaatsvindt.

321. De meeste prijzen voor zorgdiensten worden, zoals hierboven uitgelegd, vastgesteld door de regelgevende instellingen. Daarom zal de Concentratie naar verwachting geen invloed hebben op de overgrote meerderheid van de prijzen. Ziekenhuizen mogen echter zelf bepaalde prijzen vaststellen, namelijk de kamersupplementen voor eenpersoonskamers.<sup>293</sup> Bovendien worden de ziekenhuizen verplicht om het maximumpercentage van ereloon-supplementen die door de artsen aangerekend kunnen worden, vast te leggen in hun algemene regeling. Na de Concentratie kunnen de partijen een prikkel hebben om deze prijzen en maximumpercentages te aligneren of zelfs te verhogen. Het is ook mogelijk dat de partijen na de Concentratie het aandeel van hun activiteiten waarvoor niet-geconventioneerde erelonen gelden, verhogen in het geval van gespecialiseerde ambulante zorg.

322. Ziekenhuizen concurreren op basis van de kwaliteit van hun zorgaanbod om patiënten aan te trekken en zo meer financiering te ontvangen. Wat kwaliteit betreft, behoren de partijen tot de beste ziekenhuizen ter wereld.<sup>294</sup> De vermindering van concurrentiedruk na de Concentratie zou de partijen minder kunnen stimuleren om kwaliteit als instrument te gebruiken om patiënten aan te trekken. In principe zouden de partijen het algemene, meetbare kwaliteitsniveau van hun zorgaanbod kunnen

---

<sup>290</sup> Zie <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking/bevolkingsdichtheid>.

<sup>291</sup> Zie <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/delen-van-gezondheidsgegevens/gezondheidszorginstellingen>.

<sup>292</sup> Europese Commissie, *Richtsnoeren horizontale fusies*, 2004/C 31/03, §8.

<sup>293</sup> *Infra* afd. IX.2.2.b.

<sup>294</sup> GZA wordt bijvoorbeeld door Newsweek en Statista gerekend tot de beste ziekenhuizen ter wereld in 2024: <https://www.newsweek.com/rankings/worlds-best-hospitals-2024/belgium>.

verlagen tot het niveau waarbij aan de wettelijke vereisten wordt voldaan, en/of het kwaliteitsniveau verlagen van de onderdelen die niet door de autoriteiten wordt gereguleerd.

323. Voorts kan de vermindering van concurrentiedruk na de Concentratie een concurrentiebeperkend effect hebben op de toegankelijkheid ervan voor patiënten. De Concentratie zou de partijen kunnen aanmoedigen om hun activiteiten te herorganiseren tussen hun verschillende ziekenhuislocaties. Sommige specifieke diensten zouden geografisch kunnen worden herverdeeld door de sluiting van bepaalde ziekenhuislocaties, de oprichting van andere ziekenhuislocaties of de herverdeling van activiteiten tussen bestaande ziekenhuislocaties. Hoewel ziekenhuizen geen reden hebben om de toegankelijkheid van hun gezondheidszorgaanbod te beperken, zou een dergelijke herstructurering onbedoeld de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten voor bepaalde patiënten kunnen beïnvloeden.

324. In dit onderdeel onderzoekt het auditoraat de unilaterale effecten van de Concentratie op de twee algemene betrokken lokale markten, namelijk de lokale markt voor hospitalisaties en de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg. Daartoe onderzoekt het auditoraat eerst de mogelijke unilaterale effecten op de prijzen van het zorgaanbod van de partijen. Vervolgens richt het auditoraat zich op de unilaterale effecten met betrekking tot de kwaliteit van hun zorgaanbod, en tot slot gaat het auditoraat in op de unilaterale effecten met betrekking tot de toegankelijkheid van het zorgaanbod van de partijen.

325. **Het College** deelt het analytisch kader van de auditeur omtrent de mogelijke unilaterale effecten van de Concentratie. Meer bepaald is het College het eens met de omvang van de analyse wat betreft tarieven voor zover deze geen deel uitmaken van bindende regelgeving (nl. ereloon-supplementen, éénkamersupplementen, aandeel aan niet-geconventioneerde tarieven in de ambulante zorg) en waar partijen dus vrij zijn om te concurreren. Voorts deelt het College de conclusie van de auditeur dat ook de unilaterale effecten op kwaliteit en toegankelijkheid van het zorgaanbod relevant zijn voor de concurrentiële analyse.

### **IX.2.2 Analyse van de unilaterale effecten op prijzen**

326. Binnen de Belgische ziekenhuissector kunnen ziekenhuizen op grond van de geldende regelgeving toch een invloed hebben op de vaststelling van prijzen. Deze omvatten, maar zijn niet beperkt tot,<sup>295</sup> kamersupplementen en het maximumpercentage van ereloon-supplementen voor eenpersoonskamers in het geval van hospitalisaties; en eventueel het maximumpercentage van ereloon-supplementen voor zorg verleend door artsen die niet-geconventioneerd zijn in het geval van gespecialiseerde ambulante zorg.

327. In principe geldt dat hoe hoger het marktaandeel van een speler, hoe groter de kans dat deze speler marktmacht bezit. En hoe groter de samenvoeging van marktaandelen, hoe groter de kans dat de concentratie zal leiden tot een significante toename van marktmacht.

---

<sup>295</sup> Partijen verwijzen ook naar de niet-gereguleerde tarieven voor de medische prestaties van de pseudonomenclatuur (Aanmeldingsformulier, §134). De pseudonomenclatuur verwijst naar prestaties waarvoor geen nomenclatuurnummer is vastgesteld en waarvoor het ziekenhuis evenmin financiering ontvangt via het BFM. Zowel ZNA als GZA omkaderen de tarieven van de prestaties onder de pseudonomenclatuur, die door de Medische Raad, de Raad van Bestuur en de betrokken diensten moeten worden goedgekeurd en zullen volgens dezelfde principes deze prestaties voor de gefuseerde onderneming bepalen. Partijen beschouwen dat de concentratie geen aanleiding geeft aan negatieve gevolgen voor deze prestaties. Aangezien uit het onderzoek geen risico's of bezorgdheden worden geïdentificeerd in verband met de prestaties van de pseudonomenclatuur worden deze prestaties niet verder besproken in het voorstel van beslissing.

328. Aangezien de ziekenhuissector een sterk geregleerde sector betreft, moet de hoogte van de marktaandeelen als indicator voor het bestaan van aanzienlijke marktmacht worden gerelativeerd.

329. Om de waarschijnlijkheid van een risico op een unilateraal effect na de Concentratie op de niet-geregleerde prijzen van de zorgdiensten van de partijen te beoordelen, heeft het auditoraat dan ook een bijkomende analyse uitgevoerd waarbij niet alleen rekening werd gehouden met de hoogte van de marktaandeelen van de partijen op de lokale markt voor hospitalisaties en op de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg, maar ook met de verschillen in het niet-geregleerde prijsbeleid tussen de partijen. Als onderdeel van deze analyse wordt onderzocht of een van de partijen de prijzen of maximum supplementen van haar zorgaanbod naar boven zou aanpassen om die van de andere partij te evenaren, en/of dat de partijen beide de prijzen of maximum supplementen van hun zorgaanbod zouden verhogen.

330. Het auditoraat onderzocht hierbij de mogelijke unilaterale gevolgen van de Concentratie op:

- de ereloonsupplementen en kamersupplementen in verband met eenpersoonskamers van de partijen op de lokale markt voor hospitalisaties;
- de ereloonsupplementen van niet-geconventioneerde artsen op de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg; en
- de afdrachten van de erelonen betaald door artsen aan de partijen, zowel voor de lokale markt voor hospitalisaties als voor de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg.

#### **IX.2.2.a Analyse van de impact van de Concentratie op ereloonsupplementen (markt voor hospitalisaties)**

##### ***i) Inleiding***

331. Ereloonsupplementen voor de hospitalisatie in een eenpersoonskamer zijn niet-geregleerde tariefcomponenten die specifiek zijn aan hospitalisaties en die niet moeten worden verward met kamersupplementen (de verblijfskosten, *infra* IX.2.2.b). Ereloonsupplementen vormen het deel van de supplementen ten aanzien van de RIZIV-tarieven (hierna ook “verbintenistarieven”) die artsen mogen aanrekenen bij de hospitalisatie van een patiënt in een eenpersoonskamer. Artikel 97, §1 van de Ziekenhuiswet bepaalt dat supplementen enkel mogen worden aangerekend aan patiënten die in een eenpersoonskamer worden opgenomen, met uitzondering van situaties waarin de toewijzing van een eenpersoonskamer niet op verzoek van de patiënt gebeurt. Bovendien moet de aanrekening van ereloonsupplementen in de algemene regeling van het ziekenhuis worden opgenomen om wettelijk afdwingbaar te zijn.<sup>296</sup>

332. De auditeur heeft onderzocht of de Concentratie een risico op een verhoging van deze maximumtarieven met zich meebracht.

##### ***ii) Standpunt van de aanmeldende partijen***

333. Als preliminaire bemerking onderstrepen partijen de hoge regulering van de sector. Aanzienlijke subsidies worden verleend om de kosten van intramurale en extramurale kosten te dekken. De prijzen van de zorg (direct of indirect) worden eveneens geregleerd door de bevoegde

---

<sup>296</sup> Art. 144, §3 Ziekenhuiswet.

gezondheidsautoriteiten. De prijseffecten van de Concentratie zouden bijgevolg onwaarschijnlijk zijn en zich enkel op niet-gereguleerde tarieven kunnen voordoen.<sup>297</sup>

334. De voorgenomen Concentratie zou, volgens partijen, geen risico meebrengen op een stijging van de niet-gereguleerde tarieven, toegepast in het kader van hospitalisaties, met betrekking tot maximumtarieven van ereloonsupplementen.<sup>298</sup>

335. Partijen verduidelijken dat de toekomstige financiële regeling nog steeds in onderhandeling is. De toekomstige financiële regeling zal de maximumtarieven van de ereloonsupplementen bepalen. In het kader van deze onderhandelingen worden verschillende principes voorlopig afgesproken en hernomen in het aanmeldingsformulier. Deze betreffen [VERTROUWELIJK]

.<sup>299</sup> Deze voorlopige principes kunnen worden gewijzigd eens er een overeenkomst is bereikt over de volledige financiële regeling.

336. Bijkomend wijzen partijen op de onmogelijkheid om de maximumtarieven voor ereloonsupplementen te verhogen gezien de bevriezing van de maximumtarieven ingevolge de collectieve overeenkomst van de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen d.d. 12 mei 2022. De collectieve overeenkomst is algemeen verbindend verklaard bij Koninklijk besluit van 20 juli 2022, vanaf januari 2022 tot 31 december 2023 en verbiedt een verhoging van de maximumtarieven voor ereloonsupplementen zoals bepaald in de algemene regeling (“standstill”).<sup>300</sup> De standstill is recent verlengd tot eind 2024. Partijen kaarten hierbij de opvolging van ereloonsupplementen door de overheid aan die deze op termijn volledig wenst af te bouwen.

### ***iii) Onderzoek***

#### ***a. Beschrijving van het beleid over ereloonsupplementen bij ZNA en GZA***

337. Wat ZNA betreft, dateert de huidige financiële regeling (die in haar geheel deel uitmaakt van de algemene regeling van ZNA) van 2009. Deze voorziet zowel voor klassieke hospitalisaties als voor daghospitalisaties in [VERTROUWELIJK]

.301

338. Een lijst van de medische prestaties onderworpen aan 100% en aan 200% maximumtarieven voor ereloonsupplementen is gepubliceerd op de website van ZNA (laatste update op 2 december 2021).<sup>302</sup> Er blijkt dat 22 medische prestaties zijn onderworpen aan het maximumtarief van 100% en 19 aan het maximumtarief van 200%. Volgens deze tabel mogen geen ereloonsupplementen worden aangerekend voor een hospitalisatie gelinkt aan diëtisten of psychologen.

---

<sup>297</sup> Aanmeldingsformulier, §129.

<sup>298</sup> *Ibid.*, §130.

<sup>299</sup> *Ibid.*, §131.

<sup>300</sup> Partijen hebben elk de maximumtarieven voor ereloonsupplementen, zoals wettelijk vereist, effectief opgenomen in de Financiële Regeling (d.i. het financiële luik van de algemene regeling). Zie antwoord op VOI van 31 januari 2024 (I.02), p. 50.

<sup>301</sup> Bijlage 50b van de aanmelding, in het bijzonder bijlage 52 – 07\_bijlage\_FR, PDF-bestand “FR ZNA raamovereenkomst V20090611, artikel 3.4.5.2. (I.ZD3)

<sup>302</sup> Zie <https://www.zna.be/nl/naar-het-ziekenhuis/kosten-en-prijsindicaties/medische-en-paramedische-honoraria/ereloonsupplementen>, laatste raadpleging in mei 2024.

Geen supplement	Max 100% supplement	Max 200% supplement
Diëtisten Psychologen	Algemeen Inwendige geneeskunde en Infectiologie Anatomo-Pathologie Bloedziekten (Hematologie) Borstkliniek - Coördinerend Borstkliniek - Satelliet Brandwondencentrum Dermatologie (Huidziekten) Endocrinologie (Hormoonziekten) Fertilitietscentrum Fysische geneeskunde en revalidatie Gastro-enterologie (Maag- en darmziekten) Intensieve zorg Kinderziekten (Pediatrische) Klinische biologie (klinisch labo) Longziekten (Pneumologie) Medische beeldvorming (Radiologie) Mindfulnessstralingen - Stresskliniek Nefrologie (Nierkliniek) Neonatale Intensieve zorg (NIC) Neurologie Nucleaire Geneeskunde Oncologie Palliatieve zorg Pediatrische (Kinderziekten) Psychiatrie - kinderen Psychiatrie - volwassenen Psychogeriatrie (Sp) Reumatologie Spoedgevallen	Algemene heekunde Anesthesie en Reanimatie Cardiochirurgie (Hartchirurgie) Cardiologie (Hartcentrum) Geriatric Gynaecologie Kinderchirurgie Materniteit (Kraamafdeling) Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde (MKA) Neurochirurgie Neus-, Keel- en Oorziekten (NKO) Obesitascentrum Oogheelkunde (Oftalmologie) Orthopedie en traumatologie Pijncentrum Plastische chirurgie Stomatologie (Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde) Urologie Vasculaire chirurgie (Vaatheelkunde)

Bron: Website van ZNA.<sup>303</sup>

339. Wat GZA betreft, dateert de financiële regeling (die ook in haar geheel deel uitmaakt van de algemene regeling van GZA) van 2011 en bepaalt deze ook twee maximumtarieven voor ereloonsupplementen, [VERTROUWELIJK]

304

340. [VERTROUWELIJK]

305

341. Informatie over ereloonsupplementen wordt verleend op de website van GZA waaruit blijkt dat de *“artsen [in GZA] verbinden zich ertoe om maximum 150% honorariumsupplement aan te rekenen”* en dat *“er wel een supplement tussen 150% en 200% aangerekend [mag] worden indien de behandelende arts jou voorafgaandelijk aan je opname een schriftelijke overeenkomst laat ondertekenen”*.<sup>306</sup> In tegenstelling tot de website van ZNA vindt men op voorhand geen precieze omschrijving van de medische prestaties die aan 150% of 200% maximumtarieven zijn onderworpen.

<sup>303</sup> Zie <https://www.zna.be/nl/naar-het-ziekenhuis/kosten-en-prijsindicaties/medische-en-paramedische-honoraria/ereloonsupplementen>.

<sup>304</sup> Bijlage 50b van de aanmelding, in het bijzonder bijlage 52 – 07\_bijlage\_FR, PDF-bestand “GZA FINANCIËLE REGELING feb 2011”, artikel 2.2.2, §2 en 3 (I.ZD3).

<sup>305</sup> Bijlage 50a – Antwoord op VOI van 31 januari 2024 (I.02), p. 51, voetnoot 15.

<sup>306</sup> Website van GZA: <https://www.gzaziekenhuizen.be/financiele-informatie/supplementen>, laatste raadpleging in mei 2024.

342. De partijen geven aan dat [VERTROUWELIJK] voorlopig werd afgesproken in het kader van de onderhandelingen over de toekomstige financiële regeling van ZAS.<sup>307</sup> Dit principe houdt in dat de hierboven beschreven [VERTROUWELIJK].

**b. Evolutie van de aangerekende ereloonsupplementen bij ZNA en GZA**

343. **Effectieve aangerekende ereloonsupplementen bij ZNA** – ZNA heeft tabellen aangeleverd met de effectief toegepaste ereloonsupplementen, zowel in absolute bedragen (euro) als in percentage t.o.v. het bedrag dat volgens de verbintenistarieven kan worden aangerekend, voor de jaren 2019, 2022 en 2023, aangeleverd voor hospitalisaties per type medische behandeling: chirurgie, interne geneeskunde, kritieke diensten, medische technische diensten (hierna “MTD”),<sup>308</sup> psychiatrie en vrouw-kind.<sup>309</sup>

[VERTROUWELIJK: Tabel]

Bron: Aangerekende bedragen voor ereloonsupplementen bij ZNA, aanmeldingsformulier, §131.

344. In bovenstaande tabel worden de totale gefactureerde bedragen zonder supplementen (2<sup>de</sup> kolom) en de corresponderende ereloonsupplementen per type behandeling (3<sup>de</sup> kolom) voor hospitalisaties meegedeeld, alsook de proportie van aangerekende supplementen ten opzichte van de gereguleerde bedragen (4<sup>de</sup> kolom). In 2019 bijvoorbeeld, werden voor de hospitalisaties voor behandelingen verbonden aan vrouw-kind [VERTROUWELIJK] euro aangerekend als gereguleerde tarieven en [VERTROUWELIJK] euro als ereloonsupplementen, wat [VERTROUWELIJK]% van de gereguleerde tarieven vertegenwoordigt.

345. Het type behandeling waarvoor de effectieve ereloonsupplementen variëren, worden niet in deze vorm aan patiënten op de website gecommuniceerd (zie *supra*).

---

<sup>307</sup> Aanmeldingsformulier, §131.

<sup>308</sup> MTD betekent Medisch technische dienst. Dit omvat volgende diensten: fysische geneeskunde, klinische biologie, medische beeldvorming, nierdialyse, nucleaire geneeskunde, pathologische anatomie, reproductieve geneeskunde, cathlab. Zie Bijlage 63a bij aanmelding, §92.

<sup>309</sup> Aanmeldingsformulier, §131.

346. **Effectieve aangerekende ereloonsupplementen bij GZA** – GZA heeft tabellen aangeleverd met de effectief toegepaste ereloonsupplementen, zowel in absolute bedragen (euro) als in percentage t.o.v. het bedrag dat volgens de verbintenistarieven kan worden aangerekend voor de jaren 2019, 2022 en 2023, aangeleverd voor hospitalisaties per type medische behandeling: chirurgie, interne geneeskunde, kritieke diensten, MTD, psychiatrie en vrouw-kind:<sup>310</sup>

[VERTROUWELIJK: Tabel]

Bron: Aangerekend bedragen voor ereloonsupplementen bij GZA, aanmeldingsformulier, §131.

347. De bovenstaande tabel geeft dezelfde informatie voor GZA als in bovenvermelde tabel voor ZNA, en dit in hetzelfde formaat. In 2019 bijvoorbeeld, werden voor de hospitalisaties voor behandelingen verbonden aan vrouw-kind [VERTROUWELIJK] euro aangerekend als gereguleerde tarieven en [VERTROUWELIJK] euro als ereloonsupplementen, wat [VERTROUWELIJK]% van de gereguleerde tarieven vertegenwoordigt.

348. De geleverde informatie geeft aanleiding tot de volgende vaststellingen.

349. **GZA rekent meer supplementen aan dan ZNA** – Afgezien van [VERTROUWELIJK], rekent GZA over de drie geobserveerde jaren systematisch meer supplementen aan dan ZNA. Het aandeel honorariumsupplementen bij GZA [VERTROUWELIJK].

---

<sup>310</sup> Aanmeldingsformulier, p. 70.

Medische behandeling	Effectieve aangerekende ereloonsupplementen (in percentage t.o.v. het bedrag dat volgens de verbintenistarieven kan worden aangerekend)		
	ZNA (2019 vs 2023)	GZA (2019 vs 2023)	Verskil tussen ZNA en GZA (2019 vs 2023)
Chirurgie	[VERTR.]% vs [VERTR.]% ([VERTR.]%)	[VERTR.]% vs [VERTR.]% ([VERTR.]%)	2019: [VERTR.]pp 2023: [VERTR.]pp
Interne geneeskunde	[VERTR.]% vs [VERTR.]% ([VERTR.]%)	[VERTR.]% vs [VERTR.]% ([VERTR.]%)	2019: [VERTR.]pp 2023: [VERTR.]pp
Kritieke diensten	[VERTR.]% vs [VERTR.]% ([VERTR.]%)	[VERTR.]% vs [VERTR.]% ([VERTR.]%)	2019: [VERTR.]pp 2023: [VERTR.]pp
MTD	[VERTR.]% vs [VERTR.]% ([VERTR.]%)	[VERTR.]% vs [VERTR.]% ([VERTR.]%)	2019: [VERTR.]pp 2023: [VERTR.]pp
Psychiatrie	[VERTR.]% vs [VERTR.]% ([VERTR.]%)	[VERTR.]% vs [VERTR.]% ([VERTR.]%)	2019: [VERTR.]pp 2023: [VERTR.]pp
Vrouw-kind	[VERTR.]% vs [VERTR.]% [VERTR.]%	[VERTR.]% vs [VERTR.]% ([VERTR.]%)	2019: [VERTR.]pp 2023: [VERTR.]pp
Total	[VERTR.]% vs [VERTR.]% ([VERTR.]%)	[VERTR.]% vs [VERTR.]% ([VERTR.]%)	2019: [VERTR.]pp 2023: [VERTR.]pp

Bron: Gegevens verstrekt door de partijen in het Aanmeldingsformulier, §131.

Opmerking: Deze tabel toont voor elk type behandeling en elke partij de verhouding tussen (i) in de teller, de gefactureerde vergoedingstoelagen; en (ii) in de noemer, het totale bedrag dat is ontvangen voor ziekenhuisdiensten minus de gefactureerde vergoedingstoelagen. De noemer zelf omvat enerzijds in rekening gebrachte hospitalisatiediensten waarvoor geen ereloonsupplementen in rekening zijn gebracht en anderzijds in rekening gebrachte hospitalisatiediensten waarvoor wel ereloonsupplementen in rekening zijn gebracht, exclusief deze ereloonsupplementen. Op basis van de door de partijen verstrekte informatie kan het auditoraat deze twee componenten van de noemer niet goed isoleren. De partijen bevestigen echter dat het aandeel van de hospitalisaties waarvoor er een supplement in rekening wordt gebracht, [VERTROUWELIJK] is bij GZA dan bij ZNA, deels omdat GZA [VERTROUWELIJK] intensieve zorg verleent dan ZNA.<sup>311</sup>

350. **Evolutie ondanks vaste maximumtarieven** – De maximumtarieven van de ereloonsupplementen bij ZNA, zoals bepaald in de financiële regeling, zijn sinds 2011 ongewijzigd gebleven. In de praktijk is het aandeel van de ereloonsupplementen dat daadwerkelijk door ZNA in rekening wordt gebracht in de loop van de tijd [VERTROUWELIJK]. Dit is het geval voor chirurgie ([VERTROUWELIJK]%) en vrouw-kind ([VERTROUWELIJK]%) en, in mindere mate, voor interne geneeskunde ([VERTROUWELIJK]%) en kritieke diensten ([VERTROUWELIJK]%). De enige uitzondering is psychiatrie, waar het aandeel van ereloonsupplementen [VERTROUWELIJK] in de tijd ([VERTROUWELIJK]%) – hoewel voorzichtigheid geboden is vanwege het relatief kleine aandeel van ereloonsupplementen (minder dan [VERTROUWELIJK]%) in zowel 2019 als 2023).

351. De maximumtarieven voor ereloonsupplementen bij GZA uit 2009 zijn in 2020 gewijzigd [VERTROUWELIJK]. Dit kan verklaren waarom, in tegenstelling tot ZNA, het aandeel effectieve supplementen tussen 2019 en 2023 over het geheel genomen is [VERTROUWELIJK]. Over de drie geobserveerde jaren is het aandeel effectieve ereloonsupplementen dat in rekening wordt gebracht voor elk type behandeling [VERTROUWELIJK], variërend van [VERTROUWELIJK] voor interne geneeskunde tot [VERTROUWELIJK] voor MTD. Specifiek voor behandelingen voor vrouw-kind is het aandeel van de ereloonsupplementen met [VERTROUWELIJK] [VERTROUWELIJK], van [VERTROUWELIJK] in 2019 tot [VERTROUWELIJK] in 2023.

352. Ondanks het feit dat de maximum ereloonsupplementen tussen de twee partijen [VERTROUWELIJK], blijkt uit de analyse dat (i) GZA gemiddeld voor een bepaald jaar en een bepaalde behandeling [VERTROUWELIJK] supplementen aanrekenen dan ZNA; en (ii) de kloof tussen GZA en ZNA in termen van daadwerkelijk aangerekende supplementen in de loop van de tijd [VERTROUWELIJK] is geworden.

<sup>311</sup> Aanmeldende partijen, "Vertrouwelijk Derde Memorandum auditoraat" (I.ZG5), p. 5: "[VERTROUWELIJK]."

### **c. Maximumtarieven van ereloonsupplementen voor belangrijkste concurrenten in het zorggebied**

353. Het auditoraat heeft in haar onderzoek ook de toegepaste maximumpercentages van ereloonsupplementen vergeleken met de belangrijkste concurrenten in het zorggebied.

354. Het IMA verzamelt en rapporteert periodiek de maximale ereloonsupplementen van alle ziekenhuizen in België. In de onderstaande tabel wordt deze informatie gerapporteerd voor (i) de partijen; (ii) de ziekenhuizen die behoren tot het Helix-netwerk; en evenals (iii) elk ander ziekenhuis met een marktaandeel van meer dan 5% op de lokale markt voor hospitalisaties in 2019.

Ziekenhuis	Maximale ereloonsupplementen in 2022
GZA	200%
ZNA	200%
AZ Monica	200%
UZA	200%
AZ Klina	200%
AZ Voorkempen	200%
AZ Rivierenland	200%
AZ Sint-Maarten	175%

Bron: Intermutualistisch Agentschap (hierna "IMA") Atlas en IMA Ziekenhuis Barometer.<sup>312</sup>

Opmerking: Wat de concurrenten betreft, worden alleen de concurrenten meegerekend die deel uitmaken van het Helix-netwerk en/of een marktaandeel van meer dan 5% hebben op de lokale markt voor hospitalisaties in 2019.

355. Op basis van deze maximumtarieven bevinden ZNA en GZA zich in dezelfde grootorde als hun belangrijkste concurrenten.<sup>313</sup> De drie voornaamste concurrenten van de partijen in termen van marktaandelen (AZ Monica, UZA en AZ Klina) pasten allemaal een ereloonsupplement van 200% toe in 2022. Dit tarief gold ook voor de twee resterende ziekenhuizen van het Helix-netwerk, namelijk AZ Voorkempen en AZ Rivierenland. Bovendien paste het enige andere ziekenhuis dat geen lid van het Helix-netwerk is en dat een marktaandeel van meer dan 5% heeft op de lokale markt voor hospitalisaties, AZ Sint-Maarten, in 2022 een maximale vergoedingstoeslag van 175% toe.

### **d. Marktonderzoek**

356. De drie belangrijkste concurrenten van de aanmeldende partijen in termen van marktaandeel, AZ Klina, AZ Monica en UZA, werden bevraagd over de mogelijke gevolgen op de niveaus van ereloonsupplementen van voorliggende Concentratie. AZ Monica<sup>314</sup> geeft aan dat supplementen een keuze zijn van de patiënt aangezien deze enkel mogen worden aangerekend bij patiënten die in een eenpersoonskamer verblijven. Het UZA<sup>315</sup> verwacht dat de bevoegde sectorale regulatoren in de

<sup>312</sup> Zie <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr>; [https://aim-ima.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer\\_ima\\_2021\\_-\\_nl\\_ima.pdf](https://aim-ima.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer_ima_2021_-_nl_ima.pdf); [https://ima-aim.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer\\_ima\\_2020\\_-\\_nl.pdf](https://ima-aim.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer_ima_2020_-_nl.pdf). De websites van de betrokken ziekenhuizen suggereren dat de maximale ereloonsupplementen van 2022 nog steeds van toepassing zijn.

<sup>313</sup> Het cijfer is vergelijkbaar als alle ziekenhuizen met een marktaandeel van meer dan 1% op de lokale markt voor hospitalisaties worden meegerekend. In dat geval bedroeg de gemiddelde waarde van het maximumsupplement bij de concurrenten van de partijen 169% in 2021. Van deze twaalf concurrenten pasten er in dat jaar slechts drie een maximumhonorariumtoeslag van minder dan 150% toe, namelijk Heilig Hart Ziekenhuis Lier, AZ Herentals en AZ Turnhout. In dit verband merkt het auditoraat op dat alle drie de ziekenhuizen lid zijn van hetzelfde netwerk (Kempen) en dat AZ Herentals en AZ Turnhout hun maximumereloonsupplementen (aanvankelijk 100%) geleidelijk hebben verhoogd om de maximumereloonsupplementen van Heilig Hart Ziekenhuis Lier (135%) te evenaren. Dit suggereert dat het in de praktijk waarschijnlijk is dat ziekenhuizen die samenwerken hun maximale honorariumtoeslagen naar boven bijstellen. Zie ook <https://www.azturnhout.be/nieuws/ereloonsupplementen-voor-eenpersoonskamer-stijgen-naar-135>, waar staat dat "In de andere ziekenhuizen van het Kempens Ziekenhuisnetwerk was 135% al het gangbare supplement. Na de verhoging van de prijzen in AZ Turnhout betaalt een patiënt in elk ziekenhuis van Ziekenhuisnetwerk Kempen evenveel voor het verblijf in een standaard éénpersoonskamer." Een soortgelijke convergentie deed zich voor in het vierde ziekenhuis van dit netwerk, namelijk Ziekenhuis Geel.

<sup>314</sup> PV van gesprek met AZ Monica van 31 januari 2024 (III.2.E2).

<sup>315</sup> PV van gesprek met UZA van 7 februari 2024 (III.3.C2).

toekomst meer inspraak zullen hebben in het bepalen van supplementen waardoor de vrijheid van ziekenhuizen om deze zelf te bepalen mogelijks zal worden ingeperkt. AZ Klina is voornamelijk bezorgd over zijn vermogen om in de toekomst te kunnen blijven concurreren met grotere ziekenhuizen aangezien de schaalvoordelen die ze zouden kunnen realiseren.<sup>316</sup>

357. De relevante overheidsinstanties werden eveneens bevestigd omtrent de mogelijke impact van de Concentratie op ereloon-supplementen. Volgens de FOD Volksgezondheid<sup>317</sup> is het ingewikkeld om het effect van voorliggende Concentratie op de ereloon-supplementen in te schatten. Ze merken op dat artsen (vaak werkzaam onder een zelfstandigenstatuut) zelf beslissen of ze ereloon-supplementen al dan niet aanrekenen.<sup>318</sup> Volgens het Departement Zorg<sup>319</sup> bestaat de mogelijkheid dat ereloon-supplementen zullen toenemen, al zal dit volgens hen gereguleerd kunnen worden vanuit de relevante bevoegdheidsniveaus.

358. Wat de mutualiteiten betreft ziet het NIC *“een risico van opwaartse harmonisatie wanneer de ereloon-supplementen van ziekenhuizen aan de basis verschillen, zoals het geval is in deze fusie”*.<sup>320</sup> De Christelijke Mutualiteit deelt de visie van het NIC en stelt bovendien dat deze opwaartse harmonisatie niet te onderschatten is.<sup>321</sup> Solidaris daarentegen verwacht dat de ereloon-supplementen in de toekomst zullen worden afgeschaft onder druk van de publieke opinie, patiëntenverenigingen en verzekeringsinstellingen.<sup>322</sup>

359. Zowel de verzekerders als de artsenverenigingen hebben hierop geen duidelijk antwoord willen geven.<sup>323</sup>

#### ***iv) Beoordeling en conclusie van de auditeur***

360. Volgens de Richtsnoeren van de Commissie voor de beoordeling van horizontale concentraties zijn er drie factoren die het risico op niet-gecoördineerde effecten kunnen verhogen: (i) de fuserende ondernemingen hebben hoge marktaandeelen; (ii) de fuserende ondernemingen zijn naaste concurrenten; en (iii) de afnemers hebben weinig mogelijkheden om van leverancier te veranderen.<sup>324</sup>

361. In de voorliggende zaak merkt het auditoraat op dat (i) de partijen leiders zijn op de lokale markt voor hospitalisaties; (ii) de partijen soortgelijke ziekenhuisdiensten verlenen en in hetzelfde geografische gebied zijn gevestigd; en (iii) afstand een cruciale rol speelt bij de keuze van een ziekenhuis, zodat de meeste patiënten naar de ziekenhuizen gaan die het dichtst bij hun woonplaats liggen en weinig andere alternatieven hebben.<sup>325</sup>

<sup>316</sup> PV van gesprek van 31 januari 2024 met AZ Klina (III.1.D2), §25.

<sup>317</sup> Antwoord van de FOD Volksgezondheid op de VOI van 18 maart 2024 (II.2.C5).

<sup>318</sup> Antwoord van de FOD Volksgezondheid (II.2.C5), vraag 7.

<sup>319</sup> Antwoord van het Departement Zorg op de VOI van 18 maart 2024 (II.3.B7).

<sup>320</sup> Antwoord van het National Inter-mutualist College op de VOI van 16 februari 2024, p. 5 (IV.1.B2).

<sup>321</sup> Antwoord van de Christelijke Mutualiteit op de VOI van 16 februari 2024 (IV.8.B2).

<sup>322</sup> Antwoord van Solidaris op de VOI van 16 februari 2024 (IV.2.B2).

<sup>323</sup> Antwoord van Ethias (V.1.B2); antwoord DKV (V.2.B2); antwoord van AG Insurance (V.3.B3); antwoord van Axa (V.3.B2); antwoord van Van Breda (V.5.B2); antwoord van Provinciale raad orde der artsen (VI.1.B1); antwoord van BVAS (VI.2.B1); antwoord van GBS (VI.3.B1); antwoord van ASGB-Kartel (VI.4.C1).

<sup>324</sup> Europese Commissie, *Richtsnoeren horizontale fusies*, 2004/C 31/03, §27-31.

<sup>325</sup> Academisch onderzoek met betrekking tot “ziekenhuiskeuze” bevestigt grotendeels dat patiënten bij het kiezen van een ziekenhuis veel belang hechten aan de afstand tussen hun woonplaats en het ziekenhuis. Zie, bijv., Gowrisankaran, G., Nevo, A., & Town, R. (2015). Mergers when prices are negotiated: Evidence from the hospital industry. *American Economic Review*, 105(1), 172-203; Moscelli, G., Siciliani, L., Gutacker, N., & Gravelle, H. (2016). Location, quality and choice of hospital: Evidence from England 2002–2013. *Regional Science and Urban Economics*, 60, 112-124; Gutacker, N., Siciliani, L., Moscelli, G., & Gravelle, H. (2016). Choice of hospital: Which type of

362. Het bewijsmateriaal betreffende de daadwerkelijk door de partijen aangerekende ereloonsupplementen suggereert dat de artsen bij GZA systematisch [VERTROUWELIJK] ereloonsupplementen aanrekenen dan de artsen bij ZNA, hoewel de maximale ereloonsupplementen tussen GZA en ZNA in principe [VERTROUWELIJK]. Bovendien lijkt dit verschil in de loop van de tijd [VERTROUWELIJK]. Om die reden zou de voorgenomen Concentratie, door het wegvallen van de concurrentiedruk tussen de partijen, kunnen leiden tot een stijging van de daadwerkelijke ereloonsupplementen die na de Concentratie door de artsen worden aangerekend tot het niveau van GZA.

363. Partijen verklaren het verschil tussen de effectieve aangerekende ereloonsupplementen door de keuze van patiënten die bij ZNA meer voor een tweepersoonskamer zouden kiezen. Bovendien, gelet op het feit dat het aanrekenen van ereloonsupplementen een mogelijkheid en geen verplichting is voor artsen, zouden de artsen van ZNA mogelijks ook rekening houden met het sociaal profiel van de patiënt.<sup>326</sup> Deze situatie zou volgens de partijen ongewijzigd blijven na de geplande Concentratie, maar ze geven hierbij geen duidelijke verklaring. Het volledige zorgaanbod zal herschikt worden tussen de verschillende sites van partijen. De toekomstige herschikkingen blijven grotendeels onbekend en zullen na de Concentratie in gang worden gezet.<sup>327</sup> In het bijzonder hebben de partijen echter al afgesproken om naar [VERTROUWELIJK].<sup>328</sup> Voor dergelijke herschikking is de auditeur van mening dat het beleid over ereloonsupplementen sterk beïnvloed kan worden door het effectieve toegepaste beleid van de site.

364. Uit de interne documenten blijkt dat de partijen van plan zijn de huidige maximumtarieven van [VERTROUWELIJK]:

[VERTROUWELIJK: Interne slide]

Bron: Gezamenlijk LT-Plan GZA-ZNA, slide 33.<sup>329</sup>

365. Het auditoraat neemt verder nota van de toekomstige financiële regeling van de nieuwe entiteit. Volgens deze toekomstige financiële regeling zouden [VERTROUWELIJK].

---

quality matters?. *Journal of Health Economics*, 50, 230-246; et Raval, D., & Rosenbaum, T. (2021). Why is distance important for hospital choice? Separating home bias from transport costs. *Journal of Industrial Economics*, 69(2), 338-368.

<sup>326</sup> Aanmeldingsformulier, §131.

<sup>327</sup> *Infra afd.IX.2.4.*

<sup>328</sup> Aanmeldingsformulier, §119 en 176.

<sup>329</sup> Bijlage 28 bij het aanmeldingsformulier, 20220621\_AP\_02\_bijlagen\_bij\_fusieprotocol (I.ZD3); Bijlage 53 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), slides 23 en 25.

De auditeur is derhalve van oordeel dat de entiteit na de Concentratie de mogelijkheid en prikkel zal hebben om de maximale ereloonsupplementen te verhogen, aangezien [VERTROUWELIJK]. Hoewel de maximumtarieven voor de ereloonsupplementen niet noodzakelijk representatief zijn voor de ereloonsupplementen die daadwerkelijk worden aangerekend, geeft de Concentratie aanleiding tot bezorgdheid. Het feit dat ZNA gemiddeld minder ereloonsupplementen aanrekent dan GZA, en [VERTROUWELIJK], leidt tot bezorgdheid over een mogelijke verstoring van de mededinging na de Concentratie.

366. Tenslotte passen de concurrerende ziekenhuizen van de partijen het hogere maximumtarief van 200% toe sinds 2020, waardoor slechts beperkte tot geen concurrentiële druk op dit vlak kan verwacht worden vanwege de overblijvende concurrenten na de Concentratie.

367. Op basis van bovenstaande elementen is de auditeur van mening aan het einde van de voorlopige Fase 1 onderzoek dat waarschijnlijke mededingingsbeperkende gevolgen op de lokale markt van hospitalisaties kunnen voordoen, met name zo dat de Concentratie tot een significante belemmering van de daadwerkelijke mededinging kan leiden in de vorm van (i) harmonisatie van de effectieve ereloonsupplementen van ZNA met de niveaus van GZA; (ii) afschaffing van de lagere maximumtarieven van [VERTROUWELIJK]% voor ZNA en van [VERTROUWELIJK]% voor GZA met een verhoging naar een uniek maximumpercentage van 200% aan ereloonsupplementen; en (iii) een mogelijke verdere toename van dit maximumpercentage boven 200% aan ereloonsupplementen na de Concentratie.<sup>330</sup>

368. De auditeur concludeert dat omwille van de mogelijke mededingingsbeperkende gevolgen op de lokale markt voor hospitalisaties er ernstige twijfels bestaan over de toelaatbaarheid van deze Concentratie. In onderhavige zaak worden deze ernstige twijfels niettemin weggenomen door de verbintenissen die de partijen hebben voorgesteld.

#### ***v) Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege***

369. Het College deelt de conclusie van de auditeur dat er door het risico van opwaartse harmonisatie van de ereloonsupplementen mogelijke mededingingsbeperkende gevolgen ontstaan als gevolg van unilaterale effecten op de lokale markt voor hospitalisaties.

370. Meer bepaald is het College van mening dat, zoals uit het onderzoek blijkt, er een risico bestaat dat ereloonsupplementen naar het hoogste percentage worden gealigneerd als gevolg van de Concentratie. Enerzijds zijn dat de hogere maximumpercentages van GZA ten opzichte van de percentages van de ZNA ([VERTROUWELIJK])

<sup>331</sup>). Anderzijds, zou er na de Concentratie meer algemeen een verhoging van ereloonsupplementen kunnen ingevoerd worden tot het maximum van 200%, en dit in het kader van algemene (financiële) regelingen tussen de ziekenhuizen en de artsen, meer bepaald voor die prestaties waar het maximum nog niet bereikt is.. Uit marktonderzoek<sup>332</sup> blijkt ook dat er een vrees bestaat tot opwaartse

---

<sup>330</sup> Het onderzoek kon ook de mogelijkheid niet uitsluiten dat er na de fusie gecoördineerde effecten optreden op het niveau van de ereloonsupplementen. *Infra* afd. IX.3.6.

<sup>331</sup> Zie randnr. 364.

<sup>332</sup> Zie randnr. 358.

harmonisatie van de ereloonsupplementen, wat door de eerder aangehaalde elementen bevestigd wordt.

371. Partijen stellen in hun schriftelijke opmerkingen dat het niveau van maximale ereloonsupplementen (voor zover dit onder de wettelijke 200% grens blijft) de keuze van de artsen zou zijn, niet van het ziekenhuis dat dus geen prikkel zou hebben om ereloonsupplementen te verhogen.<sup>333</sup> Deze ereloonsupplementen zouden ook enkel de artsen ten goede komen, niet de ziekenhuizen.<sup>334</sup> Er dient echter opgemerkt dat in het kader van de “war on talent”, ziekenhuizen aantrekkelijker zijn voor artsen, met name wanneer er hogere ereloonsupplementen aangerekend kunnen worden.<sup>335</sup> Ziekenhuizen hebben dus ook een eigen belang (en prikkel) om de maxima voor de ereloonsupplementen te verhogen.

372. Partijen roepen ook de zogenaamde “standstill” in ten opzichte van ereloonsupplementen die kunnen aangerekend worden ingevolge de collectieve overeenkomst van de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen en die recent verlengd werd tot einde 2024.<sup>336</sup> Door deze regeling zou de vrees voor een verhoging van de maximumtarieven voor ereloonsupplementen ongegrond zijn.<sup>337</sup>

373. Het College ziet dit anders. Eerst en vooral houdt een standstill regeling tot einde 2024 geen enkele garantie in voor wat prijsstijgingen betreft na 2024. Belangrijker is echter dat deze standstill regeling (opgelegd via KB) aantoont dat er wel degelijk een prikkel bestaat om ereloonsupplementen te verhogen, wat ook de belangrijkste aanleiding was voor het aannemen van deze tijdelijke maatregel. Deze prikkel is blijkbaar ook sterker dan de vrees om patiënten (en dus marktaandeel) te verliezen, anders zou er van dergelijke maatregel geen sprake moeten zijn.

374. Op basis van de elementen die in Fase 1 voorliggen deelt het College de visie van het auditoraat dat er een voldoende graad van waarschijnlijkheid is dat de Concentratie zal leiden tot een harmonisatie van de effectieve ereloonsupplementen, dat de lagere maximumtarieven die momenteel worden gehanteerd opwaarts worden bijgesteld of afgeschaft om zo te komen tot een uniek maximumpercentage van 200% en dat er een mogelijke toename is van de maxima van de ereloonsupplementen boven 200%. Ingevolge deze niet-gecoördineerde unilaterale effecten welke de mededinging kunnen beperken, is het College akkoord met het standpunt van de auditeur dat er ernstige twijfels bestaan over de toelaatbaarheid van de Concentratie.

### **IX.2.2.b Analyse van de impact van de Concentratie op kamersupplementen (markt voor hospitalisaties)**

#### ***i) Inleiding***

<sup>375</sup>. Kamersupplementen zijn niet-gereguleerde tariefcomponenten die specifiek zijn aan hospitalisaties. Ze omvatten dagelijkse verblijfskosten die worden aangerekend aan de patiënt die voor een

---

<sup>333</sup> Zie SO, randnr. 21, p. 9-10.

<sup>334</sup> Zie SO, randnr. 24.

<sup>335</sup> In deze merkt het College op dat partijen gewag maken van de stijgende moeilijkheid voor ziekenhuizen om artsen aan te trekken in vergelijking met privé praktijken en privé ziekenhuizen waar geen begrenzing is voor ereloonsupplementen.

<sup>336</sup> Collectieve Overeenkomst van 22 februari 2024, algemeen verbindend verklaard bij koninklijk besluit van 3 mei 2024 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve overeenkomst van 22 februari 2024, gesloten binnen de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen, over het stabiliseren van de honorariumsupplementen en afdrachten

<sup>337</sup> Zie SO, randnr. 27.

eenpersoonskamer kiest. Dit bedrag wordt vrij vastgesteld door elk ziekenhuis en kan van ziekenhuis tot ziekenhuis verschillen.<sup>338</sup>

376. De Ziekenhuiswet voorziet de mogelijkheid om een kamersupplement aan te rekenen, maar enkel wanneer de patiënt voor een eenpersoonskamer opteert. Aan patiënten die op een twee- of meerpersoonskamer liggen, mogen dus in geen geval kamersupplementen worden aangerekend.

377. Artikel 97, §1 Ziekenhuiswet bepaalt de voorwaarden waaronder een ziekenhuis kamersupplementen mag aanrekenen in het geval dat de patiënt voor een eenpersoonskamer opteert. Zo moet het ziekenhuis minstens de helft van het aantal bedden beschikbaar stellen voor patiënten die zonder supplementen wensen opgenomen te worden (twee- of meerpersoonskamers).

378. Daarnaast stipuleert art 97, §2 een aantal gevallen waarin geen kamersupplementen worden aangerekend (ook al ligt de patiënt in een eenpersoonskamer):

- wanneer de gezondheidstoestand van de patiënt of de technische voorwaarden van het onderzoek, de behandeling of het toezicht, een verblijf in een individuele kamer vereisen;
- wanneer de noodwendigheden van de dienst of het niet beschikken over onbezette bedden in tweepatiëntenkamers of in gemeenschappelijke kamers, het verblijf in een individuele kamer vereisen;
- wanneer de hospitalisatie geschiedt op een eenheid voor intensieve zorg of voor spoedgevallenzorg, buiten de wil van de patiënt en voor de duur van het verblijf in een dergelijke eenheid; en
- wanneer de hospitalisatie een kind betreft dat samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis verblijft.

***ii) Standpunt van de aanmeldende partijen***

379. De voorgenomen Concentratie zou volgens partijen geen risico meebrengen op een stijging van de niet-gereguleerde tarieven toegepast in het kader van hospitalisaties.<sup>339</sup>

380. [VERTROUWELIJK],

zoals bijvoorbeeld het verschil tussen een luxekamer materniteit van een “oude” GZA-campus (140 EUR) en een “oude” ZNA-campus (80 EUR), het tarief voor eenpersoonskamer in het Koningin Paola Kinderziekenhuis bij ZNA (65 EUR) alsook het tarief van een eenpersoonskamer in een dienst voor langdurig verblijf bij ZNA (50 EUR).<sup>340</sup> [VERTROUWELIJK]

.341

---

<sup>338</sup> L. Bruyneel, W. Kestens, F. De Wolf, T. Di Zinno, M. Dolphens, B. Landtmeters, “IMA Ziekenhuisbarometer Inventaris van aan patiënten gefactureerde bedragen voor verblijven in algemene acute ziekenhuizen”, IMA, juni 2023, beschikbaar op en [https://aim-ima.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer\\_ima\\_2021\\_-\\_nl\\_ima.pdf](https://aim-ima.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer_ima_2021_-_nl_ima.pdf), p. 9.

<sup>339</sup> Aanmeldingsformulier, §130.

<sup>340</sup> *Ibid.*, §132.

<sup>341</sup> *Ibid.*

### **iii) Onderzoek**

#### **a. Beschrijving van het beleid over kamersupplementen bij ZNA en GZA**

381. Partijen passen een verschillend beleid toe ten aanzien van kamersupplementen. ZNA heeft vier typen kamersupplementen: (i) een supplement gelinkt aan alle sites en diensten van ZNA voor een eenpersoonskamer; (ii) een supplement gelinkt aan een eenpersoonskamer in een dienst voor langdurig verblijf; en (iii) een supplement specifiek toegepast door het Koningin Paola Kinderziekenhuis; en (iv) een kamersupplement voor een luxekamer van de kraamafdeling van ZNA.

382. GZA past drie typen kamersupplementen toe: enerzijds (i) een kamersupplement voor een eenpersoonskamer dat wordt toegepast op elk van de drie sites van GZA en identiek is voor elke soort medische dienst die wordt geleverd; en anderzijds een kamersupplement voor materniteitsdiensten, met een verschil tussen (ii) een kamersupplement in een “basiskamer”; en (iii) een kamersupplement in een “luxekamer”.

#### **b. Evolutie van de kamersupplementen**

383. ZNA en GZA hebben de toegepaste kamersupplementen over de jaren 2019, 2022 en 2023 overgemaakt.

384. Bij ZNA is tussen 2019 en 2023 het kamersupplement voor [VERTROUWELIJK] tijdens diezelfde periode.

[VERTROUWELIJK: Tabel]

Bron: ZNA kamersupplementen over 2019, 2022 en 2023, aanmeldingsformulier, §132.

385. Elk van de drie typen kamersupplementen van GZA zijn [VERTROUWELIJK] tijdens de periode 2019-2023, met een [VERTROUWELIJK] variërend van [VERTROUWELIJK]% tot [VERTROUWELIJK]%.

[VERTROUWELIJK: Tabel]

Bron: GZA kamersupplementen over 2019, 2022 en 2023, aanmeldingsformulier, §132.

***c. Gevolg van de zorgaanbod herschikking van partijen op kamersupplementen***

386. De Concentratie zal een reorganisatie van het zorgaanbod met zich meebrengen. Deze herschikking impliceert ten minste een herschikking van bepaalde activiteiten [VERTROUWELIJK].<sup>342</sup> Aangaande [VERTROUWELIJK] betreft het:

- [VERTROUWELIJK];
  
- [VERTROUWELIJK];
  
- [VERTROUWELIJK];
  
- [VERTROUWELIJK].

387. Voor de verschuiving van ZNA naar GZA zullen [VERTROUWELIJK].<sup>343</sup> [VERTROUWELIJK].

388. [VERTROUWELIJK].

---

<sup>342</sup> Bijlage 50a bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), p. 21 en 22.

<sup>343</sup> Aanmeldingsformulier, §132: “[VERTROUWELIJK].”

#### **d. Kamersupplementen van belangrijkste concurrenten in het zorggebied**

389. Volgende tabel herneemt de kamersupplementen voor de standaard eenpersoonskamer en het kamersupplement voor materniteit dat wordt toegepast door de concurrerende ziekenhuizen van het Helix netwerk en het AZ Sint-Maarten.<sup>344</sup>

Ziekenhuis	Eenpersoonskamer (EUR)	Eenpersoonskamer materniteit (EUR)	Eenpersoonssuite/Luxe kamer materniteit (EUR)
ZNA	65,00	-	80,00
GZA	65,00	80,00	140,00
UZA	80,00	110,00	-
AZ Monica	105,00	131,25	157,50
AZ Klina	65,00	80,00	120,00
AZ Rivierenland	90,00	110,00	195,00
AZ Voorkempen	80,64	104,72	-
AZ Sint-Maarten	95,00	105,00	135,00

Bron: Aanmeldingsformulier §132 en websites van andere ziekenhuizen.<sup>345</sup>

Opmerkingen: Deze tabel vermeldt de kamersupplementen van de partijen, de ziekenhuizen van het Helix-netwerk en andere ziekenhuizen met een marktaandeel van meer dan 5% op de lokale markt voor hospitalisaties. De supplementen in de kolommen 2, 3 en 4 komen respectievelijk overeen met de prijzen voor (i) een standaard eenpersoonskamer; (ii) een eenpersoonskamer in een kraamkliniek; en (iii) een eenpersoonssuite in een kraamkliniek. De auditeur merkt op dat verschillende ziekenhuizen niet met dezelfde terminologie naar deze diensten verwijzen. Zo wordt een "suite" soms een "luxekamer" genoemd. Daarom heeft de auditeur de prijzen van de partijen, UZA, AZ Monica, AZ Klina, AZ Rivierenland, AZ Voorkempen en AZ Sint-Maarten ingedeeld op basis van de input van de partijen en de informatie die zij heeft verzameld op de website van de concurrenten van de partijen. De auditeur erkent dat de kwaliteit van de kamers binnen elke categorie en tussen de ziekenhuizen kan verschillen en kan niet uitsluiten dat de prijzen en/of de kwaliteit in de toekomst zullen veranderen.

390. Een gedetailleerde monitoring van kamersupplementen per ziekenhuis zoals voor ereloon supplementen bestaat niet. Desalniettemin heeft het Intermutualistisch Agentschap (hierna "IMA") een gemiddeld kamersupplement berekend voor de periode 2019-2020.<sup>346</sup> Uit dit verslag blijkt ook dat het kamersupplement vrij bepaald wordt door de ziekenhuizen, en dat er binnen ziekenhuizen zelf grote verschillen kunnen bestaan. Zo zijn er ziekenhuizen die bijvoorbeeld het onderscheid maken tussen een eenpersoonskamer materniteit, luxe eenpersoonskamer materniteit, en een suite eenpersoonskamer materniteit, elk met een eigen kamersupplement.

#### **e. Marktonderzoek**

391. Zoals hierboven beschreven beschouwt de auditeur AZ Klina, AZ Monica en UZA als de belangrijkste concurrenten van de partijen in termen van marktaandelen in het zorggebied.<sup>347</sup> AZ Monica<sup>348</sup> geeft aan dat supplementen een keuze zijn van de patiënt aangezien er steeds de mogelijkheid is tot een tweepersoonskamer waarop supplementen niet van toepassing zijn. Het UZA<sup>349</sup> verwacht dat de bevoegde sectorregulators in de toekomst meer inspraak zullen hebben in het bepalen van supplementen waardoor de vrijheid van ziekenhuizen om deze zelf te bepalen mogelijks ingeperkt zal worden. AZ Klina heeft niet specifiek gereageerd op dit onderwerp.

<sup>344</sup> Bijlage 50b bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), p. 54.

<sup>345</sup> Zie <https://www.uza.be/wat-een-kamersupplement#:~:text=Voor%20een%20eenpersoonskamer%20betaal%20je%20in%20het%20UZA%20bovenop%20de,110%20euro%20extra%20per%20dag>; <https://azmonica.be/ingrepen/bevalling/>; <https://www.azklina.be/patient/kosten-en-verzekeringen/kosten-dagopname/overzicht-prijzen-verblijf>; <https://www.azrivierenland.be/ik-word-opgenomen/wat-kost-mijn-opname/tarieven-bij-een-ziekenhuisopname>; <https://www.azvoorkempen.be/opname/ziekenhuisfactuur/kostprijs-van-de-kamer>; en <https://www.azsintmaarten.be/jefactuur/wat-staat-er-op-je-factuur/kamersupplement-dag>.

<sup>346</sup> IMA – Ziekenhuis barometer mei 2022, [https://ima-aim.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer\\_ima\\_2020\\_-\\_nl.pdf](https://ima-aim.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer_ima_2020_-_nl.pdf), p. 23.

<sup>347</sup> *Supra* §258 en §315356.

<sup>348</sup> PV van gesprek met AZ Monica van 31 januari 2024 (III.2.E2).

<sup>349</sup> PV van gesprek met UZA van 7 februari 2024 (III.3.C2).

392. De relevante overheidsinstanties werden eveneens bevestigd omtrent de mogelijke impact van de Concentratie op kamersupplementen. Volgens de FOD Volksgezondheid<sup>350</sup> is het mogelijk dat er een harmonisatie zal gebeuren van de kamersupplementen die in de fusionerende ziekenhuizen aangerekend worden. Dit hoeft volgens hen geen echt probleem te zijn gezien de beperkte invloed (ten opzichte van de ereloon­supplementen) die deze bedragen hebben op de ziekenhuisfactuur. Ze zien het dan ook niet als een element dat beïnvloed wordt door concurrentie met andere ziekenhuizen. Volgens hen is dit geen doorslaggevend element in de keuze van een patiënt. Bijkomend stellen ze dat de mutualiteiten deze bedragen monitoren en bekendmaken waardoor het voor patiënten alsnog mogelijk is om de tarieven tussen verschillende ziekenhuizen te vergelijken. Volgens het Departement Zorg<sup>351</sup> bestaat de mogelijkheid dat kamersupplementen zullen toenemen, al zal dit volgens hen gereguleerd kunnen worden vanuit de relevante bevoegdheidsniveaus.

393. In tegenstelling tot ereloon­supplementen hebben de mutualiteiten geen uitspraken gedaan met betrekking tot kamersupplementen. Toch blijven mutualiteiten specifiek aandacht besteden aan kamersupplementen via de ziekenhuisbarometers die regelmatig door het IMA gepubliceerd worden.

394. Zowel de verzekeraars als de artsenverenigingen hebben hierop geen duidelijk antwoord willen geven.<sup>352</sup>

#### ***iv) Beoordeling en conclusie van de auditeur***

395. Volgens de Richtsnoeren van de Commissie voor de beoordeling van horizontale concentraties zijn er drie factoren die het risico op niet-gecoördineerde effecten kunnen verhogen: (i) de fuserende ondernemingen hebben hoge marktaandelen; (ii) de fuserende ondernemingen zijn naaste concurrenten; en (iii) de afnemers hebben weinig mogelijkheden om van leverancier te veranderen.<sup>353</sup>

396. In de voorliggende zaak merkt het auditoraat op dat (i) de partijen leiders zijn op de lokale markt voor hospitalisaties; (ii) de partijen soortgelijke ziekenhuisdiensten verlenen in hetzelfde geografische gebied<sup>354</sup>; en (iii) afstand een cruciale rol speelt bij de keuze van een ziekenhuis, zodat de meeste patiënten naar de ziekenhuizen gaan die het dichtst bij hun woonplaats liggen.

397. Partijen passen een verschillend beleid van kamersupplementen toe. Behalve voor eenpersoonskamers waarvoor beide ZNA en GZA de prijs van 65 EUR toepassen, hanteert ZNA goedkopere prijzen. Zoals in het geval van ereloon­supplementen neemt ZNA binnen het zorggebied de positie in van ziekenhuis met goedkopere zorgverlening in vergelijking met de andere ziekenhuizen (GZA alsook de concurrerende ziekenhuizen) omwille van de lagere aangerekende ereloon­supplementen en lagere kamersupplementen. Ondanks de sterke samenwerkingsverbanden tussen GZA en ZNA, onder meer binnen het ziekenhuisnetwerk, concurreren partijen vandaag op de prijzen van kamersupplementen. Onder de grootste ziekenhuizen van de Antwerpse regio, is ZNA de goedkoopste voor kamersupplementen.

398. Het wegvallen van de concurrentiedruk tussen GZA en ZNA ten gevolge van de Concentratie, zal waarschijnlijk leiden tot een harmonisatie van kamersupplementen op het duurste niveau van GZA.

---

<sup>350</sup> Antwoord van de FOD Volksgezondheid op de VOI van 18 maart 2024 (II.2.C4).

<sup>351</sup> Antwoord van het Departement Zorg op de VOI van 18 maart 2024 (II.3.B7).

<sup>352</sup> Antwoord van Ethias (V.1.B2); antwoord van DKV (V.2.B2); antwoord van AG Insurance (V.3.B3); antwoord van Axa (V.3.B2); antwoord van Van Breda (V.5.B2); antwoord van Provinciale raad orde der artsen (VI.1.B1); antwoord van BVAS (VI.2.B1); antwoord van GBS (VI.3.B1); antwoord van ASGB-Kartel (VI.4.C1).

<sup>353</sup> Europese Commissie, *Richtsnoeren horizontale fusies*, 2004/C 31/03, §27 en 31.

<sup>354</sup> *Supra* afd. VIII.

Partijen verklaren dat zij de kamersupplementen tussen de verschillende campussen na de Concentratie [VERTROUWELIJK].<sup>355</sup> Partijen leggen echter niet uit [VERTROUWELIJK] kunnen garanderen. Zij verduidelijken evenmin [VERTROUWELIJK].

399. Voorts kan op grond van het door de auditeur onderzochte bewijsmateriaal niet worden uitgesloten dat de toeslagen voor kamers in zowel ZNA- als GZA-vestigingen na de Concentratie zullen stijgen na het wegvallen van de onderlinge concurrentiedruk. Dit risico is des te groter omdat enkele concurrenten reeds hogere prijzen hanteren dan de partijen. Zo vragen AZ Rivierenland en AZ Turnhout een toeslag van respectievelijk 195 EUR en 243 EUR voor een luxe éénpersoonskamer op materniteit.<sup>356</sup>

400. Op basis van bovenstaande elementen is de auditeur van mening aan het einde van de voorlopige Fase 1 onderzoek dat er zich waarschijnlijke mededingingsbeperkende gevolgen op de lokale markt van hospitalisaties kunnen voordoen, met name dat dat de Concentratie tot een significante belemmering van de daadwerkelijke mededinging kan leiden in de vorm van enerzijds de harmonisatie van de kamersupplementen naar de huidige duurste kamersupplementen van GZA en anderzijds van de verdere stijging van de huidige kamersupplementen na de Concentratie.<sup>357</sup>

401. De auditeur concludeert dat omwille van de mogelijke mededingingsbeperkende gevolgen op de lokale markt voor hospitalisaties er ernstige twijfels bestaan over de toelaatbaarheid van deze Concentratie. In onderhavige zaak worden deze ernstige twijfels niettemin weggenomen door de verbintenissen die de partijen hebben voorgesteld.

#### **v) Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege**

402. Het College deelt de conclusie van de auditeur dat, op basis van het onderzoek in Fase 1, het waarschijnlijk is dat de Concentratie zal leiden tot een harmonisatie van de kamersupplementen en een verdere stijging van bedoelde supplementen (unilateraal effect van de Concentratie op de lokale markt voor hospitalisaties).

403. Meer bepaald deelt het College de analyse van de auditeur dat de partijen na de Concentratie een prikkel hebben om de kamersupplementen te harmoniseren naar het hoogste niveau (zijnde de kamersupplementen van GZA). Dit kan reeds onmiddellijk gebeuren bij deerschikking van een deel van het zorgaanbod bij de GZA (bv. [VERTROUWELIJK]) en kan ook plaatsvinden na de Concentratie in het kader van een harmonisatie van de tarieven. Partijen worden hierbij geenszins verhinderd door de concurrenten om dergelijke tarieven te verhogen aangezien deze concurrenten volgens het marktonderzoek zelf reeds hogere tarieven hanteren.

404. Ook uit het marktonderzoek blijkt dat de FOD Volksgezondheid spreekt van een mogelijke harmonisatie van kamersupplementen in fusionerende ziekenhuizen, ook al meent zij dat deze geen doorslaggevende rol spelen in de keuze van de patiënt. Het College merkt echter op dat, los van de invloed van deze prijs op de keuze van de concurrent, een harmonisatie wel degelijk een prijsstijging als gevolg kan hebben waardoor er schade kan ontstaan als gevolg van de Concentratie. Wat het

---

<sup>355</sup> Aanmeldingsformulier, §132.

<sup>356</sup> Zie <https://www.azrivierenland.be/ik-word-opgenomen/wat-kost-mijn-opname/tarieven-bij-een-ziekenhuisopname> en <https://www.azturnhout.be/patient/kostprijs/uw-aandeel>.

<sup>357</sup> Het onderzoek kon ook niet uitsluiten dat er na de fusie gecoördineerde effecten zouden optreden op het niveau van de kamersupplementen. Zie *infra* hoofdstuk IX.3.

argument van de partijen betreft dat kamersupplementen slechts een marginale rol spelen in de omzet van de ziekenhuizen ([VERTROUWELIJK]% en [VERTROUWELIJK]% bij respectievelijk GZA en ZNA)<sup>358</sup> merkt het College op dat dit weinig zegt over de impact van kamersupplementen op de uiteindelijke factuur voor de patiënt (of zijn verzekering). Voor een patiënt die meerdere dagen (of weken) in hospitalisatie moet doorbrengen kan een stijging van het kamersupplement wel degelijk doorwegen.

405. Tenslotte merkt het College op dat de verklaring van partijen dat ze [VERTROUWELIJK], onvoldoende garantie biedt ten opzichte van het geïdentificeerde risico. Daarenboven is deze verklaring voorwaardelijk en gebonden aan mogelijke zorgverschuivingen en andere organisatorische wijzigingen die als gevolg van de Concentratie kunnen plaatsvinden. Daarnaast blijft de prikkel om het hoogste kamersupplement toe te passen bij dergelijke wijzigingen ongewijzigd.

406. Ingevolge deze niet-gecoördineerde unilaterale effecten welke de mededinging kunnen beperken, is het College akkoord met het standpunt van de auditeur dat er ernstige twijfels bestaan over de toelaatbaarheid van de Concentratie.

#### **IX.2.2.c Analyse van de impact van de Concentratie op ereloonsupplementen voor niet-geconventioneerde artsen (markt voor gespecialiseerde ambulante zorg)**

407. De voorgenomen Concentratie kan prijseffecten genereren, niet alleen op de lokale markt voor hospitalisaties, maar ook op de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg. Deze effecten zouden zich kunnen voordoen door een toename van niet-geconventioneerde medische diensten. In het bijzonder heeft het auditoraat twee verschillende effecten in overweging genomen: een potentiële toename in het gebruik van ereloonsupplementen voor ambulante zorg – d.w.z. de *frequentie* waarmee ze worden toegepast – en een potentiële toename in het niveau van de ereloonsupplementen voor ambulante zorg- d.w.z. de *omvang* van de ereloonsupplementen voor ambulante zorg wanneer ze effectief worden toegepast.<sup>359</sup>

##### ***i) Standpunt van de aanmeldende partijen***

408. Partijen zijn van mening dat de voorgenomen Concentratie waarschijnlijk geen invloed zal hebben op de markt voor ambulante zorg, noch op het concurrentielandschap, gezien het grote aantal en de diversiteit van de spelers die op deze markt actief zijn. De activiteiten die verbonden zijn aan ambulante zorg van partijen, zouden concurreren met die van andere algemene ziekenhuizen, maar ook met andere private en publieke spelers (bijv. particuliere dokterspraktijken, particuliere klinieken, medische centra enz.) die een reëel alternatief vormen, omdat zij voordelen bieden op het gebied van nabijheid, capaciteit en gemak ten opzichte van ambulante activiteiten in een ziekenhuis.

409. De voorgenomen Concentratie brengt volgens partijen geen risico van een stijging van de niet-gereguleerde maximumtarieven voor ambulante zorgen met zich mee. De beslissing om al dan niet ereloonsupplementen aan te rekenen, berust bij de behandelende arts, rekening houdend met het maximumtarief zoals vermeld in de financiële regeling. In tegenstelling tot bij hospitalisaties vereist de Ziekenhuiswet niet dat maximumtarieven in de algemene regeling worden vastgelegd voor ereloonsupplementen op ambulante prestaties. [VERTROUWELIJK].

---

<sup>358</sup> Zie SO, randnrs. 17 en 34.

<sup>359</sup> Dit onderscheid is door het auditoraat niet in aanmerking genomen voor ereloonsupplementen op de lokale markt voor hospitalisaties vanwege de beperkingen van de beschikbare informatie en gegevens.

410. [VERTROUWELIJK].

<sup>361</sup> Daarentegen bevat de huidige financiële regeling van GZA twee basisprincipes; [VERTROUWELIJK].

<sup>362</sup> [VERTROUWELIJK].

363

411. Partijen verduidelijken dat er over de toekomstige financiële regeling van de gefuseerde entiteit nog steeds onderhandeld wordt. De uitgangspunten van de onderhandelingen zijn om de twee principes van de financiële regeling van GZA te behouden, [VERTROUWELIJK].

<sup>364</sup> Een stemming over de financiële regeling wordt georganiseerd door de Medische Raad in mei 2024 voor alle ziekenhuisartsen. Indien het voorgestelde ontwerp niet aanvaard wordt, zal er terug over moeten worden onderhandeld tussen Medische Raden en ziekenhuisdirecties. Gezien de maatschappelijke rol van ZAS en het socio-economisch profiel van de patiënt, verwachten partijen geen noemenswaardige stijging van de supplementen. Ten slotte benadrukken partijen dat zij voldoende garanties bieden aan patiënten in vergelijking met privépraktijken, waar helemaal geen beperkingen gelden inzake ereloonsupplementen op ambulante prestaties.<sup>365</sup>

## ***ii) Onderzoek***

### ***a. Inleiding***

412. Geconventioneerde artsen rekenen de erelonen aan die in de tarieflijst van het RIZIV zijn vastgelegd. De patiënt betaalt alleen het remgeld, d.w.z. het verschil tussen het bedrag dat wordt terugbetaald door de mutualiteit en het officiële ereloon vastgelegd in de overeenkomst.

413. In tegenstelling tot ereloonsupplementen voor hospitalisaties worden ereloonsupplementen voor ambulante prestaties in het ziekenhuis zo goed als niet gereguleerd. Enkel twee wettelijke beperkingen met betrekking tot het aanrekenen van ereloonsupplementen voor ambulante prestaties zijn recentelijk aangenomen; enerzijds het verbod om ereloonsupplementen aan te rekenen aan patiënten met een verhoogde tegemoetkoming (pas in voege vanaf 1 januari 2025)<sup>366</sup> en anderzijds het verbod om supplementen voor zware medische beeldvorming aan niet-gehospitaliseerde patiënten aan te

---

<sup>360</sup> Aanmeldingsformulier, §133.

<sup>361</sup> *Ibid.*

<sup>362</sup> *Ibid.*

<sup>363</sup> *Ibid.*

<sup>364</sup> Bepaalde categorieën van rechthebbenden krijgen een verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en moeten dus een beperkter persoonlijk aandeel betalen) voor zover hun inkomen een bepaalde grens niet overschrijdt, zoals invaliden, gepensioneerden en weduwen, rechthebbenden op een leefloon, enz., aanmeldingsformulier, §232.

<sup>365</sup> Aanmeldingsformulier, §133.

<sup>366</sup> *Ibid.*, §232.

rekenen sinds 4 december 2024.<sup>367</sup> Om supplementen aan te rekenen voor ambulante prestaties verleend in het ziekenhuis, is het ziekenhuis niet verplicht om de maximumtarieven in de algemene of financiële regeling op te nemen, wat een verschil inhoudt ten aanzien van ereloon-supplementen tijdens hospitalisaties. Het algemeen basisprincipe dat hier geldt, is dat artsen hun erelonen vrij bepalen.<sup>368</sup>

414. Het auditoraat heeft de risico's van een prijsstijging in de vorm van een toename van de aanrekening van medische diensten tegen niet-geconventioneerde tarieven in de ziekenhuizen van partijen onderzocht. Dit risico op prijsstijgingen bestaat niet voor erelonen voor medische prestaties tijdens een hospitalisatie, waarvoor de regels gelden die van toepassing zijn op supplementen in de algemene regeling.

***b. Beschrijving van het huidig beleid over ereloon-supplementen voor gespecialiseerde ambulante zorg bij ZNA en GZA***

415. ZNA en GZA hanteren een verschillend ereloon-supplementenbeleid voor ambulante zorg. ZNA heeft [VERTROUWELIJK]. De financiële regeling van GZA voorziet in tegendeel wel twee basisprincipes: [VERTROUWELIJK].

369

***c. Evolutie van de aangerekende ereloon-supplementen voor ambulante zorg bij ZNA en GZA***

416. ZNA en GZA hebben de effectieve aangerekende bedragen voor ambulante zorg voor de jaren 2019, 2022 en 2023 aan het auditoraat overgemaakt.<sup>370</sup> Voor elk van deze jaren geeft de onderstaande tabel het bedrag weer dat de partijen hebben ontvangen voor ambulante zorg, afhankelijk van het feit of er al dan niet supplementen in rekening zijn gebracht.

417. In 2019 factureerde ZNA in totaal [VERTROUWELIJK] EUR voor gespecialiseerde ambulante zorg. Dit omvat [VERTROUWELIJK] EUR aan aangerekende ambulante zorgprestaties waarvoor geen supplementen werden aangerekend, en [VERTROUWELIJK] EUR aan aangerekende ambulante zorg waarvoor enkele ereloon-supplementen werden aangerekend – waaronder [VERTROUWELIJK] EUR ereloon-supplementen. Dit betekent dat de ereloon-supplementen (i) [VERTROUWELIJK]% van het totale ontvangen bedrag ([VERTROUWELIJK]EUR) vertegenwoordigden; (ii) [VERTROUWELIJK]% van het ontvangen bedrag op ambulante zorgdiensten waarvoor ereloon-supplementen werden aangerekend

---

<sup>367</sup> *Ibid.*, §133.

<sup>368</sup> Art. 35 wet betreffende de uitoefening Gezondheidszorgberoepen stipuleert dat (onder meer) artsen recht hebben op honoraria waarbij zij vrij het bedrag van de honoraria bepalen, onverminderd de toepassing van beperkingen voorzien in de wet of in overeenkomsten waartoe de artsen zijn toegetreden en onverminderd deontologische beperkingen zoals voorzien door de Orde der artsen (Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, BS 18 juni 2015; Aanmeldingsformulier, §230.

<sup>369</sup> Partijen verwijzen ook naar de niet-gereguleerde tarieven voor de medische prestaties van de pseudonomenclatuur (Aanmeldingsformulier, §134). De pseudonomenclatuur verwijst naar prestaties waarvoor geen nomenclatuurnummer is vastgesteld en waarvoor het ziekenhuis evenmin financiering ontvangt via het BFM. [VERTROUWELIJK].

Partijen beschouwen dat de concentratie geen aanleiding geeft aan negatieve gevolgen voor deze prestaties. Aangezien uit het onderzoek worden geen risico's of bezorgdheden geïdentificeerd in verband met de prestaties van de pseudonomenclatuur worden deze prestaties niet verder besproken in het voorstel van beslissing.

<sup>370</sup> Bijlage 63a bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3).

([VERTROUWELIJK] EUR); en (iii) [VERTROUWELIJK]% van het ontvangen bedrag op ambulante zorgdiensten waarvoor ereloonsupplementen werden aangerekend exclusief ereloonsupplementen ([VERTROUWELIJK]).

418. In hetzelfde jaar factureerde GZA in totaal [VERTROUWELIJK] euro aan ambulante zorg. Dit omvat [VERTROUWELIJK] EUR aan ambulante zorgprestaties waarvoor geen ereloonsupplementen werden aangerekend, en [VERTROUWELIJK] EUR aan ambulante zorgprestaties waarvoor wel ereloonsupplementen werden aangerekend – waaronder [VERTROUWELIJK] EUR ereloonsupplementen. Dit betekent dat de ereloonsupplementen (i) [VERTROUWELIJK]% van het totale ontvangen bedrag ([VERTROUWELIJK] EUR) vertegenwoordigden; (ii) [VERTROUWELIJK]% van het ontvangen bedrag op ambulante zorgdiensten waarvoor ereloonsupplementen werden aangerekend ([VERTROUWELIJK] EUR); en (iii) [VERTROUWELIJK]% van het ontvangen bedrag op ambulante zorgdiensten waarvoor ereloonsupplementen werden aangerekend exclusief ereloonsupplementen ([VERTROUWELIJK]).

419. Het auditoraat merkt op dat tussen 2019 en 2023 het aandeel van de ereloonsupplementen in de ambulante zorg bij ZNA [VERTROUWELIJK].

[VERTROUWELIJK: Tabel]

Bron: ZNA weergave van erelonen voor ambulante zorg.

[VERTROUWELIJK: Tabel]

Bron: GZA weergave van erelonen voor ambulante zorg.

#### **d. Marktonderzoek**

420. De meerderheid van de respondenten van het marktonderzoek bevestigen dat wat betreft ambulante zorg er concurrentiële druk bestaat, komende van andere actoren zoals privéklinieken en huisartsen. Dit blijkt uitdrukkelijk uit het antwoord van Solidaris dat stelt dat ambulante zorg kan plaatsvinden binnen de muren van een ziekenhuis alsook ver daarbuiten.<sup>371</sup>

421. Hoewel de respondenten van het marktonderzoek geen expliciete bezorgdheden hebben overgemaakt met betrekking tot de supplementen van ambulante zorg, blijkt dit wel uit twee studies van het IMA. Deze studies betreffen onderzoeken naar de supplementen die worden toegepast op ambulante beeldvorming waaronder MRI, CT en radiotherapie. Deze studies concluderen dat op één op vier van dergelijke onderzoeken supplementen werden aangerekend.<sup>372</sup> Voor MRI-onderzoeken zou zelfs voor 44% van de onderzoeken ereloonsupplementen worden geattesteerd.<sup>373</sup>

#### **iii) Beoordeling en conclusie van de auditeur**

422. Volgens de Richtsnoeren van de Commissie voor de beoordeling van horizontale concentraties zijn er drie factoren die het risico op niet-gecoördineerde effecten kunnen verhogen: (i) de fuserende ondernemingen hebben hoge marktaandelen; (ii) de fuserende ondernemingen zijn naaste concurrenten; en (iii) de afnemers hebben weinig mogelijkheden om van leverancier te veranderen.<sup>374</sup>

---

<sup>371</sup> Antwoord van Solidaris op de VOI van 16 februari 2024 (IV.2.B2), p. 3.

<sup>372</sup> Zie <https://ima-aim.be/Persbericht-Opnieuw-stijging-van?lang=nl>.

<sup>373</sup> Zie [https://ima-aim.be/IMG/pdf/financiele\\_toegankelijkheid\\_van\\_ambulante\\_mri- en\\_ct-scans.pdf](https://ima-aim.be/IMG/pdf/financiele_toegankelijkheid_van_ambulante_mri- en_ct-scans.pdf).

<sup>374</sup> Europese Commissie, *Richtsnoeren horizontale fusies*, 2004/C 31/03, §27 en 31.

423. In de voorliggende zaak merkt het auditoraat op dat (i) de partijen leiders zijn op de lokale markt voor ambulante zorg; (ii) de partijen soortgelijke ambulante zorgdiensten aanbieden in hetzelfde geografische gebied,<sup>375</sup> en dat (iii) afstand een cruciale rol speelt bij de keuze van een ziekenhuis, zodat de meeste patiënten naar de ziekenhuizen gaan die het dichtst bij hun woonplaats liggen.

424. Aangaande ereloon-supplementen voor gespecialiseerde ambulante zorg stelt de auditeur vast dat ZNA en GZA een verschillend juridisch beleid toepassen: enkel GZA heeft specifieke bepalingen opgenomen in haar financiële regeling over supplementen. De evolutie van de proportie van ereloon-supplementen tussen 2019 en 2023 vertoont een [VERTROUWELIJK] voor ZNA en een [VERTROUWELIJK] van de aangerekende supplementen bij GZA. Indien gekeken wordt naar de proportie van supplementen ten aanzien van de erelonen aangerekend door GZA met supplementen, kan worden opgemerkt dat deze [VERTROUWELIJK] tussen 2019 en 2023, van [VERTROUWELIJK]% naar [VERTROUWELIJK]%. Verder blijkt uit de interne documenten dat de [VERTROUWELIJK].”<sup>376</sup>

425. [VERTROUWELIJK].

Echter, tot op heden loopt de onderhandeling met artsen nog en zijn de voornemens niet gegarandeerd. De zuivere intentie van partijen om [VERTROUWELIJK] in de financiële regeling van de gefuseerde entiteit te handhaven biedt onvoldoende zekerheid ten aanzien van de tarieven in de huidige context. Ten eerste is het wettelijke kader in verband met ereloon-supplementen voor ambulante zorg zeer beperkt. Ten tweede zijn op de markt voor ambulante zorg ziekenhuizen in concurrentie met privépraktijken die zonder wettelijke beperkingen niet-geconventioneerde tarieven kunnen aanrekenen.

426. Op basis van bovenstaande elementen is de auditeur van mening aan het eind van de voorlopige Fase 1 onderzoek dat er zich waarschijnlijke mededingingsbeperkende gevolgen op de lokale markt van gespecialiseerde ambulante zorg kunnen voordoen, met name dat de Concentratie tot een significante belemmering van de daadwerkelijke mededinging kan leiden in de vorm van enerzijds een toenemende gebruik van niet-geconventioneerde tarieven (i.e. hoger niet-geconventioneerde activiteit), en anderzijds van een verhoging van maximumtarieven ([VERTROUWELIJK]) voor ereloon-supplementen voor niet-geconventioneerde prestaties.

427. De auditeur concludeert dat omwille van de mogelijke mededingingsbeperkende gevolgen op de lokale markt van gespecialiseerde ambulante zorg<sup>377</sup> er ernstige twijfels bestaan over de toelaatbaarheid van deze Concentratie. In onderhavige zaak worden deze ernstige twijfels niettemin weggelaten door de verbintenissen die de partijen hebben voorgesteld.

#### ***iv) Beoordeling van het Mededingingscollege***

428. Het College deelt de beoordeling en conclusie van de auditeur in het licht van de resultaten van het onderzoek in Fase 1 dat het waarschijnlijk is dat de Concentratie enerzijds een toenemend gebruik van

---

<sup>375</sup> *Supra* afd.VIII.

<sup>376</sup> Bijlage 28 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), 20220621\_AP\_02\_bijlagen\_bij\_fusieprotocol; Bijlage 36 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), slides 23 en 25 (**het College** noteert het voorstel van besluit van de auditeur in voetnoot 259 verkeerdelijk verwijst naar bijlage 53 i.p.v. bijlage 36).

<sup>377</sup> Het voorstel van besluit van de auditeur verwijst verkeerdelijk naar de markt voor hospitalisaties in plaats van de markt van gespecialiseerde ambulante zorg.

niet-geconventioneerde tarieven teweeg brengt, en anderzijds een verhoging van maximumtarieven voor ereloonsupplementen voor niet-geconventioneerde prestaties, op de lokale markt van gespecialiseerde ambulante zorg. Hierdoor is het College van oordeel dat er ernstige twijfels bestaan over de toelaatbaarheid van de Concentratie.

429. Het College deelt de analyse van de auditeur dat de voornemens van partijen om [VERTROUWELIJK] geen garantie bieden voor deze mededingingsbeperkende gevolgen die kunnen volgen uit de Concentratie. Daarenboven blijkt uit het onderzoek dat partijen zelf [VERTROUWELIJK] verwachten na de fusie.<sup>378</sup>

430. Ten slotte biedt de eventuele concurrentie komende van de privépraktijken om dergelijke effecten te vermijden, onvoldoende garantie aangezien de privépraktijk niet gebonden is om geconventioneerde tarieven na te leven. Partijen bevestigen dit aangezien ze gewag maken van *“de ambulante activiteit die “wegdraineren” naar privépraktijken, omdat gedeconventioneerde artsen zich in die privépraktijken op geen enkele wijze geconfronteerd zien met contractuele beperkingen qua ereloonsupplementen en volledig vrij zijn om de hoogte van hun ereloon te bepalen”*.<sup>379</sup>

#### **IX.2.2.d Analyse van de impact van de Concentratie op het niveau van afdrachten op de erelonen van artsen (markten voor hospitalisaties en voor gespecialiseerde ambulante zorg)**

##### ***i) Inleiding***

431. De erelonen van de artsen maken integraal deel uit van het budget van een ziekenhuis, zoals hierboven uitgelegd. De inhoud van deze erelonen wordt bepaald door de artikelen 154 en 155 van de Ziekenhuiswet. Deze erelonen komen overeen met de vergoeding die artsen ontvangen voor de zorg die ze verlenen. Deze erelonen worden vrij bepaald door de arts, met inachtneming van de beperkingen die worden opgelegd door zijn status als geconventioneerde arts of de beperkingen op supplementen die door het ziekenhuis worden opgelegd. De erelonen kunnen rechtstreeks door de artsen worden geïnd of centraal door het ziekenhuis, dat vervolgens de bedragen betaalt aan elk medisch specialisme, vaak georganiseerd in de vorm van een “pool”.<sup>380</sup> Alle ziekenhuisartsen dragen echter op verschillende manieren bij aan het ziekenhuisbudget en sommige specialiteiten worden betaald door het ziekenhuis, zoals spoedartsen en geriateren. Onder de term “afdrachten” wordt verwezen naar het bedrag dat door het ziekenhuis op de erelonen van de artsen wordt ingehouden als compensatie voor de kosten en als bijdrage aan de werking van het ziekenhuis.<sup>381</sup>

##### ***ii) Standpunt van de aanmeldende partijen***

432. Partijen passen beide een systeem toe [VERTROUWELIJK].<sup>382</sup> Dit wordt geregeld in de huidige financiële regelingen van GZA en ZNA en zal na de Concentratie in de toekomstige ééngemaakte financiële regeling worden hernomen. In het kader van de eengemaakte financiële regeling zijn partijen voornemens de afdrachten [VERTROUWELIJK].

<sup>378</sup> Zie randnr. 424.

<sup>379</sup> Zie SO, randnr. 37.

<sup>380</sup> Kesteloot, G., & Van Herck, G. (2015). Financieel beleid voor ziekenhuizen. *Acco*, 130-131.

<sup>381</sup> Bijlage 63a bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), §128.

<sup>382</sup> De financiële regeling van ZNA artikel 3 & financiële regeling van GZA, artikel 3, Bijlage 50b bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3) (bijlage 52 -07\_bijlage FR).

433. De voorgenomen Concentratie houdt geen risico in op een verslechtering van het statuut van de artsen volgens partijen. Ten eerste moet de afdrachtenregeling, als gedeelte van de ééngemaakte financiële regeling door de medische raden goedgekeurd worden en deze worden sinds lang betrokken bij de onderhandelingen in verband met afdrachten.<sup>384</sup> Ten tweede is er een limiet aan de financiële bijdragen van artsen [VERTROUWELIJK].<sup>385</sup> Bovendien zouden de afdrachten voor de artsen in GZA en ZNA, [VERTROUWELIJK], [VERTROUWELIJK] zijn dan het gemiddelde van Vlaamse algemene ziekenhuizen volgens de MAHA-analyse die werd uitgevoerd in opdracht voor partijen in januari 2024.<sup>386</sup> Ten slotte zou de entiteit post-concentratie de prikkels hebben om een aantrekkelijke afdrachtenregeling in stand te houden teneinde het risico te vermijden om artsen of potentiële kandidaten te verliezen ten gunste van haar concurrenten.<sup>387</sup>

### **iii) Onderzoek**

434. De afdrachten op de erelonen van de artsen verschillen enigszins tussen ZNA en GZA. Procentueel dragen de artsen van GZA met [VERTROUWELIJK]% een hogere afdracht af in vergelijking met de artsen van ZNA ([VERTROUWELIJK]%). Beide percentages zijn [VERTROUWELIJK] dan het gemiddelde van 38% overheen de Vlaamse algemene ziekenhuizen (38% volgens de MAHA-analyse).<sup>388</sup>

435. [VERTROUWELIJK].

<sup>389</sup> [VERTROUWELIJK].

436. De erelonen van artsen die in een ziekenhuis werken maken deel uit van de boekhouding van het ziekenhuis.<sup>390</sup> Naargelang de situatie, komt een deel van die erelonen, of alle erelonen, in de ziekenhuisboekhouding.<sup>391</sup> De auditeur merkt hierbij op dat noch het RIZIV, noch de FOD Volksgezondheid het afdrachtenbeleid binnen ziekenhuizen reguleert of er toezicht op houdt.

437. Concurrenten<sup>392</sup> bevestigen het personeelstekort en het belang om artsen te kunnen aantrekken, maar hebben geen specifieke opmerkingen gemaakt over de gevolgen van de Concentratie voor het afdrachtenbeleid. Wanneer respondenten bevroegd worden over de “war on talent”, vermeldt één concurrent dat “*jonge artsen vaker elders carrièremogelijkheden opzoeken bij grotere ziekenhuizen die*

<sup>383</sup> Aanmeldingsformulier, §146.

<sup>384</sup> Voor verschillende aspecten dient het bestuursorgaan een advies bij de medische raad inwinnen (artikel 137 e.v. van de Ziekenhuiswet) dan wel zelfs een akkoord zijn afgesloten met de medische raad. Specifiek voor de tekst van de algemene (incl. financiële) regeling hebben de medische raden een verzwaaarde adviesbevoegdheid (art. 137 *iuncto* art. 139 Ziekenhuiswet) die hen toelaat, een voorstel van beslissing van het Bestuursorgaan tegenhouden. Zie Bijlage 50a bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), §44.

<sup>385</sup> Aanmeldingsformulier, §146.

<sup>386</sup> *Ibid.*

<sup>387</sup> *Ibid.*

<sup>388</sup> Bijlage 9 bij het antwoord op VOI nr. 6 (I.Z10), p. 29.

<sup>389</sup> “Lange termijn financieel plan”, Bijlage 36 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3).

<sup>390</sup> FOD Volksgezondheid, verslag, *Blikvanger Gezondheidszorg – Algemene Ziekenhuizen*, ed. 2023, 23.

<sup>391</sup> Kesteloot, G., & Van Herck, G. (2015). Financieel beleid voor ziekenhuizen. *Acco*, 13.

<sup>392</sup> Bijvoorbeeld PV van gesprek van 31 januari 2024 met AZ Klina (III.1.D2), §19-20 en 25.

*meer capaciteit hebben voor investeringen om ‘subspecialisatie’ te faciliteren” zonder verder te verwijzen naar het afdrachtenbeleid.<sup>393</sup>*

438. De artsen die in het onderzoek werden bevroegd, gaven geen specifieke mening over het afdrachtenbeleid voor artsen.

439. Uit het onderzoek blijkt verder dat er een “standstill” inzake afdrachten is ingevoerd door de eerder genoemde Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen. Dit is bedoeld om te voorkomen dat ziekenhuisartsen – die al onderworpen zijn aan de standstill van ereloonsupplementen – automatisch extra inhoudingen op hun erelonen krijgen via de afdrachten. De afdrachten kunnen echter worden aangepast in het kader van de gebruikelijke mechanismen die zijn overeengekomen tussen de medische raad van het ziekenhuis en het bestuursorgaan. In elk geval is het voor het ziekenhuis verboden om nieuwe afdrachten toe te passen voor medische kosten die niet door het budget worden vergoed.<sup>394</sup> De finaliteit van deze maatregel bestaat erin te verhinderen dat de stabilisering van geldende maximumtarieven automatisch zou leiden tot bijkomende afdrachten op de erelonen.

#### ***iv) Beoordeling en conclusie van de auditeur***

440. Hoewel de partijen elk een beperkt verschillend afdrachtenbeleid hebben, liggen de respectieve afdrachtenniveaus [VERTROUWELIJK] het Vlaamse gemiddelde. Indien de huidige onderhandelingen zouden resulteren in een [VERTROUWELIJK] afdrachtenniveau dan dat van vóór de Concentratie, zou het volgens de informatie die over de huidige onderhandelingen werd verstrekt, de drempel van [VERTROUWELIJK]% echter niet overschrijden. [VERTROUWELIJK]. Bovendien lijkt het onwaarschijnlijk dat de partijen een tarief van meer dan [VERTROUWELIJK]% kunnen (of willen) opleggen. In de eerste plaats moeten ze aantrekkelijk blijven voor een medische beroepsgroep die momenteel met een tekort kampt en die nog heel wat mogelijke alternatieven heeft gezien de aanwezigheid van verschillende concurrenten in het zorggebied heeft.<sup>395</sup> Bovendien is een te sterke verhoging van de afdrachten niet aannemelijk in een post-concentratiecontext, gezien de beperkingen op de erelonen van artsen in verband met ereloonsupplementen.

441. Op basis van het bovenstaande concludeert de auditeur dat het onwaarschijnlijk is dat de voorgenomen Concentratie zou resulteren in mededingingsbeperkende gevolgen op de lokale markt voor hospitalisaties noch op de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg in de vorm van een verhoging van de afdrachten op erelonen.

#### ***v) Beoordeling van het Mededingingscollege***

442. Om de redenen aangehaald in randnummer 440, deelt het College de conclusie van de auditeur dat het onwaarschijnlijk is dat de Concentratie zou resulteren in mededingingsbeperkende gevolgen op de lokale markt voor hospitalisaties of op de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg in de vorm van een verhoging van afdrachten op erelonen ten gunste van de ziekenhuizen.

---

<sup>393</sup> PV AZ Monica (III.2.E2), §27.

<sup>394</sup> Zie [https://etaamb.openjustice.be/nl/koninklijk-besluit-van-20-juli-2022\\_n2022015556.html](https://etaamb.openjustice.be/nl/koninklijk-besluit-van-20-juli-2022_n2022015556.html).

<sup>395</sup> Antwoord op VOI 31 januari 2024, §63 “Voorts gaan ziekenhuizen in concurrentie met elkaar wanneer het gaat over personeel. Gelet op de schaarste aan personeel en de vereisten qua bezetting van (medisch-technische) diensten, zorgprogramma’s enz. is de strijd om personeel te vinden en diensten voldoende te bestaffen, groot.”

### **IX.2.3 Analyse van de unilaterale effecten op de kwaliteit van het zorgaanbod van partijen**

#### **IX.2.3.a Analyse van de rechtstreekse impact van de Concentratie op de kwaliteit van het zorgaanbod**

##### ***i) Standpunt van de aanmeldende partijen***

443. In hun toelichting over een mogelijke impact op specifieke service lines waar partijen een hoog gezamenlijk marktaandeel bezitten, stellen partijen steeds dat er geen risico is op een verminderde kwaliteit van de zorg en dat de partijen geen intentie hebben om het zorgaanbod te verminderen.<sup>396</sup>

##### ***ii) Onderzoek***

###### ***a. Inleiding***

444. Binnen de Belgische ziekenhuissector is de kwaliteit van het zorgaanbod een belangrijke concurrentieparameter.<sup>397</sup> Het leveren van gezondheidszorg van betere kwaliteit stelt ziekenhuizen in staat om meer patiënten aan te trekken (ten koste van andere ziekenhuizen) en daardoor meer financiering te ontvangen. In deze context zal de beoogde Concentratie mogelijks concurrentiebeperkende effecten kunnen teweegbrengen op vlak van de kwaliteit van het zorgaanbod.

445. De vraag is of de kwaliteit van de zorg die de partijen na de Concentratie gezamenlijk aanbieden lager, hoger of gelijk zal zijn aan de kwaliteit van de zorg die dezelfde partijen zonder de Concentratie zouden aanbieden.

###### ***b. Kwantitatieve analyse***

446. Om de mogelijke negatieve gevolgen na de Concentratie op de kwaliteit van het zorgaanbod van partijen te beoordelen, heeft het auditoraat een kwantitatieve analyse uitgevoerd waarbij rekening wordt gehouden met de naastheid van de concurrentie tussen partijen (op een meer verfijnde manier dan gereflecteerd in de lokale marktaandelen) en de marge die partijen aanrekenen voor hun diensten.

447. De naastheid van concurrentie tussen de partijen is een van de factoren die van invloed kan zijn op de waarschijnlijkheid dat een concentratie leidt tot mededingingsbeperkende gevolgen. Na de Concentratie zal de nieuwe gecombineerde entiteit rekening houden met het feit dat een deel van de door een van de partijen verloren patiënten naar de andere partij zou kunnen overschakelen, geen negatieve gevolgen meer heeft op de verworven inkomsten, aangezien beide partijen gezamenlijk beheerd worden als gevolg van de Concentratie. Een kwaliteitsvermindering die vóór de Concentratie niet winstgevend was, kan dat na de Concentratie worden, aangezien de verliezen verbonden aan de afname van het aantal patiënten bij de ene partij ten minste gedeeltelijk kunnen worden gecompenseerd door de toename van het aantal patiënten bij de andere partij.

448. Dit geldt des te meer indien de door de andere partij gerealiseerde marges hoog zijn. Deze internalisering door de partijen kan de nieuwe gecombineerde entiteit dus een prikkel geven om de kwaliteit van haar zorgaanbod te verminderen.

---

<sup>396</sup> Bijv. aanmeldingsformulier, §163.

<sup>397</sup> Zie, onder meer: <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/si-certains-hopitaux-etaient-plus-performants-4-000-deces-par-an-pourraient-etre-evites.html>; <https://www.hln.be/binnenland/ziekenhuizen-kunnen-4-000-overlijdens-per-jaar-vermijden~a488d88c/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>; [https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20240416\\_96321951](https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20240416_96321951); [https://www.standaard.be/cnt/dmf20230829\\_97391179](https://www.standaard.be/cnt/dmf20230829_97391179); <https://www.hln.be/binnenland/ziekenhuizen-kunnen-4-000-overlijdens-per-jaar-vermijden~a488d88c/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>.

449. Teneinde hier een inschatting van te maken, berekende het auditoraat een “Quality Reduction Incentive-index” (hierna “QRI-index”) voor elk van de partijen en in elk van de betrokken lokale markten voor respectievelijk hospitalisaties en gespecialiseerde ambulante zorg.<sup>398</sup> Het breidt de set van traditionele merger screening instrumenten uit – inclusief (maar niet beperkt tot) de “Upward Pricing Pressure”<sup>399</sup> (hierna “UPP”) index, de “Gross Upward Pricing Pressure Index”<sup>400</sup> (hierna “GUPPI”), en de “Compensating Marginal Cost Reductions”<sup>401</sup> (hierna “CMCR”) index. Deze instrumenten worden gebruikt door mededingingsautoriteiten met het doel unilaterale prijseffecten post-concentratie te evalueren (i.e. de prikkels van partijen om de prijzen te verhogen die voortvloeien uit het wegvallen van de rechtstreekse concurrentiedruk tussen de partijen).<sup>402</sup> Ter beoordeling van het effect van de Concentratie op kwaliteit, voor de aspecten waarbij prijs sterk gereguleerd is, is echter een aanpassing van deze instrumenten nodig.

450. De QRI-index is conceptueel gelijkaardig aan de CMCR-index en vertegenwoordigt de minimale marginale kostenreductie die vereist is opdat partijen geen prikkel hebben om de kwaliteit post-concentratie te verminderen. Op deze manier kwantificeert de index het risico dat de partijen de kwaliteit van hun zorgdiensten na de fusie verminderen als gevolg van de vermindering van de onderlinge concurrentiedruk.

451. De QRI-index is gebaseerd op twee belangrijke principes. Ten eerste, vermindert een horizontale concentratie de concurrentiedruk tussen de partijen indien hun zorgaanbod relatief substitueerbaar is.<sup>403</sup> Een vermindering van de concurrentiedruk tussen de partijen – bijvoorbeeld als gevolg van een concentratie – zou er dus toe kunnen leiden dat de partijen de kwaliteit van hun zorg verminderen. Ten tweede, kan er van worden uitgegaan dat de kosten voor de partijen kleiner zijn naarmate de kwaliteit van de door hen verleende diensten kleiner is. Bovendien geldt dat – onder gelijkblijvende omstandigheden – hoe lager de marginale kosten zijn voor de productie van een product of dienst van hoge kwaliteit, hoe groter de prikkel is om een product of dienst van hoge kwaliteit te produceren.

452. De QRI-index wordt bepaald door de volgende twee elementen:

- a. Verschuivingsratio's als maatstaf voor de naastheid van concurrentie tussen de partijen. In het geval van een verslechtering van de kwaliteit van de door een van de partijen aangeboden zorg, geldt dat hoe sterker de substitueerbaarheid is tussen de partijen, des te groter het aandeel van verloren patiënten is die de andere partij binnen de nieuwe fusieonderneming zal kunnen recupereren. De omvang van de substitueerbaarheid die door een van de partijen bij de Concentratie op de andere partij wordt uitgeoefend, kan worden gemeten aan de hand van de “verschuivingsratio” (in het Engels “diversion ratio”) van de tweede naar de eerste

---

<sup>398</sup> Zie Bijlage C voor een gedetailleerde toelichting van het toegepaste model.

<sup>399</sup> Farrell, J., & Shapiro, C. (2010). Antitrust evaluation of horizontal mergers: An economic alternative to market definition. *The BE Journal of Theoretical Economics*, 10(1), 0000102202193517041563.

<sup>400</sup> Salop, S. C., & Moresi, S. (2009). Updating the merger guidelines: Comments. *Georgetown Law Journal*.

<sup>401</sup> Werden, G. J. (1996). A robust test for consumer welfare enhancing mergers among sellers of differentiated products. *Journal of Industrial Economics*, 409-413.

<sup>402</sup> Bijvoorbeeld Oldale, A., & Padilla, J. (2013). EU merger assessment of upward pricing pressure: Making sense of UPP, GUPPI, and the like. *Journal of European Competition Law & Practice*, 4(4), 375-381; en Valletti, T., & Zenger, H. (2021). Mergers with differentiated products: Where do we stand?. *Review of Industrial Organization*, 58, 179-212.

<sup>403</sup> Europese Commissie, *Richtsnoeren horizontale fusies*, 2004/C 31/03, §28-30.

partij en vice versa. Hoe hoger deze verschuivingsratio's, hoe groter het risico op een negatief unilateraal effect op de aangeboden kwaliteit.<sup>404</sup>

- b. De marges van prijs boven marginale kost van partijen. De door de partijen behaalde marges zijn van invloed op het risico dat de partijen de kwaliteit van hun zorgaanbod na de Concentratie verminderen. In het geval van een kwaliteitsdaling bij een van de partijen, en rekening houdend met de naastheid van concurrentie tussen de partijen, zal de winstderving bij de partij die ten gevolge van de kwaliteitsdaling patiënten verliest sterker worden gecompenseerd door de winstverhoging van de andere partij (die (een deel van) de verloren patiënten aantrekt), naarmate de marge van deze laatste partij groter is. De door de aanmeldende partijen behaalde marges kunnen worden berekend op basis van inkomsten en variabele kosten. Hoe hoger deze marges zijn, des te groter is het risico op een negatief unilateraal effect op de aangeboden kwaliteit.

453. Er zijn twee verschillende formules voor de QRI index.<sup>405</sup> In zijn eenvoudigste versie – die geen rekening houdt met alle strategische interacties tussen de partijen, zie *infra* – wordt de QRI index voor partij  $i$  gegeven door:

$$QRI_i = m_j DR_{ij} \quad (1)$$

454. Waarbij  $m_j$  de marge van partij  $j$  vertegenwoordigt, en  $DR_{ij}$  de verschuivingsratio van partij  $i$  naar partij  $j$  in het pre-Concentratie evenwicht. Bijvoorbeeld wordt de QRI-index voor GZA op de lokale markt voor hospitalisaties gegeven door het product van de verschuivingsratio van GZA naar ZNA en de marge van prijs boven marginale kost voor ZNA. Naar symmetrie is de QRI-index voor ZNA op de lokale markt voor hospitalisaties gegeven door het product van de verschuivingsratio van ZNA naar GZA en de marge

---

<sup>404</sup> De verschuivingsratio van partij A naar partij B op de markt voor hospitalisaties wordt gegeven door de fractie van het aantal hospitalisaties dat partij A verliest en die worden overgedragen naar partij B, in het geval van een lichte maar permanente afname van de kwaliteit van de zorg die partij A biedt. De analyse van verschuivingsratio's is hier gebaseerd op de "Onafhankelijkheid van Irrelevante Alternatieven" hypothese. Deze hypothese houdt in dat bij de keuze tussen Ziekenhuis A en Ziekenhuis B, de voorkeur van patiënten voor Ziekenhuis C geen invloed heeft op hun keuze tussen Ziekenhuis A en Ziekenhuis B. De geldigheid van deze hypothese in de ziekenhuissector wordt bevestigd door verschillende academische artikelen, waaronder Gutacker, N., Siciliani, L., Moscelli, G., & Gravelle, H. (2016). Choice of hospital: Which type of quality matters? *Journal of Health Economics*, 50, 230-246; en Smith, H., Currie, C., Chaiwuttisak, P., & Kyprianou, A. (2018). Patient choice modelling: How do patients choose their hospitals? *Health Care Management Science*, 21, 259-268. In deze context kunnen verschuivingsratio's rechtstreeks worden berekend op basis van de relatieve marktaandeelen van de Partijen. Het auditoraat berekende de relatieve marktaandeelen van de partijen op het kleinste beschikbare geografische niveau – op het niveau van de postcode van de woonplaats van de patiënt – en voegde de resultaten vervolgens samen op het niveau van het verzorgingsgebied om de verschuivingsratio's tussen de partijen op elke in aanmerking genomen lokale markt af te leiden.

<sup>405</sup> Er dient te worden opgemerkt dat deze formules gebaseerd zijn op een economisch model waarin de prijzen worden bepaald door een regulator en waarin bedrijven hun kwaliteitsniveau strategisch bepalen om hun winst te verhogen. Deze theoretische structuur komt relatief goed overeen met de Belgische ziekenhuissector waar, door de geldende regelgeving, de concurrentie tussen ziekenhuizen voornamelijk gebaseerd is op de kwaliteit van de aangeboden zorg. Bovendien lijkt de QRI-index op andere tests van unilaterale effecten die traditioneel gebruikt worden voor niet-gereguleerde sectoren, waar de concurrentie plaatsvindt op het niveau van de prijzen. In concept is de QRI vergelijkbaar met de "Compensating Marginal Cost Reduction" (hierna "CMCR")<sup>405</sup> maatstaf en is daarom ook sterk gerelateerd aan de traditionele "Upward Pricing Pressure" (hierna "UPP") en "Gross Upward Pricing Pressure" (hierna "GUPPI") instrumenten die toelaten het risico op prijsstijgingen ten gevolge van een horizontale fusie in te schatten. Het belangrijkste verschil is echter dat de QRI is gebaseerd op winstmaximalisatie in termen van kwaliteit, terwijl de UPP, GUPPI en CMCR zijn gebaseerd op winstmaximalisatie in termen van prijzen. Zie ook Werden, G. J. (1996). A robust test for consumer welfare enhancing mergers among sellers of differentiated product., *Journal of Industrial Economics*, 44, 409-413; Salop, S. C., & Moresi, S. (2009). Updating the merger guidelines: Comments. *Georgetown Law Journal*. Farrell, J., & Shapiro, C. (2010). Antitrust evaluation of horizontal mergers: An economic alternative to market definition. *The BE Journal of Theoretical Economics*, 10(1), 0000102202193517041563; Oldale, A., & Padilla, J. (2013). EU merger assessment of upward pricing pressure: Making sense of UPP, GUPPI, and the like. *Journal of European Competition Law & Practice*, 4, 375-381. Valletti, T., & Zenger, H. (2021). Mergers with differentiated products: Where do we stand?. *Review of Industrial Organization*, 58, 179-212.

van prijs boven marginale kost voor GZA. De formules van de QRI-indexen voor GZA en ZNA in de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg zijn analoog.

455. Hoe groter de naastheid van concurrentie tussen de partijen (i.e. hoe hoger de verschuivingsratio's), hoe groter de stimulans voor de partij in kwestie om de kwaliteit van haar zorgaanbod na de Concentratie te verlagen en hoe hoger haar QRI-index. Evenzo, hoe hoger de marges die door een van de partijen worden behaald, hoe groter de stimulans voor de andere partij om de kwaliteit van haar zorgaanbod na de Concentratie te verlagen en hoe hoger haar QRI-index.

456. In de meest volledige versie is de QRI-formule enigszins aangepast om rekening te houden met de strategische interacties tussen de partijen. De formule wordt in dat geval:

$$QRI_i = \frac{m_j}{1-DR_{ij}DR_{ji}(1-m_i)}DR_{ij} + \frac{m_i}{1-DR_{ij}DR_{ji}(1-m_i)}DR_{ij}DR_{ji} \quad (2)$$

457. Formule (2) is een uitbreiding van Formule (1). Zoals hierboven uiteengezet, verlicht de concentratie de concurrentiedruk tussen de partijen. Elke partij internaliseert het feit dat een deel van de patiënten die verloren kunnen gaan als gevolg van een afname van de kwaliteit van haar zorg, naar de andere partij overschakelt. Een dergelijke overlap stimuleert elke partij om de kwaliteit van haar zorg na de Concentratie te verminderen. Dit is precies wat Formule (1) ondervangt. Daarnaast kan elke partij anticiperen dat de andere partij ook in de verleiding zal komen om de kwaliteit van haar zorg na de Concentratie te verminderen. In dat geval zal elk van beide partijen een sterkere prikkel hebben om de kwaliteit van haar zorg te verminderen, aangezien de daling van het aantal patiënten als gevolg van een vermindering van de kwaliteit van haar zorg minder groot zal zijn in vergelijking met de situatie voor de Concentratie. Dit is precies waar Formule (2) rekening mee houdt bovenop het mechanisme dat hierboven wordt beschreven.<sup>406</sup>

458. Over het algemeen, vertegenwoordigt de QRI-index de minimale kostenreductie die vereist is opdat partijen geen prikkel hebben om de kwaliteit post-Concentratie te verminderen. Indien de voor een van de partijen berekende QRI-index groter is dan de efficiëntiewinsten die de Concentratie waarschijnlijk voor diezelfde partij zal opleveren – uitgedrukt als een minimale (procentuele) daling van de marginale kosten – zal de Concentratie waarschijnlijk leiden tot een daling van de kwaliteit van de door deze partij verleende zorg. Omgekeerd, als de voor een van de partijen berekende QRI-index lager is dan de efficiëntiewinst die de Concentratie waarschijnlijk voor diezelfde partij zal opleveren – uitgedrukt als een minimale (procentuele) daling van de marginale kosten – zal de Concentratie waarschijnlijk niet leiden tot een daling van de kwaliteit van de door die partij geleverde zorg.<sup>407</sup>

---

<sup>406</sup> Het is belangrijk te noteren dat wanneer  $DR_{ji} = 0$ , de twee formules van de QRI gelijk zijn. Het kan het geval zijn wanneer partij  $i$  geen rekening houdt met de strategie van partij  $j$ 's bij het maken van haar eigen strategische beslissingen, of omdat partij  $i$  wel rekening houdt met de strategie van partij  $j$ 's bij het uitwerken van haar eigen strategische beslissing, maar waarbij in werkelijkheid partij  $j$  geen concurrentiële druk uitoefent op partij  $i$ .

<sup>407</sup> Het is belangrijk te benadrukken dat de QRI-index strikt genomen niet de omvang meet van de daling van de kwaliteit van de zorg door de partijen na de Concentratie. Voor een schatting van de mogelijke achteruitgang van de kwaliteit van de zorg na de concentratie, zou één enkele, geobserveerde en exhaustieve metriek voor de kwaliteit van de ziekenhuiszorg moeten worden gebruikt – het bestaan daarvan werd tijdens de beoordeling zeker niet aangetoond. Integendeel, uit de documenten die het auditoraat in de loop van zijn onderzoek heeft geanalyseerd, blijkt dat de kwaliteit van de door ziekenhuizen verleende zorg alleen kan worden beoordeeld op basis van een aantal factoren tezamen, zoals de verblijfsduur, het aantal heropnames, enz. Het gebruikte model is voldoende algemeen geformuleerd zodat de maatstaf van kwaliteit meerdere dimensies kan omvatten. Wat er toe doet in het model is in welke mate patiënten overschakelen van de ene partij naar de andere indien één of meerdere van de relevante factoren van kwaliteit wijzigen bij één van de partijen.

459. In onderstaande analyse wordt de QRI-index berekend voor elk van de partijen en voor elk van de betrokken lokale markten op basis van (i) de gegevens die werden gebruikt om de marktaandelen te berekenen (voor de verschuivingsratios);<sup>408</sup> en (ii) de door de partijen verstrekte boekhoudkundige en financiële informatie (voor de marges). Technische details staan vermeld in Bijlage C.<sup>409,410</sup>

460. Het auditoraat heeft ten slotte ook rekening gehouden met een reeks factoren die unilaterale effecten op de kwaliteit na de Concentratie zouden kunnen veroorzaken of beperken, maar die niet volledig tot uiting kunnen komen in de QRI-index. De analyse van de QRI-index is echter wel rijker dan een analyse van louter de marktaandelen van de partijen, omdat er ook rekening wordt gehouden met de naastheid van concurrentie tussen de partijen en hun marges. Hiermee wordt beoogd de waarschijnlijkheid te kwantificeren van een risico op een unilateraal effect na de Concentratie op de kwaliteit van de zorgdiensten van de partijen. Door de complexiteit van de organisatie van hospitalisaties en gespecialiseerde ambulante diensten kan de QRI-index echter geen rekening houden met alle factoren die deze waarschijnlijkheid kunnen beïnvloeden en deze samenvatten. De resultaten van de QRI-analyse moeten daarom in het licht van deze factoren worden geïnterpreteerd, zoals hieronder verder wordt toegelicht.

**a. De lokale markt voor hospitalisaties**

461. Voor de lokale markt voor hospitalisaties berekende het auditoraat de QRI-index, zoals hierboven gedefinieerd, om de waarschijnlijkheid van een risico op een negatieve unilaterale effecten op de kwaliteit van de ziekenhuisdiensten van de partijen in te schatten. Daartoe berekende het auditoraat eerst de verschuivingsratio's tussen de partijen en hun marges (gebaseerd op inkomsten en variabele kosten), en leidde vervolgens de QRI-index voor elk van de partijen af.

462. De resultaten van deze analyse zijn weergegeven in onderstaande tabel. De eerste versie houdt geen rekening met de strategische interacties tussen de partijen (kolommen 2 en 4), terwijl de tweede versie deze interacties wel omvat (kolommen 3 en 5).

Markt	QRI GZA (Zonder strategische interactie tussen partijen)	QRI GZA (Met strategische interactie tussen partijen)	QRI ZNA (Zonder strategische reactie tussen partijen)	QRI ZNA (Met strategische interactie tussen partijen)
Hospitalisaties	[5%-10%]	[10%-15%]	[5%-10%]	[10%-15%]

Bron: Berekeningen van het auditoraat op basis van de gegevens vermeld in delen VIII.1 en IX.2.3.

463. Uit deze kwantitatieve analyse blijkt dat op de lokale markt voor hospitalisaties een verlaging van de marginale kosten na de Concentratie met ongeveer 10-15% nodig zou zijn om te voorkomen dat de partijen de kwaliteit van hun zorgaanbod verminderen (in vergelijking met een contrafeitelijke situatie

<sup>408</sup> Bij de berekening van de verschuivingsratio's heeft het auditoraat de relatieve positie van de partijen en hun concurrenten berekend op het fijnst beschikbare geografische niveau (postcode van de woonplaats van de patiënten), om het effect van afstand en reistijd te neutraliseren. Daarbij stelt de auditeur dat na een kwaliteitsdaling in ziekenhuis A, patiënten die woonachtig zijn in postcode 2000 en niet meer naar ziekenhuis A gaan, niet noodzakelijkerwijs in dezelfde verhouding naar ziekenhuis B en ziekenhuis C zouden gaan als patiënten die woonachtig zijn in postcode 2100, juist vanwege afstands- en reistijdverschillen tussen (i) ziekenhuizen en patiënten die woonachtig zijn in postcode 2000; en (ii) ziekenhuizen en patiënten die woonachtig zijn in postcode 2100. De kalibratie van de verschuivingsratio's wordt verder toegelicht in Bijlage C.

<sup>409</sup> Zoals in voetnoot 417 wordt uitgelegd, zijn de gegevens die voor de marktaandelen zijn gebruikt, gebruikt om de verschuivingsratio's te berekenen. De door de partijen verstrekte boekhoudkundige en financiële gegevens zijn gebruikt om de marginale marges te berekenen.

<sup>410</sup> De auditeur wijst erop dat de kosten- en margegegevens die door de partijen voor elke service line en specialisatie zijn verstrekt met enige voorzichtigheid dienen geïnterpreteerd te worden. Deze berekeningen komen overeen met hun beste inschatting van de gedefinieerde marges in het model en zijn niet opgesteld in het kader van hun normale bedrijfsvoering. De partijen leggen echter uit dat deze cijfers nuttig zijn om te beoordelen of sommige service lines winstgeverder zijn dan andere wat in lijn is met de definitie van de marges in het model. Zie het antwoord van de partijen op VOI nr. 5 van 12 februari 2024, vragen 3, 4, 8 en 9 (I.S3 t.e.m. I.S5).

zonder de Concentratie), in het meest conservatieve en meer accurate scenario waarbij rekening gehouden wordt met de mogelijke strategische interacties tussen de partijen (derde en vijfde kolom). Het auditoraat merkt verder op dat de partijen tot de beste ziekenhuizen ter wereld en tot de grootste ziekenhuizen in België behoren.<sup>411</sup> Hierdoor bieden ze waarschijnlijk een kwaliteitsniveau van het zorgaanbod aan dat zich boven de minimumvereisten bevindt die noodzakelijk zijn om te kunnen opereren, en bijgevolg hen in principe in staat stellen om het kwaliteitsniveau van het zorgaanbod post-concentratie weldegelijk te verlagen.

464. Hoewel deze vaststellingen wijzen op een risico op een significante daling in de kwaliteit van het zorgaanbod van de partijen post-concentratie, erkent het auditoraat eveneens dat verschillende zaakspecifieke factoren betreffende het concurrentiële landschap niet in aanmerking kunnen worden genomen in de kwantitatieve berekening en dus niet worden gereflecteerd in de QRI-index. De gerapporteerde resultaten in bovenstaande tabel moeten daarom worden geïnterpreteerd in het licht van deze kwalitatieve factoren. Hierbij wordt onder meer gekeken naar de mogelijke type van efficiëntieverbeteringen die zich in de sector kunnen voordoen.

465. Wat het concurrentiële landschap betreft moet vooreerst worden benadrukt dat bij de beoordeling van de Concentratie rekening moet gehouden worden met de bredere context van beddenovercapaciteit in België. Deze overcapaciteit wordt benadrukt door institutionele actoren – zoals de regulatoren en de KCE<sup>412</sup> – en betreft het merendeel van de ziekenhuizen, waarop de partijen geen uitzondering vormen. Uit de door de FOD Volksgezondheid gepubliceerde cijfers blijkt dat de capaciteit in bedden per 100.000 inwoners in de provincie Antwerpen zelfs hoger ligt dan het nationale gemiddelde – dat al als te hoog wordt beschouwd in verhouding tot de zorgbehoeften van de bevolking. Ook al is de provincie niet het relevante geografische gebied, toch laat het bijzonder hoge cijfer voor het aantal bedden per 100.000 inwoners in de provincie Antwerpen het auditoraat toe om de resultaten van de hierboven beschreven kwantitatieve analyse in perspectief te plaatsen. Het bevestigt dat er vandaag en in de toekomst verschillende alternatieven bestaan voor patiënten die in de geïdentificeerde zorgzone verblijven, wat het risico op een daling van de kwaliteit vermindert.

466. Ten tweede merkt de auditeur op dat een aanzienlijk deel van ziekenhuisfinanciering afkomstig is van het BFM (ongeveer 37%).<sup>413</sup> Zoals hierboven uitgelegd, stemt het BFM overeen met een gesloten budget voor ziekenhuizen dat op nationaal niveau bij Koninklijk Besluit wordt vastgesteld en over de ziekenhuizen wordt verdeeld volgens hun relatieve activiteit. De verdeling van het BFM stimuleert ziekenhuizen dus om te concurreren op kwaliteit. De belangrijkste component van de BFM (het zogenaamde B2-budget) hangt rechtstreeks af van het aantal verantwoorde bedden. Het aantal verantwoorde bedden voor een bepaald ziekenhuis en een bepaalde APR-DRG wordt over het algemeen berekend op basis van het aantal verblijven in dat ziekenhuis voor die APR-DRG. Aan dit aantal verblijven wordt een gemiddelde verblijfsduur toegekend dat op nationaal niveau wordt bepaald. Als de gemiddelde verblijfsduur in dit ziekenhuis en voor deze APR-DRG dus toeneemt door

---

<sup>411</sup> Zie <https://www.tijd.be/politiek-economie/belgie/vlaanderen/zna-en-gza-smelten-samen-tot-antwerpse-ziekenhuismastodont/10397469.html#:~:text=De%20Antwerpse%20ziekenhuizen%20van%20de,grootste%20algemeen%20ziekenhuis%20van%20Vlaanderen>.

<sup>412</sup> KCE, “Performantie van het Belgische Gezondheidssysteem”, KCE report 376B. Zie [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2024-01/KCE376A\\_HSPA2024\\_Rapport.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2024-01/KCE376A_HSPA2024_Rapport.pdf).

<sup>413</sup> Zie <https://www.healthibelgium.be/en/key-data-in-healthcare/general-hospitals/funding/funding-sources>.

een afname van de kwaliteit van de zorg,<sup>414</sup> dan wordt het ziekenhuis gefinancierd voor een lager aantal verpleegdagen (in vergelijking met een situatie waarin de kwaliteit van de zorg in dit ziekenhuis niet daalt).<sup>415</sup> Dit kenmerk van het financieringssysteem kan dus het risico op een achteruitgang in de kwaliteit van de zorg bij de partijen post-concentratie verminderen.

467. Voorts heeft het marktonderzoek weinig bezwaren over een eventuele verzwakking van de kwaliteit naar boven gebracht. De concurrenten van de partijen in het bijzonder zijn van mening dat, zolang er genoeg complementariteit (met name verwijzingen van patiënten tussen de ziekenhuizen) blijft tussen het zorgaanbod van de ziekenhuizen actief in de lokale markt voor hospitalisaties, een hoog kwaliteitsniveau kan worden gehandhaafd.<sup>416</sup> De analyse van de interne documenten van de partijen onthult verder dat een verbetering van de kwaliteitsniveaus, op basis van allerlei indicatoren gelinkt aan de gehanteerde discipline, een hoge prioriteit is voor de partijen. Zo richten de partijen zich op de verbetering van de kwaliteit onder meer door de oprichting van een gezamenlijke werkgroep die verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van het nieuwe kwaliteitsbeleid: *“Er wordt in de aanloop naar deze verdere integratie sterk ingezet op kennis- en informatiedeling en gezamenlijke verbeteracties.”*<sup>417</sup>

468. Wat betreft efficiëntieverbeteringen, wijst de academische literatuur erop dat concentraties van activiteiten tussen ziekenhuizen over het algemeen gepaard gaan met een verlaging van bepaalde kosten. Deze verlaging kan zowel vaste kosten (bijv. infrastructuurkosten) en/of variabele kosten (bijv. administratiekosten) betreffen.<sup>418</sup> Deze besparingen in sommige gevallen kunnen oplopen tot 15%.<sup>419</sup> Hoewel deze literatuur België niet rechtstreeks behandelt en het soort concurrentie kan verschillen tussen landen met verschillende regelgevende systemen, blijven de soorten kosten die door ziekenhuizen worden gedragen gelijkaardig. De partijen hebben echter geen duidelijke informatie verstrekt op basis waarvan de specifieke aard en omvang van de impact van de Concentratie op de kosten van de partijen kan worden beoordeeld (zie ook deel IX.4 *infra*).

469. Andere literatuur suggereert dat concentraties tussen ziekenhuizen het gebruik van geavanceerde, maar dure technologische apparatuur stimuleren.<sup>420</sup> Door hun financiële middelen te bundelen en het aantal behandelingen uit te breiden, kunnen ziekenhuizen die bij een concentratie betrokken zijn, apparatuur aanschaffen waarin zij anders – door een gebrek aan financiële middelen of een laag activiteitsniveau – niet zouden hebben geïnvesteerd. De partijen hebben hierover echter geen

---

<sup>414</sup> Het auditoraat onderschrijft dat het verband tussen verblijfsduur en kwaliteit van de zorg niet eenduidig is. Zoals de OESO Vrij vertaald: *“The gemiddelde verblijfsduur in ziekenhuizen wordt vaak beschouwd als een efficiëntie-indicator. [...] Langere verblijven kunnen een indicator zijn van lage-kwaliteitszorg. [...] Tegelijkertijd worden sommige mensen te snel worden ontslagen, wanneer langer verblijven in het ziekenhuis hun resultaten zou kunnen verbeteren of de kansen op herval zou kunnen verminderen.”* Zie OESO, *Average length of stay in hospitals, Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, 2017, OECD Publishing, Paris.

<sup>415</sup> Zie <https://www.gezondbelgie.be/nl/2479-het-budget-financiele-middelen>.

<sup>416</sup> PV UZA (III.3.C2), §16; PV AZ Monica (III.2.E2), §9 en 12.

<sup>417</sup> Regionaal Zorgstrategisch Plan, Bijlage 33 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), 103.

<sup>418</sup> Cutler, D. M., & Morton, F. S. (2013). Hospitals, market share, and consolidation. *JAMA*, 310(18), 1964-1970; Dranove, D., & Lindrooth, R. (2003). Hospital consolidation and costs: Another look at the evidence. *Journal of Health Economics*, 22(6), 983-997; Giaccotti, M., Guglielmo, A., & Mauro, M. (2017). Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search. *PloS one*, 12(3), e0174533; Noether, M., & May, S. (2018). Hospital merger benefits – A review and extension. *American Hospital Association*; Harrison, T. D. (2011). Do mergers really reduce costs? Evidence from hospitals. *Economic Inquiry*, 49(4), 1054-1069.

<sup>419</sup> Dranove, D., & Lindrooth, R. (2003). Hospital consolidation and costs: Another look at the evidence. *Journal of Health Economics*, 22(6), 983-997.

<sup>420</sup> Cutler, D. M., & Morton, F. S. (2013). Hospitals, market share, and consolidation. *JAMA*, 310(18), 1964-1970.

gedetailleerde informatie verstrekt.<sup>421</sup> Ze stellen dat “[VERTROUWELIJK]”<sup>422</sup> (zie ook deel IX.4 *infra*).

470. Er is ook academische literatuur over de relatie tussen ziekenhuisgrootte en prestaties, voor verschillende soorten zorg. In het geval van kinderhartchirurgie wordt er vastgesteld dat ziekenhuizen met een groot aantal hospitalisaties beter presteren en lagere sterftcijfers kunnen aantonen.<sup>423</sup> Deze resultaten gelden ook voor andere gevallen dan hartchirurgie. In het specifieke geval van België is vastgesteld dat een minimumaantal chirurgische ingrepen per jaar nodig is om maximaal te presteren bij de behandeling van longkanker.<sup>424</sup> Het KCE schat dat het risico om te overlijden aan borstkanker 44% hoger is voor patiënten die worden behandeld in een ziekenhuis met een laag volume en 30% hoger voor patiënten die worden behandeld in een ziekenhuis met een gemiddeld volume, in vergelijking met ziekenhuizen met een hoog volume.<sup>425</sup> De overeenkomst tussen het RIZIV en de erkende gezondheidsinstellingen voor de financiering van complexe alveesklierchirurgie laat vergelijkbare statistieken zien.<sup>426</sup> Het verklaart dat het sterftcijfer lager is in instellingen die een groot aantal interventies uitvoeren. Meer specifiek: tussen 2008 en 2015 was het sterftcijfer binnen 30 dagen na de operatie 3,9% in zorginstellingen als geheel, maar slechts 1,7% in instellingen die meer dan 20 interventies per jaar uitvoeren.

471. De Franse gezondheidsautoriteit heeft zich al over dit onderwerp uitgesproken door tijdens een onderzoek naar een concentratie tussen ziekenhuizen uit te leggen dat *“het verband tussen volume en kwaliteit niet lineair is”* en dat *“het totale volume dat door de vestiging wordt behaald van weinig belang is. Wat telt is het volume dat wordt behaald voor een bepaalde activiteit, specialiteit en soms zelfs behandeling [...]. Analyse van de literatuur laat zien dat het gaat om de bekwaamheid van professionals en niet om het volume als zodanig. Natuurlijk worden vaardigheden verworven door oefening. Bijvoorbeeld, een ziekenhuis met een team van artsen die een groot volume van dezelfde behandeling uitvoeren, heeft meer kans om een verbetering in de kwaliteit van de geleverde dienst te zien. Maar dit is niet het enige criterium (stabiliteit van het team in het bijzonder)”*.<sup>427</sup>

472. Tot slot onderzocht het auditoraat de mogelijke effecten van de Concentratie op de arbeidsomstandigheden van het personeel van de partijen, die waarschijnlijk indirect van invloed zijn op de kwaliteit van hun zorgaanbod.<sup>428</sup> Het auditoraat neemt nota van het huidige tekort aan

<sup>421</sup> Antwoord van de partijen op VOI nr. 3 van 31 januari 2024 (I.O2), vraag 12 §56-61.

<sup>422</sup> *Ibid.*, vraag 12, §56.

<sup>423</sup> Welke, K. F., Diggs, B. S., Karamlou, T., & Ungerleider, R. M. (2008). The relationship between hospital surgical case volumes and mortality rates in pediatric cardiac surgery: a national sample, 1988–2005. *Annals of Thoracic Surgery*, 86(3), 889-896.

1. <sup>424</sup> Schillemans, V., Vrijens, F., De Gendt, C., Robays, J., Silversmit, G., Verleye, L., Camberlin, C., Dubois, C., Stordeur, S., Wauters, I., Van Meerbeeck, J., Van Eycken, E., & De Leyn, P. (2019). Association between surgical volume and post-operative mortality and survival after surgical resection in lung cancer in Belgium: A population-based study. *European Journal of Surgical Oncology*, 45(12), 2443-2450.

<sup>425</sup> Een ziekenhuissite wordt geclassificeerd als “laag volume” (respectievelijk “gemiddeld volume”) als het jaarlijkse aantal nieuwe diagnoses minder is dan 60 (respectievelijk tussen 60 en 125 nieuwe diagnoses). Een ziekenhuissite is “hoog volume” als het jaarlijkse aantal nieuwe diagnoses meer dan 125 bedraagt. Zie bijv. R. Leroy, C. De Gendt, J. Bourgeois, J. Verbeeck, I. Savoye, G. Silversmit, N. Van Damme, B. Carly, C. Colpaert, P. Cusumano, P. De Visschere, J. Decloedt, J. Desreux, F. Duhoux, L. Moretti, M. Roman, D. Taylor, L. Veldeman, D. Verhoeven, H. Wildiers, *Borstkankerzorg in centra met en zonder erkenning voor borstkanker – Is er een verschil?*, Health Services Research (HSR), Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Brussels, 2023, KCE Reports 365A.

<sup>426</sup> Overeenkomst tussen het verzekeringscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging van het riziv en erkende verplegingsinrichtingen voor de vergoeding van complexe chirurgie van de pancreas voor benigne, premaligne en maligne aandoeningen van pancreas en/of peri-ampullaire regio.

Beschikbaar op: [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/overeenkomst\\_pancreaschirurgie\\_riziv.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/overeenkomst_pancreaschirurgie_riziv.pdf).

<sup>427</sup> ADLC, besluit nr. 20-DCC-38 van 28 februari 2020 betreffende de verwerving door de Elsan-groep van exclusieve zeggenschap over Hexagone Santé Méditerranée en SCI Bonnefon-Carnot.

<sup>428</sup> Hosken, D., & Koch, T. (2024). Non-price effects of mergers in healthcare markets. *CPI Antitrust Chronicle*, January 2024.

zorgprofessionals, zoals blijkt uit de barometer van het Belgische ziekenhuiswezen opgesteld door Antares Consulting. De ondervraagde algemene en medische directeurs rangschikken het beheer en de ontwikkeling van professionals als de tweede grote uitdaging voor het ziekenhuismanagement in 2023 en 2024.<sup>429</sup> De studie stelt vast dat de toename van de vraag naar gezondheidszorg en de hogere werkdruk in de afgelopen jaren hebben geleid tot een stijging van het ziekteverzuim en het verloop onder zorgpersoneel. Het onderzoek beveelt daarom aan om zorg te dragen voor het welzijn van het personeel en ervoor te zorgen dat “beschikbare medewerkers zich primair kunnen concentreren op de taken waarvoor ze daadwerkelijk zijn opgeleid”. Het onderzoek van het auditoraat bevestigt dat de gefuseerde entiteit door de Concentratie waarschijnlijk aantrekkelijkere arbeidsvoorwaarden voor zorgpersoneel zal kunnen bieden – met name op het gebied van opleiding en specialisatie. Dit is echter niet meetbaar (zie ook deel IX.4 *infra*).

473. Op basis van alle bovenstaande elementen, concludeert de auditeur dat er volgens de QRI-index mogelijks een risico bestaat op een aanzienlijke vermindering van de kwaliteit van de zorg die door de partijen wordt aangeboden op de lokale markt voor hospitalisaties. De auditeur is echter aan het eind van het voorlopige Fase 1 onderzoek van mening dat de hierboven gepresenteerde kwalitatieve argumenten, in combinatie met het gebrek aan direct bewijs van mogelijke kwaliteitsverslechtingen en bij gebrek aan bijzondere bezorgdheden geuit in het kader van het marktonderzoek de mogelijke risico’s ten gevolge van de Concentratie in twijfel trekken.

#### **Effecten op basis van segmentatie per service line**

474. Zoals eerder uitgelegd, werd een voorlopige analyse van de effecten van de Concentratie op het niveau van de service line door het auditoraat toch passend geacht om de impact op het nauwst mogelijke niveau te beoordelen.

475. Het auditoraat heeft de QRI-index berekend voor elk van de partijen en voor elk van de lokale markten die overeenkomen met de acht in paragraaf 257genoemde dienstenlijnen. De resultaten staan in onderstaande tabel. De eerste versie houdt geen rekening met de strategische interacties tussen de partijen (kolommen 2 en 4), terwijl de tweede versie deze interacties wel omvat (kolommen 3 en 5).

Markt	QRI GZA (Zonder strategische interactie tussen partijen)	QRI GZA (Met strategische interactie tussen partijen)	QRI ZNA (Zonder strategische interactie tussen partijen)	QRI ZNA (Met strategische interactie tussen partijen)
Hospitalisaties	[5%-10%]	[10%-15%]	[5%-10%]	[10%-15%]
Gynecology	[5%-10%]	[10%-15%]	[10%-15%]	[15%-20%]
Nephrology	[5%-10%]	[10%-15%]	[5%-10%]	[10%-15%]
Neonatology	[5%-10%]	[20%-25%]	[10%-15%]	[25%-30%]
Orthopedics	[10%-15%]	[15%-20%]	[5%-10%]	[10%-15%]
Other obstetrics	[5%-10%]	[5%-10%]	[5%-10%]	[10%-15%]
Substance abuse	[10%-15%]	[25%-30%]	[10%-15%]	[25%-30%]
Thoracic surgery	[5%-10%]	[5%-10%]	[5%-10%]	[10%-15%]
Obstetrics/delivery	[10%-15%]	[20%-25%]	[10%-15%]	[20%-25%]

Bron: Berekeningen van het auditoraat zijn gebaseerd op de data vermeld in delen VIII.1 en IX.2.3.

476. Uit deze kwantitatieve analyse blijkt dat er na de Concentratie in theorie een verhoogd risico bestaat dat de kwaliteit van de zorg van de partijen in bepaalde service lines afneemt. Dit zijn met name

<sup>429</sup> Studie van Antares Consulting en De Specialist, “Baromètre du système hospitalier belge – Les priorités des années 2023-2024”, 2023, beschikbaar op: <https://www.antares-consulting.com/files/barometre-systeme-hospitalier-belge-fr.pdf>, 4 en 12.

de service lines met betrekking tot kraamzorg (neonatology, obstetrics/delivery, other obstetrics et gynecology) en de service line voor substance abuse. De analyse bevestigt nogmaals dat rekening moet worden gehouden met de mogelijke strategische interacties tussen de partijen (derde en vijfde kolom) om een vollediger beoordeling te kunnen maken van de mogelijke achteruitgang van de kwaliteit van hun zorgverlening.

477. Zoals reeds besproken hierboven, benadrukt het auditoraat dat de resultaten met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd omdat verschillende factoren die specifiek zijn voor de zaak in kwestie niet in aanmerking kunnen worden genomen en niet door de QRI-index kunnen worden weergegeven. Ze moeten daarom worden geïnterpreteerd in het licht van deze factoren.

478. De auditeur merkt vervolgens op dat van de acht bovengenoemde service lines, zoals door de partijen aangegeven, er vier intrinsiek met elkaar verbonden zijn, namelijk neonatology, gynecology, obstetrics/delivery en other obstetrics. Dit zijn de enige diensten waarvoor het marktaandeel van GZA groter is dan dat van ZNA. Dit wordt met name verklaard door de historische reputatie van de ziekenhuissite GZA Sint-Augustinus op het gebied van materniteit. AZ Klina heeft onlangs ook geïnvesteerd in zijn infrastructuur en nieuwe artsen aangeworven voor deze medische praktijken.<sup>430</sup> Anderzijds heeft AZ Klina onlangs ook geïnvesteerd in zijn infrastructuur en nieuwe artsen aangeworven voor deze medische praktijken.<sup>431</sup> De auditeur is dan ook van mening dat deze drie ziekenhuizen ook na de Concentratie sterke concurrentiedruk op de partijen zullen blijven uitoefenen wat betreft activiteiten in verband met materniteit, zodat de partijen minder geneigd zullen zijn om de kwaliteit van hun zorgaanbod te verlagen. Over het algemeen is de bezettingsgraad van materniteitsbedden relatief laag en lager dan de normatieve bezettingsgraad, zowel voor de partijen als voor concurrenten, wat erop wijst dat concurrerende ziekenhuizen in staat zouden zijn om instromen van patiënten op te vangen. Bovendien, GZA en ZNA verricht meer dan 1.000 bevallingen per jaar, d.w.z. op een niveau dat veel hoger ligt dan de minimale activiteitsdrempel die door KCE is vastgesteld als het niveau dat het mogelijk maakt de kosten van bevallingen te minimaliseren zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit.

479. Wat de service line orthopedics en nephrology betreft, merkt de auditeur op dat een groot deel van de verblijven en hospitalisaties die door de partijen worden uitgevoerd, betrekking hebben op spoedgevallendiensten. In dit verband speelt de ligging van de ziekenhuisvestigingen van de partijen – het resultaat van de regulering en planning van de ziekenhuisactiviteiten – een belangrijke rol. De auditeur merkt ook op dat AZ Klina, AZ Monica en UZA sterke concurrentiedruk uitoefenen op de partijen. Deze drie ziekenhuizen beschikken over afdelingen die gespecialiseerd zijn in deze behandelingen. Met name AZ Monica heeft onlangs een nieuwe vleugel van een van zijn ziekenhuisvestigingen gewijd aan (onder meer) orthopedische ingrepen,<sup>432</sup> en AZ Klina heeft onlangs een nieuwe robot aangeschaft die gebruikt kan worden voor orthopedische chirurgie.<sup>433</sup> Wat nefrologie betreft, heeft het UZA onlangs een kliniek voor nefrogenetica geopend en werkt het actief samen met andere ziekenhuizen als lid van de patiëntenvereniging “Association pour l'Information et la Recherche

---

<sup>430</sup> KCE, “Organisation des maternités en Belgique”, 2019, Rapport 323B.

<sup>431</sup> “Met de recente komst van 3 nieuwe – vrouwelijke – dokters beschikken we intussen over een ploeg van 10 gynaecologen.”  
<https://www.azklina.be/nieuws/comfort-en-huiselijkheid-op-vernieuwde-materniteit>.

<sup>432</sup> Bijv. <https://www.hln.be/antwerpen/nieuwe-ziekenhuisvleugel-az-monica-geopend-aan-harmoniepark-focus-op-orthopedie-mond-kaak-en-aangezichtschirurgie-en-pijnbehandeling~add83d89/>.

<sup>433</sup> Bijv. [https://www.azklina.be/sites/default/files/2023-04/1%20jaar%20%27Rosa%20robot%27\\_0.pdf](https://www.azklina.be/sites/default/files/2023-04/1%20jaar%20%27Rosa%20robot%27_0.pdf).

sur les maladies Rénales Génétiques Belgique” (AIRD), die tot doel heeft getroffen patiënten te ondersteunen en onderzoek naar genetische nierziekten te ontwikkelen.<sup>434</sup>

480. Met betrekking tot de service line voor substance abuse merkt de auditeur de zeer specifieke aard van deze hospitalisaties op, waarbij ongeveer 85% van de hospitalisaties van partijen verband houdt met spoedeisende hulp. In deze context speelt de locatie van de ziekenhuislocaties van de partijen – het resultaat van regelgeving en planning van ziekenhuisactiviteiten – een belangrijke rol. Er zij ook op gewezen dat AZ Klina, AZ Monica en UZA ook substance abuse diensten hebben.

481. Met betrekking tot de dienst Thoraxchirurgie merkt de auditeur op dat, hoewel de door de partijen uitgevoerde behandelingen binnen deze dienst verschillen, deze activiteiten voornamelijk en intrinsiek verbonden zijn met de cardiologische en oncologische activiteiten die worden uitgevoerd in de ziekenhuislocaties ZNA Middelheim en GZA Sint-Vincentius. Bovendien ligt de gemiddelde leeftijd van de patiënten die door de partijen worden behandeld rond 62 jaar. Deze service line kan derhalve niet afzonderlijk worden geanalyseerd, maar moet worden gezien in de context van de cardiologische, oncologische en revalidatieactiviteiten. Bovendien oefent UZA een sterke concurrentiedruk uit op de partijen, aangezien dit ziekenhuis met name actief is op het gebied van cardiologie en oncologie.

482. Tot slot, zoals hierboven uitgelegd, vindt de voorgenomen Concentratie plaats in een zeer specifieke mondiale context – gekenmerkt door een strikte regelgeving op het gebied van kwaliteit.

483. Op basis van alle bovenstaande elementen, concludeert de auditeur dat er volgens de QRI-index mogelijks een risico bestaat op een aanzienlijke vermindering van de kwaliteit van de zorg die door de partijen wordt aangeboden op de lokale markt voor acht specifieke service lines. Echter, de auditeur is in het licht van de hierboven gepresenteerde kwalitatieve argumenten, van mening dat deze de mogelijke risico's ten gevolge van de Concentratie voldoende beperken.

#### ***b. Lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg***

484. Aangezien de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg een betrokken markt is, berekende het auditoraat ook de QRI-index, zoals hierboven gedefinieerd, om de waarschijnlijkheid van een risico op een negatieve unilaterale effect na de Concentratie op de kwaliteit van de ambulante zorgdiensten van de partijen in te schatten. Daartoe berekende het auditoraat eerst de verschuivingsratio's tussen de partijen en hun incrementele marges<sup>435</sup> (gebaseerd op inkomsten en variabele kosten) en leiden vervolgens de QRI-index voor elk van de partijen af. De resultaten van deze analyse zijn weergegeven in onderstaande tabel. De eerste versie houdt geen rekening met de strategische interacties tussen de partijen (kolommen 2 en 4), terwijl de tweede versie deze interacties wel omvat (kolommen 3 en 5).

---

<sup>434</sup> Zie <https://www.uza.be/behandeling/nefrogeneticakliniek> en <https://www.airg-belgique.org/nl/wie-zijn-wij/>.

<sup>435</sup> Zoals uitgelegd in Bijlage C, zijn de incrementele marges die gebruikt zijn om de QRI te berekenen gebaseerd op schattingen van de partijen. Deze schattingen maken het mogelijk om de meest winstgevende service lines (zoals nefrologie) en de minst winstgevende (zoals geriatrie) te identificeren.

Markt	QRI GZA (Zonder strategische interactie tussen partijen)	QRI GZA (Met strategische interactie tussen partijen)	QRI ZNA (Zonder strategische interactie tussen partijen)	QRI ZNA (Met strategische interactie tussen partijen)
Gespecialiseerde ambulante zorg	[5%-10%]	[5%-10%]	[0%-5%]	[0%-5%]

Bron: Berekeningen van het auditoraat zijn gebaseerd op de data vermeld in delen VIII.1 en IX.2.3.

485. Uit deze kwantitatieve analyse blijkt dat op de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg een marginale kostenverlaging na de Concentratie van ongeveer 5-10% voldoende zou zijn om te voorkomen dat de partijen de kwaliteit van hun zorg verminderen (in vergelijking met een contrafeitelijke situatie zonder de Concentratie). Voor redenen die gelijkaardig zijn aan deze die hierboven werden toegelicht in het geval van hospitalisaties, concludeert het auditoraat dat er volgens de QRI-index mogelijk een risico bestaat op een aanzienlijke vermindering van de kwaliteit van de zorg die door de partijen wordt aangeboden op de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg. Echter is de auditeur van mening aan het eind van de voorlopige Fase 1 onderzoek dat de hierboven gepresenteerde kwalitatieve argumenten, in combinatie met het gebrek aan direct bewijs van mogelijke kwaliteitsverslechtingen en aan bijzondere bezorgdheid opgeroepen door het marktonderzoek, de mogelijke risico's ten gevolge van de Concentratie in twijfel trekken.

#### ***Effecten op basis van een segmentatie naar specialiteit***

486. Zelfs als de relevantie van segmentatie per specialisatie hypothetisch is, werd een voorlopige analyse van de effecten van de Concentratie op het niveau van de specialisaties niettemin door het auditoraat passend geacht om de impact op het engst mogelijke niveau te beoordelen.

487. Uit het onderzoek is gebleken dat de partijen een groot gezamenlijk marktaandeel hebben op het gebied van geriatrie, waar zij een gezamenlijk marktaandeel van [60-70]% hebben, met name dankzij het ZNA-ziekenhuis, dat vanwege zijn historische reputatie op dit gebied een marktaandeel van [40-50]% heeft.

488. Het auditoraat heeft de QRI-index berekend voor elk van de partijen en voor de lokale markt voor ambulante zorg gespecialiseerd in ouderengeneeskunde. De resultaten zijn weergegeven in onderstaande tabel. De eerste versie houdt geen rekening met de strategische interacties tussen de partijen (kolommen 2 en 4), terwijl de tweede versie deze interacties wel omvat (kolommen 3 en 5).

Markt	QRI GZA (Zonder strategische interactie tussen partijen)	QRI GZA (Met strategische interactie tussen partijen)	QRI ZNA (Zonder strategische interactie tussen partijen)	QRI ZNA (Met strategische interactie tussen partijen)
Gespecialiseerde ambulante zorg	[5%-10%]	[5%-10%]	[0%-5%]	[0%-5%]
Geriatricie	[0%-5%]	[0%-5%]	[0%-5%]	[0%-5%]

Bron: Berekeningen van het auditoraat zijn gebaseerd op de data vermeld in delen VIII.1 en IX.2.3.

489. Uit het onderzoek blijkt dat de risico's van een vermindering in de kwaliteit van de ambulante geriatricische zorg van de partijen na de Concentratie beperkt zijn, gezien de kleine incrementele marges die de partijen op dit gebied behalen.<sup>436</sup> Deze observatie is in lijn met het werk van het KCE, volgens welke de tarieven van de ambulante zorgdiensten en de gemiddelde beloning van specialisten – soms

<sup>436</sup> Antwoord van de partijen op VOI nr. 5 van 12 februari 2024, vragen 5 en 10 (I.V5 en I.W5).

gebruikt als indicator voor de winstgevendheid van specialisaties<sup>437</sup> – in de geriatrie zijn relatief laag.<sup>438</sup> Het is ook in overeenstemming met de opmerkingen van de Europese Commissie dat geriatrische diensten tot de minst winstgevendende specialisaties behoren.<sup>439</sup>

### ***iii) Beoordeling en conclusie van de auditeur***

490. De auditeur merkt op dat er volgens de QRI-index mogelijk een risico bestaat op een aanzienlijke vermindering van de kwaliteit van de zorg die door de partijen wordt aangeboden, ten gevolge van het wegvallen van de rechtstreeks concurrentiële druk tussen de partijen onderling, zowel op de lokale markt voor hospitalisaties en in mindere mate op de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg. Echter erkent de auditeur eveneens dat de resultaten van deze kwantitatieve analyse in perspectief dienen te worden geplaatst, en dienen te worden geïnterpreteerd in het licht van een brede waaier aan zaakspecifieke en kwalitatieve factoren, met name het gebrek aan direct bewijs van mogelijke kwaliteitsverslechtingen en aan bijzondere bezorgdheid opgeroepen door het marktonderzoek. Rekening houdend met alle bovenstaande elementen concludeert de auditeur dat het risico op een significante daling van het kwaliteitsniveau van het zorgaanbod van de partijen ten gevolge van de Concentratie voldoende beperkt is.

### ***iv) Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege***

491. Wat de risico' betreft inzake de vermindering van de kwaliteit van de zorg als gevolg van de Concentratie, neemt het College akte van de methode van de auditeur om op basis van een QRI-index de risico's op een aanzienlijke kwaliteitsdaling in te schatten op de betrokken markten. Het College hoeft zich over deze methode echter niet uit te spreken gezien wat volgt.

492. Het College is – in overeenstemming met het standpunt van de auditeur - van oordeel dat de volgende kwalitatieve elementen voldoende zwaar doorwegen in de uiteindelijke conclusie voor wat de risico's op kwaliteitsdalingen betreft: (i) er bestaan voldoende alternatieven (en capaciteit) in de zorgzone waardoor het risico op kwaliteitsdaling vermindert,<sup>440</sup> (ii) het financieringssysteem van ziekenhuizen (de BFM) stimuleert ziekenhuizen voor wat hospitalisatie betreft om te concurreren op kwaliteit,<sup>441</sup> (iii) uit interne documenten van de partijen blijkt dat de verbetering van de kwaliteitsniveaus een hoge prioriteit is voor de partijen,<sup>442</sup> (iv) naar alle waarschijnlijkheid zullen de schaafeffecten die uit de Concentratie volgen toelaten om geavanceerde en dure technologische apparatuur aan te schaffen en te gebruiken,<sup>443</sup> (v) er bestaat tot op zekere hoogte een positieve correlatie tussen de ziekhuisgrootte en de prestaties voor verschillende soorten zorg (met name door een groter aantal van chirurgische ingrepen kan in bepaalde gevallen de kwaliteit verhogen, al zou deze

---

<sup>437</sup> Dit argument is in bepaalde mate in overeenstemming met de academische literatuur over loonvorming. In het standaardmodel voor collectieve loononderhandelingen hangen de lonen met name af van de winstgevendheid van de activiteit. Onder overigens gelijkblijvende omstandigheden geldt: hoe hoger de gegenereerde winst (vóór betaling van de lonen), hoe hoger de lonen waarover onderhandeld en die betaald worden. Zie bijvoorbeeld, Blanchflower, D. G., Oswald, A. J., & Sanfey, P. (1996). Wages, profits, and rent-sharing. *Quarterly Journal of Economics*, 111(1), 227-251. Er is een wereldwijd tekort aan specialisten geriatrie. Het feit dat de gemiddelde beloning van specialisten geriatrie laag is in vergelijking met andere specialisaties, zelfs in een situatie waarin er een tekort is aan geriatrisch personeel, is een verdere ondersteuning voor het bestaan van lage marges in de ambulante zorg die gespecialiseerd is in geriatrie. Zie bijvoorbeeld, <https://www.mediquality.net/be-nl/medical/article/23921372/geriatrie-nog-altijd-het-zwakke-broertje-in-de-geneeskunde-dat-hoeft-zo-niet-te-blijven-interview>.

<sup>438</sup> KCE, 2014, "Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system", Report 229.

<sup>439</sup> Besluit (eu) 2016/2327 van de commissie van 5 juli 2016 betreffende steunmaatregel sa.19864 — 2014/c (ex 2009/nn54) die door België ten uitvoer is gelegd — overheidsfinanciering van de Brusselse openbare ziekenhuizen van het iris-netwerk.

<sup>440</sup> Zie randnr.465.

<sup>441</sup> Zie randnr. 466.

<sup>442</sup> Zie randnr. 467.

<sup>443</sup> Zie randnr.468, 469 en 659.

verhoging niet lineair verlopen),<sup>444</sup> en (vi) ten slotte bevestigt het onderzoek van het auditoraat dat door de Concentratie aantrekkelijkere voorwaarden kunnen worden aangeboden voor het zorgpersoneel (met name op gebied van opleiding en specialisatie).<sup>445</sup> Zoals aangegeven door de auditeur,<sup>446</sup> zijn deze elementen relevant voor de analyse van het risico tot kwaliteitsverlies op beide lokale markten (de lokale markt voor hospitalisaties en de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg).

493. Het College deelt de conclusie van de auditeur dan ook dat de risico's op een vermindering van de kwaliteit van de zorg die door de partijen wordt aangeboden zowel op de lokale markt voor hospitalisaties als op de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg, als gevolg van de Concentratie, in het licht van de aangevoerde kwalitatieve analyse, voldoende beperkt zijn.

### **IX.2.3.b Analyse van de onrechtstreekse impact van de Concentratie op de kwaliteit van het zorgaanbod (werkvoorwaarden zorgpersoneel)**

#### ***i) Inleiding***

494. Ziekenhuizen concurreren ook om zorgpersoneel aan te trekken (waaronder artsen, verpleegkundigen, medisch-technisch personeel, etc.) om een breed en hoogwaardig zorgaanbod te kunnen bieden, zowel voor hospitalisaties als voor ambulante zorg.<sup>447</sup> Het auditoraat heeft daarom onderzocht of en in welke mate deze concurrentiefactor zou worden gewijzigd als gevolg van de Concentratie.

#### ***ii) Standpunt van de aanmeldende partijen***

495. De aanmeldende partijen stellen dat de voorgenomen Concentratie geen risico inhoudt op een verslechtering van de arbeidsvoorwaarden van het personeel en het statuut van artsen.<sup>448</sup> Op basis van de procedure tot inbreng van algemeenheid gaat het personeel van GZA over naar ZNA. In aanloop naar de Concentratie werden vanuit GZA en ZNA met de werknemersvertegenwoordigers gesprekken gevoerd om te komen tot een ééngemaakt personeelsstatuut. Samen met de vakbonden zou er een goed, competitief en toch betaalbaar akkoord worden bereikt, terwijl de omstandigheden dit niet gemakkelijk maakten door de hoge inflatie, de beperkte overheidsbudgetten en nakende hervormingen van de gezondheidszorg. Door de beide personeelsstatuten grondig naast elkaar te leggen, zijn de elementen behouden die zowel voor de goede organisatie van het ziekenhuis als voor de werknemers het beste scoorden.

#### ***iii) Onderzoek***

496. Partijen en toezichthouders benadrukken dat het tekort aan zorgpersoneel een aanzienlijk en hardnekkig probleem is.<sup>449</sup> Volgens de meest recente MAHA-analyse (jaar 2022), *“stijgt het aantal vacatures voor het verplegend personeel met zevenmijlslarzen, terwijl het steeds moeilijker wordt om ze in te vullen. De Belgische ziekenhuizen hadden in 2022 ruim 2.800 openstaande betrekkingen in de verpleging, dat zijn er een vijfde meer dan in 2021. Deze dienden onder meer om vertrekkers te*

---

<sup>444</sup> Zie randnrs. 470 en 471.

<sup>445</sup> Zie randnr. 472.

<sup>446</sup> Zie randnr. 485.

<sup>447</sup> Aanmeldingsformulier, §186-188; PV van de vergadering van 31 januari 2024 tussen de BMA en AZ Monica (III.2.E2), §18 en 27; PV van de vergadering van 7 februari 2024 tussen de BMA en UZA (III.3.C2), §11 en §15; PV van de vergadering van 8 februari 2024 tussen de BMA en AZ Klina (II.1.D2), §19, 20 en 25.

<sup>448</sup> Aanmeldingsformulier, §138-143.

<sup>449</sup> Aanmeldingsformulier, §186; PV Departement Zorg, §15 (II.3.C2).

vervangen. De sector blijft echter met een tekort bij het verplegend personeel kampen, dit bedraagt nog steeds 5%.”<sup>450</sup>

497. Het personeelstekort wordt geraamd voor 2022 op 4.234 vacante betrekkingen, een stijging van ongeveer 21% ten opzichte van het jaar 2021.<sup>451</sup> Twee derde daarvan (ongeveer 2.800) zijn vacante betrekkingen voor verplegend personeel in 2022, ook een stijging van 20% ten opzichte van het jaar 2021. In 2024 heeft de VDAB<sup>452</sup> “verpleegkunde” op de tweede plaats gezet op de lijst van knelpuntberoepen.<sup>453</sup> Daarnaast worden ziekenhuizen geconfronteerd met ziekteverzuim van het personeel<sup>454</sup> en soms met uitstroom van personeel na een aantal jaren.<sup>455</sup> Ziekenhuizen concurreren bijgevolg hard om personeel aan te trekken en te behouden. Ziekenhuizen leveren ook specifieke inspanningen bij aanwerving van personeel en voor personeelsbehoud.<sup>456</sup> Maatregelen om verpleging aantrekkelijker te maken, worden bijvoorbeeld aangenomen met positieve gevolgen voor het totaal aantal personeel.<sup>457</sup>

498. Een van de regelgevende instanties, de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, is van mening dat de Concentratie, indien gepaard met een rationalisatie van het aanbod, tot een efficiënter gebruik van de schaarse middelen (waarvan personeel) kan leiden die op minder locaties moet worden ingezet.<sup>458</sup>

499. Uit het onderzoek blijkt dat ziekenhuizen concurreren voor het zorgpersoneel op verschillende niveaus, beloning en arbeidsvoorwaarden. Voor zover de salarissen van het verplegend personeel onder de IFIC-schaal vallen kan de concurrentie niet rechtstreeks op het salaris aanbod spelen, maar onrechtstreeks door verschillende mechanismes zoals het verlenen van hoger IFIC-klasse voor bepaalde ervaringen of toekenning van hoger anciënniteit.<sup>459</sup> Volgens partijen zouden hun concurrenten dit onrechtstreeks mechanisme gebruiken. Arbeidsvoorwaarden zijn ook van groot belang om zorgpersoneel aan te trekken.<sup>460</sup> Zo zou het opbod van een collectieve arbeidsovereenkomst gesloten door grote ziekenhuizen of arbeidsvoorwaarde bepalend zijn voor de omliggende ziekenhuizen (bijvoorbeeld maaltijdscheques met een hogere waarde).<sup>461</sup>

500. Aangaande de gevolgen van de Concentratie op het zorgpersoneel, stelt de auditeur vast dat een ééngeïntegreerde personeelsstatuut werd onderhandeld met de werknemersvertegenwoordigers en door

---

<sup>450</sup> Zie <https://www.belfius.be/about-us/nl/nieuws/maha-analyse-2023>; en [https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2023/Communique-de-presse-Belfius\\_MAHA-15112023.pdf](https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2023/Communique-de-presse-Belfius_MAHA-15112023.pdf).

<sup>451</sup> Belfius. (2023). MAHA-analyse 2023 – Cijfers 2022 en eerste blik op 2023. *Belfius Research*, 31. Beschikbaar op [https://research.belfius.be/wp-content/uploads/2023/11/MAHA-2023\\_Pers-NL.pdf](https://research.belfius.be/wp-content/uploads/2023/11/MAHA-2023_Pers-NL.pdf).

<sup>452</sup> De Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding.

<sup>453</sup> Zie <https://www.vdab.be/trendsdoc/beroepen/index.html?brp=MC1810>.

<sup>454</sup> Belfius. (2023). MAHA-analyse 2023 – Cijfers 2022 en eerste blik op 2023. *Belfius Research*, 29. Beschikbaar op [https://research.belfius.be/wp-content/uploads/2023/11/MAHA-2023\\_Pers-NL.pdf](https://research.belfius.be/wp-content/uploads/2023/11/MAHA-2023_Pers-NL.pdf).

<sup>455</sup> Partijen melden dat bijna de helft van de medewerkers binnen de vijf jaar terug uitstroomt Zie aanmeldingsformulier, §188, p.97.

<sup>456</sup> Aanmeldingsformulier, §187-188.

<sup>457</sup> Belfius. (2023). MAHA-analyse 2023 – Cijfers 2022 en eerste blik op 2023. *Belfius Research*, 31. Beschikbaar op [https://research.belfius.be/wp-content/uploads/2023/11/MAHA-2023\\_Pers-NL.pdf](https://research.belfius.be/wp-content/uploads/2023/11/MAHA-2023_Pers-NL.pdf): “Door de maatregelen om verpleging aantrekkelijker te maken, klimt het aantal VTE [voltijds equivalent] lichtjes met +3,7% sinds 2018.”

<sup>458</sup> Antwoord van de FOD Volksgezondheid (II.2.C5), p. 5.

<sup>459</sup> Zie MONS Beslissing – §352, p. 76, zie ook aanmeldingsformulier waarbij blijkt dat 1. AZ Monica zou een anciënniteit van 5 jaar aan beginnende verpleegkundigen geven en een beter schaal aan verpleegkundigen met een dialyse ervaring toekennen. Ook AZ Sint-Maarten zou ook aan verpleegkundigen in de radiotherapie een IFIC 15 schaal toekennen in plaats van de IFIC 14 waarop GZA met een bijkomende flexibiliteitstoelage te geven voor het werken in verschillende campussen.

<sup>460</sup> Aanmeldingsformulier, §138-143; PV AZ Monica (II.2.E2), §18.

<sup>461</sup> PV Klina (II.1.D2), §19.

een ruime meerderheid van tachtig procent werd goedgekeurd. Het ééngemaakt personeel statuut betreft voornamelijk [VERTROUWELIJK].

<sup>462</sup> [VERTROUWELIJK]. Uit het onderzoek kwamen ook geen bezorgdheden aan het licht in verband met de mobiliteit van het zorgpersoneel. De herschikking van het zorgaanbod blijkt ook geen negatieve gevolgen te hebben voor het personeel. Vanwege de schaarste aan zorgverleners hebben de partijen bij de herschikking van het zorgaanbod rekening gehouden met de aantrekkelijkheid voor zorgverleners, met name wat betreft mobiliteit en het beperken van het aantal te bezoeken campussen.<sup>463</sup> Uit het onderzoek blijkt dat de herschikking van de zorgactiviteiten geen vermindering van de capaciteit of type aangeboden zorg impliceert, noch een vermindering van het zorgpersoneel. Ten slotte kan de Concentratie tot verbeterde arbeidsvoorwaarden leiden voor het personeel door de bundeling van personeelskracht en de vermindering van de werkdruk.<sup>464</sup>

501. De Concentratie impliceert ook een herziening van de relatie tussen artsen en partijen die enerzijds de werktoestand van artsen kunnen wijzigen en die anderzijds de concurrentie tussen ziekenhuizen om artsen aan te trekken beïnvloedt. Beide aspecten werden onderzocht door het auditoraat.

502. De concurrentiële dynamiek tussen ziekenhuizen voor de tewerkstelling van artsen is anders dan deze voor het zorgpersoneel. Het statuut van de artsen ten aanzien van partijen verschilt ook ten aanzien van het zorgpersoneel. Het statuut van artsen – vaak zelfstandigen – is vastgelegd in de algemene (en financiële) regeling van het ziekenhuis. De sectorale wetgevingen voorzien een specifieke betrokkenheid van de artsen bij de werking van het ziekenhuis. Het zorgaanbod, de financiële bijdragen en de arbeidsvoorwaarden van artsen vereisen specifiek advies van de medische raden alvorens te kunnen worden opgenomen in de algemene regeling. Partijen zijn in onderhandeling met de medische raden over de toekomstige, ééngemaakte, algemene (en financiële) regeling van het gefuseerde ziekenhuis.<sup>465</sup> [VERTROUWELIJK].

Deze aspecten worden apart besproken in een andere afdeling van het voorstel van beslissing (zie deel IX.2.2.d). Daarnaast zijn artsen van GZA en ZNA vrij om beroepsactiviteiten buiten hun ziekenhuis uit te oefenen onder de huidige algemene regelingen en dit principe wordt behouden voor de toekomstige regeling van de gefuseerde entiteit.<sup>466</sup> Uit het onderzoek blijkt dat geen verslechtering van de werkomstandigheden voor artsen valt te vrezen.

503. Wat betreft de aanwerving van artsen, zijn de wachtdruk en de mogelijkheid voor specialisatie bepalende factoren.<sup>467</sup> Concurrenten bevestigen dat artsen de laatste tijden meer switchen,<sup>468</sup> in het bijzonder jonge artsen, die carrièremogelijkheden opzoeken bij grotere ziekenhuizen die meer

---

<sup>462</sup> [VERTROUWELIJK].

Zie aanmeldingsformulier, §39.

<sup>463</sup> Bijlage 63a bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3).

<sup>464</sup> Bijlage 63a bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), §82: *“Aanmeldende partijen wijzen erop dat een centralisatie of integratie van activiteiten een oplossing kan bieden voor de huidige bestaffingsproblematiek door de zeer krappe arbeidsmarkt. Als een volwaardige bestaffing kan voorzien worden, daalt de werkdruk en verhoogt het welzijn van de medewerkers. Artsen kunnen hierdoor ook beter worden ondersteund. Hierdoor kunnen partijen eventueel overblijvende vacatures ook beter invullen omdat sollicitanten door hun netwerken snel te weten komen waar de werkdruk daalt. Partijen hopen hiermee op een onmiddellijk positief effect op de permanentie en continuïteit van de zorg en hopen zo de dienstverlening kwalitatief te waarborgen.”*

<sup>465</sup> Aanmeldingsformulier, §144.

<sup>466</sup> Aanmeldingsformulier, §147.

<sup>467</sup> PV AZ Monica (III.2.E2), §18.

<sup>468</sup> PV AZ Klina (II.1.D2), §25.

capaciteit hebben voor investeringen om “subspecialisatie” te faciliteren.<sup>469</sup> Er worden beperkingen aan de mobiliteit van artsen vastgesteld. De auditeur merkt de afwezigheid op van niet-concurrentiebedingen bij relaties tussen artsen en partijen. Concurrenten hebben geen specifieke bezwaren geuit in dit verband.

504. De auditeur merkt op dat ziekenhuizen momenteel te kampen hebben met een tekort aan artsen en verplegend personeel op alle niveaus. Het personeelstekort heeft tot gevolg dat de kwaliteit van de aangeboden zorg afneemt.<sup>470</sup> Uit het onderzoek blijkt dat er sprake is van een aanwervingsprobleem ten gevolge van het tekort, en dat de huidige Concentratie tot doel heeft om de infrastructuur, het zorgaanbod en de arbeidsvoorwaarden aantrekkelijker te maken voor artsen en verplegend personeel.

505. De voordelen van de Concentratie voor de artsen en het zorgpersoneel worden door het onderzoek bevestigd. Zij vormen ook een concurrentievoordeel voor partijen. Het is echter niet waarschijnlijk dat dit voordeel de mobiliteit van het personeel en de toegang tot personeel voor concurrenten al te zeer zal beperken. De concurrentieparameters voor het personeel hebben voornamelijk betrekking op niet-loongerelateerde voorwaarden. Ze zijn toegankelijk voor alle ziekenhuizen zonder dat de Concentratie deze vorm van concurrentie beperkt. Bovendien moedigt de Concentratie de ziekenhuizen aan om te innoveren met het oog op het behoud en de aantrekking van zorgpersoneel. Ten slotte ontbreken exclusieve contractuele clausules waardoor, de mobiliteit van het personeel evenmin wettelijk wordt beperkt.

#### ***iv) Beoordeling en conclusie van de auditeur***

506. Op basis van de hierboven aangehaalde redenen beslist de auditeur dat het onwaarschijnlijk is dat de Concentratie zou resulteren in significante horizontale mededingingsbeperkende gevolgen op de lokale markt voor hospitalisaties, noch op de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg, door een verslechtering van de werkvoorwaarden van het zorgpersoneel met onrechtstreekse een vermindering van de kwaliteit van het zorgaanbod van de partijen.

#### ***v) Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege***

507. Het College deelt het standpunt van de auditeur dat de werkvoorwaarden van het zorgpersoneel een impact kunnen hebben op de kwaliteit van de zorg in de betrokken markten voor hospitalisaties en ambulante zorg en dus een aandachtspunt zijn bij de mededingingsrechtelijke analyse .

508. In deze deelt het College echter de conclusie van de auditeur dat er onvoldoende risico's zijn dat verslechtering van de werkvoorwaarden van het zorgpersoneel en de artsen zullen verslechteren, om de redenen aangehaald in randnummers 496 tot en met 505.

### **IX.2.4 Analyse van unilaterale effecten op de toegankelijkheid tot het aanbod van de partijen**

#### **IX.2.4.a Standpunt van partijen**

509. In hun toelichting over een mogelijke impact op specifieke service lines waar partijen een hoog gezamenlijke marktaandeel bestrijken, stellen partijen steeds dat er geen risico is op een verminderde toegankelijkheid van de zorg.<sup>471</sup>

---

<sup>469</sup> PV Monica (III.2.E2), §27.

<sup>470</sup> Dit tekort dwingt zelfs ziekenhuizen om het zorgaanbod af te bouwen, door bepaalde activiteiten af te bouwen, bedden te sluiten, zie, <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/personeelstekort-dwingt-vlaamse-ziekenhuizen-en-woonzorgcentra-om-zorgaanbod-af-te-bouwen>.

<sup>471</sup> Aanmeldingsformulier, §158.

#### **IX.2.4.b Onderzoek**

##### ***i) Inleiding***

510. In deze sectie worden de mogelijke unilaterale effecten ten gevolge van de Concentratie op de toegankelijkheid voor patiënten op de lokale markten voor hospitalisaties enerzijds en gespecialiseerde ambulante zorg anderzijds geanalyseerd.

511. De reden voor de analyse van toegankelijkheid is tweeledig. Enerzijds is de afstand tussen de woonplaats van patiënten en de ziekenhuislocatie een bepalende factor voor de keuze van patiënten. Uit verschillende academische studies blijkt dat afstand de belangrijkste factor is bij de keuze van patiënten.<sup>472</sup> Een toename van de afstand tussen patiënten en ziekenhuizen zal de keuze van patiënten normaliter aanzienlijk beperken. Anderzijds beïnvloedt de afstand tussen de woonplaats van patiënten en de ziekenhuislocatie het gezondheidsniveau van de patiënten. Verschillende studies hebben bijvoorbeeld aangetoond dat een toename van de afstand tussen de woonplaats van de patiënten en de ziekenhuislocaties leidt tot langere reistijden en daarmee tot meer postoperatieve complicaties.<sup>473</sup>

##### ***ii) Analyse***

512. In principe kan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de partijen worden beïnvloed door (i) de opening van nieuwe ziekenhuislocaties en/of de ontwikkeling van nieuwe activiteiten in bestaande ziekenhuislocaties; (ii) de sluiting van bepaalde bestaande ziekenhuislocaties en/of de stopzetting van bepaalde activiteiten in bestaande ziekenhuislocaties; en (iii) de overdracht van bepaalde activiteiten tussen bestaande ziekenhuislocaties.

513. In de onderhavige zaak kunnen verschillende mogelijke organisatorische veranderingen van invloed zijn op de toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten van de partijen.

514. Zoals hierboven uitgelegd, werd de ziekenhuissite ZNA Stuivenberg in september 2023 vervangen door de ziekenhuislocatie ZNA Cadix.

515. Partijen hebben aangegeven dat de ZNA campus Sint-Erasmusziekenhuis eind 2025 zal sluiten en dat de activiteiten zullen worden overgeheveld naar andere ziekenhuiscampussen, namelijk ZNA Cadix (grotendeels) en ZNA Sint-Elisabeth (in mindere mate). Tegen 2030, zou ook de ziekenhuiscampus ZNA Sint-Elisabeth moeten sluiten. [VERTROUWELIJK].

474

516. Een aantal erkenningen en diensten kunnen worden overgedragen tussen ziekenhuiscampussen om de erkenningen van ziekenhuislocaties die zullen sluiten te herverdelen. Zo zijn bijna alle erkenningen van de ziekenhuislocaties ZNA Stuivenberg en ZNA Sint-Erasmus overgeheveld naar de nieuwe ziekenhuislocatie ZNA Cadix. [VERTROUWELIJK].

475

517. Uit de interne documenten van de partijen blijkt dat de ziekenhuisvestigingen die blijven bestaan, een grondige reorganisatie van het dienstenaanbod zullen ondergaan. Dit blijkt met name uit het

---

<sup>472</sup> *Ibid.*, §361.

<sup>473</sup> Bijv. Hayford, T. B. (2012). The impact of hospital mergers on treatment intensity and health outcomes. *Health Services Research*, 47, 1008-1029; Buchmueller, T. C., Jacobson, M., & Wold, C. (2006). How far to the hospital?: The effect of hospital closures on access to care. *Journal of Health Economics*, 25(4), 740-761; Siegel, J., Engelhardt, K. E., Hornor, M. A., Morgan, K. A., & Lancaster, W. P. (2021). Travel distance and its interaction with patient and hospital factors in pancreas cancer care. *American Journal of Surgery*, 221(4), 819-825.

<sup>474</sup> <https://www.zna.be/nl/nieuws/zna-sint-erasmus-verhuist>.

<sup>475</sup> Antwoord van de partijen op VOI nr. 6 (I.29), §173.

“Regionaal Zorgstrategisch Plan” van het ZAS-netwerk, dat ook reeds aan het Departement Zorg werd meegedeeld. De voorgestelde reorganisatie van het zorgaanbod gaat echter verder dan de organisatie van de partijen in een netwerk en heeft specifiek betrekking op de door de partijen beoogde Concentratie. De partijen benadrukken dat “[VERTROUWELIJK]”.<sup>476</sup>

518. [VERTROUWELIJK]

<sup>477</sup> [VERTROUWELIJK]

<sup>478</sup> [VERTROUWELIJK].

<sup>479</sup>

519. Voor de beoordeling van de impact van deze wijzigingen op de toegankelijkheid van het zorgaanbod van de partijen te beoordelen, worden verschillende elementen in overweging genomen. Ten eerste ziet het auditoraat geen stimulans voor de partijen om de toegankelijkheid van hun zorgaanbod vanuit geografisch oogpunt te verminderen. Een verminderde toegankelijkheid van de zorg zou een negatief effect hebben op de aantrekkelijkheid van de partijen, en dus de facto op hun activiteiten en financiering. Dit kan bijvoorbeeld via de B2-component van het BFM hetgeen een belangrijke financieringsbron voor ziekenhuizen is, zoals reeds hierboven werd toegelicht in deel VI.3.4. Hierdoor zouden eventuele negatieve gevolgen van de Concentratie voor de toegankelijkheid van de partijen tot de gezondheidszorg indirect zijn.

520. Uit het onderzoek blijkt dat de sluitingen van ZNA Stuivenberg, ZNA Erasmus en ZNA Sint-Elisabeth weinig rechtstreeks verband houden met de fusieoperatie.<sup>480</sup> Zo werd de beslissing om de locatie ZNA Erasmus te sluiten genomen op basis van een kosten-batenanalyse waaruit bleek dat de

---

<sup>476</sup> Regionaal Zorgstrategisch Plan (Bijlage 33 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), p. 32): “[VERTROUWELIJK]”

<sup>477</sup> [VERTROUWELIJK].

<sup>478</sup> [VERTROUWELIJK].

<sup>479</sup> Regionaal Zorgstrategisch Plan (Bijlage 33 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), deel 5.2).

<sup>480</sup> Aanmeldingsformulier, §120; VOI 3 antwoord van partijen (I.O2), §20. Zie ook <https://www.zna.be/nl/nieuws/zna-sint-erasmus-verhuist>.

renovatiwerkzaamheden die nodig waren om het vervallen gebouw aan te passen aan de wettelijke eisen en zorgbehoeften meer dan 100 miljoen EUR zouden bedragen. Enkel de herschikking van de activiteiten op de locatie van het ZNA Sint-Elisabethziekenhuis – en niet de sluiting van de locatie zelf – kan mogelijk als specifiek voor de fusieoperatie worden aangemerkt.

521. [VERTROUWELIJK]<sup>481</sup> [VERTROUWELIJK].<sup>482</sup> [VERTROUWELIJK]

522. Hoewel het de bedoeling is dat bepaalde activiteiten tussen de verschillende ziekenhuissites van de partijen worden herverdeeld om het zorgaanbod te rationaliseren, zullen deze overdrachten de toegankelijkheid van het zorgaanbod voor patiënten waarschijnlijk niet significant verminderen. Enerzijds liggen de mogelijk betrokken ziekenhuissites alle op minder dan 10-15 kilometer van elkaar en zou een groot deel van de herverdeling in feite alleen betrekking hebben op ziekenhuisvestigingen die op minder dan 5 kilometer van elkaar liggen.<sup>483</sup> [VERTROUWELIJK]

523. Volgens de partijen kan de bevolking die in het betreffende zorggebied woont soms te maken krijgen met lange reistijden. In dit verband merkt het auditoraat op dat partijen hun zorgaanbod geografisch wensen te spreiden en, concreter, [VERTROUWELIJK]. Een evenwichtige geografische spreiding van de gezondheidsdiensten en initiatieven om de mobiliteit van patiënten te vergemakkelijken kunnen de toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten van de partijen voor patiënten alleen maar verbeteren.<sup>484</sup>

524. Tot slot zou de herschikking van het zorgaanbod mogelijks een invloed kunnen hebben op wachttijden indien het zorgaanbod als gevolg van de Concentratie beperkter wordt. Enerzijds blijkt uit de analyse van het zorgaanbod van partijen zoals uiteengezet in het regionaal zorg strategisch plan dat het niet zal afnemen. Anderzijds uitten noch de sectorale regulatoren, noch de patiënten verenigingen enige bezorgdheid over wachttijden.<sup>485</sup> Om die reden heeft de auditeur geconcludeerd dat het onwaarschijnlijk is dat de Concentratie de wachttijden zou verslechteren op een aanzienlijke manier.

---

<sup>481</sup> Regionaal Zorgstrategisch Plan (Bijlage 33 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), deel 5.2).

<sup>482</sup> Antwoord van de partijen op VOI nr. 3 (I.02), Bijlage 49.

<sup>483</sup> De partijen zijn bijvoorbeeld [VERTROUWELIJK].

<sup>484</sup> Regionaal Zorgstrategisch Plan (Bijlage 33 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), deel 6.2).

<sup>485</sup> Antwoord FOD Volksgezondheid (II.2.C5), vraag 7 c) *“In internationale vergelijkingen staat België steeds bovenaan wat betreft de toegankelijkheid van zorg en specifiek wat betreft ziekenhuiszorg. We hebben een heel sterk uitgebouwd aanbod aan tweedelijns- en derdelijnszorg. Als er al wachtlijsten zijn dan heeft dit te maken met een schaarste aan apparatuur (bijv. NMR-toestellen) en/of een schaarste aan personeel (bijv. bepaalde specialismen zoals dermatologie of tekort aan technisch personeel zoals medische beeldvormingstechnologen). Als de fusie gepaard gaat met een rationalisatie van het aanbod, kan de fusie enkel leiden tot een nog betere toegankelijkheid aangezien de schaarse middelen (personeel en/of apparatuur) op minder locaties moet worden ingezet dus men kan*

#### **IX.2.4.c Beoordeling en conclusie van de auditeur**

525. De auditeur concludeert dat de Concentratie geen aanleiding geeft tot ernstige twijfels over te toelaatbaarheid van de Concentratie in verband met het ontstaan van unilaterale effecten op de toegankelijkheid van het zorgaanbod van de partijen voor patiënten.

#### **IX.2.4.d Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege**

526. Het College deelt de vaststelling van de auditeur dat partijen in principe geen stimulans hebben om de toegankelijkheid van hun zorgaanbod te verminderen gezien het negatief effect dat dit zou hebben op hun aantrekkelijkheid als zorgverlener. Dit geldt zowel voor het aspect van de geografische bereikbaarheid als voor de wachttijden.

527. Hoewel er wel degelijk herschikkingen voorzien zijn (bv. [VERTROUWELIJK]<sup>486</sup>) door de partijen zijn deze volgens het onderzoek van de auditeur niet het gevolg van de Concentratie maar reeds eerder voorzien. Partijen wensen volgens het onderzoek van de auditeur overigens hun zorgaanbod op evenwichtige wijze geografisch te spreiden om de toegankelijkheid en mobiliteit van de patiënten te vergemakkelijken. Zo zouden mogelijke herschikkingen in het zorgaanbod de toegankelijkheid niet verminderen, aangezien alle mogelijk betrokken ziekenhuissites op minder dan 10-15 km van elkaar liggen en de ziekenhuissites die het voorwerp van een herschikking zouden zijn op minder dan 5 km afstand van elkaar liggen.

528. Het College deelt dan ook de conclusie van de auditeur dat de Concentratie geen aanleiding geeft tot ernstige twijfels in verband met de toegankelijkheid van het zorgaanbod van de partijen.

#### **IX.2.5 Conclusie van de auditeur aangaande de unilaterale effecten**

529. In het licht van het bovenstaande is de auditeur tot de conclusie gekomen aan het eind van de voorlopige Fase 1 onderzoek dat de Concentratie de daadwerkelijke mededinging aanzienlijk zou belemmeren als gevolg van unilaterale effecten op de lokale markt voor hospitalisaties en op de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg.

530. In het bijzonder geeft de Concentratie aanleiding tot ernstige twijfels over haar toelaatbaarheid ten minste wat betreft unilaterale effecten in de vorm van:

- a. Ereloonsupplementen (hospitalisaties): (i) harmonisatie van de effectieve ereloonsupplementen van ZNA met de niveaus van GZA; (ii) afschaffing van de lagere maximumtarieven van [VERTROUWELIJK]% voor ZNA en van [VERTROUWELIJK]% voor GZA met een verhoging naar een uniek maximumpercentage van 200% aan ereloonsupplementen; en (iii) een mogelijke verdere toename van dit maximumpercentage boven 200% aan ereloonsupplementen na de Concentratie;<sup>487</sup>
- b. Kamersupplementen (hospitalisaties): enerzijds de harmonisatie van de kamersupplementen naar de huidige duurste kamersupplementen van GZA en anderzijds van de verdere stijging van de huidige kamersupplementen na de Concentratie; en

---

*efficiënter werken.*, en vraag 7 e) "Door een rationalisatie van het aanbod (en een daarmee verbonden betere personeelsbezetting) valt eerder te verwachten dat dit zal verbeteren met dalende wachttijden tot gevolg."

<sup>486</sup> Zie randnummer 520.

<sup>487</sup> Het onderzoek kon ook de mogelijkheid niet uitsluiten dat er na de fusie gecoördineerde effecten optreden op het niveau van de ereloonsupplementen. *Infra* afd. IX.3.

- c. Ereloonsupplementen voor niet-geconventioneerde prestaties (gespecialiseerde ambulante zorg): enerzijds een toenemende gebruik van niet-geconventioneerde tarieven (i.e. hoger niet-geconventioneerde activiteit), en anderzijds van een verhoging van maximumtarieven (zelfs boven de huidige [VERTROUWELIJK]% geldend bij GZA) voor ereloonsupplementen voor niet-geconventioneerde prestaties.

531. De partijen hebben hieromtrent verbintenissen aangeboden met de bedoeling om de mededingingsbezwaren van het auditoraat weg te nemen, zodat hun Concentratie kan worden goedgekeurd. Zoals verder wordt uiteengezet (*infra* hoofdstuk X), en in balans met de verschillende elementen die hierboven worden aangehaald, is de auditeur van mening dat de Concentratie toelaatbaar kan worden verklaard mits oplegging van de aangeboden verbintenissen.

### **IX.2.6 Conclusie van het Mededingingscollege aangaande de unilaterale effecten**

532. Het College deelt, op basis van de eerder vermelde redenen, de conclusies van de auditeur inzake unilaterale effecten op de twee bovenvermelde markten (hospitalisaties en gespecialiseerde ambulante zorg) zoals deze zijn samengevat in randnr. 530.

## **IX.3 Gecoördineerde effecten**

### **IX.3.1 Inleiding**

533. Een concentratie kan gecoördineerde effecten veroorzaken wanneer, als gevolg van de concentratie, de aard van de mededinging zodanig verandert dat ondernemingen die voorheen hun gedragingen op de markt niet coördineerden, nu in significante mate sterker geneigd zijn hun marktgedrag te coördineren en de prijzen te verhogen of de daadwerkelijke mededinging op andere wijze te belemmeren.<sup>488</sup>

534. Een concentratie vermindert het aantal spelers op een markt en kan de daadwerkelijke mededinging aanzienlijk belemmeren door de kans te vergroten dat ondernemingen hun gedrag kunnen coördineren, zonder dat zij noodzakelijkerwijs een overeenkomst dienen te sluiten of tot onderling afgestemde feitelijke gedragingen te komen.<sup>489</sup>

535. Een concentratie kan ook de coördinatie tussen ondernemingen die hun gedragingen al vóór de concentratie coördineerden, vergemakkelijken, stabiliseren of doeltreffender maken, hetzij door de reeds bestaande coördinatie te verstevigen, hetzij door ondernemingen de kans te geven om te coördineren bij hogere prijzen, lagere kwaliteit en/of marktverdeling (bijvoorbeeld per geografisch gebied of op basis van andere kenmerken van hun klantenbestand).<sup>490</sup>

536. Coördinatie is waarschijnlijker op markten waar het betrekkelijk eenvoudig is om tot een verstandhouding te komen over de coördinatievoorwaarden.<sup>491</sup> Bovendien moet volgens de horizontale richtsnoeren van de Commissie aan drie voorwaarden worden voldaan om coördinatie duurzaam te maken:

---

<sup>488</sup> Europese Commissie, *Richtsnoeren horizontale fusies*, 2004/C 31/03, §22.

<sup>489</sup> *Ibid.*, §39.

<sup>490</sup> *Ibid.*, §39-40.

<sup>491</sup> *Ibid.*, §41.

- a. de coördinerende ondernemingen moeten in voldoende mate kunnen controleren of de verstandhouding wordt nageleefd;
- b. er moet een geloofwaardig disciplineringsmechanisme zijn dat in werking kan worden gesteld wanneer afwijkend gedrag aan het licht komt; en
- c. de met de coördinatie beoogde resultaten mogen niet in gevaar kunnen worden gebracht door het optreden van buitenstaanders, zoals huidige en toekomstige concurrenten die niet aan de marktcoördinatie deelnemen, en afnemers.<sup>492</sup>

537. Op dit punt “codificeren” de richtsnoeren van de Commissie het arrest *Airtours* van het EU Gerecht, waarvan de redenering door het EU Hof van Justitie is bevestigd in het arrest *Impala*.<sup>493</sup> Volgens deze rechtspraak dient te worden vermeden dat bij de toepassing van deze criteria een mechanische benadering wordt gevolgd die elk criterium afzonderlijk toepast en voorbij gaat aan het algemene economische mechanisme dat achter een hypothetische stilzwijgende coördinatie schuilgaat.<sup>494</sup> Bij het onderzoek van gecoördineerde effecten wordt rekening gehouden met alle beschikbare relevante informatie over de kenmerken van de betrokken markten, inclusief structurele aspecten en de eerdere gedragingen van de ondernemingen. Het feit dat er in het verleden coördinatie heeft plaatsgevonden is van belang indien de relevante kenmerken van de markt niet noemenswaardig zijn gewijzigd.

538. De lokale markt voor hospitalisaties waarop de partijen bij de voorgenomen Concentratie actief zijn vertoont in deze zaak specifieke kenmerken die aansporen tot een onderzoek naar mogelijke gecoördineerde effecten, zoals verderop blijkt uit het onderzoek dat werd gevoerd door de auditeur. Deze kenmerken omvatten onder andere het hoge concentratieniveau in de betreffende lokale markt, de hoge mate van transparantie in de sector, de bevordering van coördinatie als gevolg van de Vlaamse regelgeving, enzovoort, zoals verderop meer uitgebreid zal worden toegelicht. In het bijzonder heeft de Vlaamse regulator, het Departement Zorg, de nadruk gelegd op de complementariteit van het zorgaanbod in grootstedelijke gebieden zoals *in casu* Antwerpen en een afstemming tussen de twee ziekenhuisnetwerken ZAS en Helix is een wettelijke verplichting. Om al deze redenen heeft de auditeur verder onderzocht of gecoördineerde effecten naar aanleiding van de voorgenomen Concentratie zouden worden geïnduceerd dan wel versterkt.

539. Als onderdeel van het onderzoek, nadat het standpunt van de aanmeldende partijen wordt toegelicht, (afdeling IX.3.2), wordt door het auditoraat hieronder onderzocht of de markt voor hospitalisaties gekenmerkt wordt door marktomstandigheden die bevorderlijk zijn voor stilzwijgende coördinatie (afdeling IX.3.3), of en hoe een verstandhouding kan tot stand komen met betrekking tot de coördinatievoorwaarden, of coördinatie als duurzaam kan worden beschouwd (afdeling IX.3.4), en tenslotte wat het effect is van de Concentratie op de lokale markt voor hospitalisaties (afdeling IX.3.5 **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**). Hierbij houdt het auditoraat rekening met alle relevante informatie waarover het beschikte met betrekking tot de kenmerken van de lokale markt voor hospitalisaties.<sup>495</sup>

---

<sup>492</sup> *Ibid.*, §41, 44 e.v.

<sup>493</sup> HvJ (Grote kamer) 10 juli 2008, nr. C413/06 P, ECLI:EU:C:2008:392, Bertelsmann AG en Sony Corporation of America/Impala, §125.

<sup>494</sup> *Ibid.*

<sup>495</sup> Op de markt voor ambulante zorg rekenen geconventioneerde artsen de tarieven aan die zijn vastgelegd in het Nationaal Akkoord arsten-ziekenfondsen. De patiënt betaalt alleen het remgeld, d.w.z. het verschil tussen het bedrag dat wordt terugbetaald door het ziekenfonds en het officiële tarief dat is vastgelegd in het Nationaal Akkoord. Als de arts niet geconventioneerd is, is hij vrij om zijn eigen tarieven te bepalen. Hoewel de beslissing om al dan niet (gedeeltelijk) te conventioneren in principe bij de arts ligt, kan het ziekenhuis in bepaalde gevallen een

### **IX.3.2 Standpunt van de aanmeldende partijen**<sup>496</sup>

540. De aanmeldende partijen zijn van mening dat niet is voldaan aan de criteria om gecoördineerde effecten te identificeren zoals uiteengezet in de Airtours en Impala arresten. Ze stellen dat de voorgenomen Concentratie geen collectieve machtspositie zal creëren of versterken die ZAS en andere ziekenhuizen in staat zou stellen om hun gedrag te coördineren op het vlak van prijs, kwaliteit of toegankelijkheid.
541. Vooreerst argumenteren partijen dat de ziekenhuizen in de regio Antwerpen niet de mogelijkheid zullen hebben om tot een duurzame verstandhouding te komen waarbij afwijkend gedrag gecontroleerd kan worden. Als eerste reden hiertoe stellen de aanmeldende partijen dat de betrokken markten dermate gereguleerd zijn op vlak van prijs, volume, kwaliteit en geografische verdeling waardoor ziekenhuizen slechts een beperkte vrijheid hebben om te concurreren. Hierdoor zullen er ook na de totstandkoming van de Concentratie geen prikkels zijn om te coördineren.
542. Een tweede reden die volgens aanmeldende partijen de totstandkoming van een duurzame verstandhouding bemoeilijkt is de uiterst heterogene dienstverlening en asymmetrie. Ze stellen dat de dienstverlening van zowel hospitalisaties als ambulante zorg complex en heterogeen is aangezien elke patiënt een ander traject doorloopt en andere behandeling krijgt van verschillende diensten. Voor ambulante zorg zou deze asymmetrie nog groter zijn aangezien deze zorg eveneens wordt aangeboden door andere aanbieders (privépraktijken, privéziekenhuizen). Bijkomend stellen ze dat naast de basiszorg die in elk ziekenhuis wordt aangeboden er ook een veelheid is van specifieke, gespecialiseerde diensten die niet steeds met elkaar te vergelijken zijn.
543. Ten derde, zou er volgens de aanmeldende partijen onvoldoende transparantie op de markt zijn opdat coördinatie zou kunnen plaatsvinden. Partijen bemerken dat zij slechts een inschatting kunnen maken van de marktposities van hen zelf alsook die van hun concurrenten. Niettegenstaande dat de partijen aangeven zicht te hebben op de kamersupplementen en de maximum ereloonsupplementen (daar deze publiek bekend worden gemaakt) stellen ze geen zicht te hebben op de effectief toegepaste tarieven aangezien deze door de behandelende arts gekozen worden.
544. Tot slot vermelden de aanmeldende partijen dat er samenwerkingsverbanden bestaan tussen de ziekenhuizen die gericht zijn op optimalisatie. Naast de moeilijkheden om tot een duurzame verstandhouding te komen, is er volgens de aanmeldende partijen geen voldoende geloofwaardig afschrikkings- of disciplineringsmechanisme dat de coördinerende ondernemingen ervan weerhoudt om af te wijken van de stille verstandhouding.
545. Volgens de aanmeldende partijen is er voor ziekenhuizen slechts beperkte beweegruimte wat betreft de niet-gereguleerde tarieven. Ze verwijzen naar de onderhandelingen die plaatsvinden tussen het bestuursorgaan en de medische raad en bemerken dat de maximumtarieven die het ziekenhuis

---

verplichte conventieering opleggen in de algemene regeling. De overgrote meerderheid van artsen in ziekenhuizen zijn geconventioneerde (hoewel er enkele verschillen zijn afhankelijk van de specialisatie en het geografisch gebied). Bepaalde openbare gegevens, min of meer geaggregeerd per provincie/stad, zijn hier te vinden: <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr>. Deze bevestigen dat niet-geconventioneerde prestaties een beperkt deel uitmaken van het totale aantal prestaties in de provincie Antwerpen en suggereren dat de inkomsten uit niet-geconventioneerde prestaties een beperkt deel uitmaken van het totaal aan ereloonsupplementen dat de ziekenhuizen in de regio aanrekenen. Dat is ook wat wordt waargenomen bij de partijen en niets wijst erop dat dit significant anders is bij concurrerende ziekenhuizen. De auteur concludeert dat er geen ernstige twijfels bestaan over het ontstaan van gecoördineerde prijseffecten op de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg en zal mogelijke gecoördineerde effecten op de markt voor ambulante zorg niet verder onderzoeken.

<sup>495</sup> Aanmeldingsformulier, p. 96-107.

<sup>496</sup> Aanmeldingsformulier, p. 96-107.

oplegt niet zomaar eenzijdig gewijzigd kunnen worden. Hierdoor zou het voor ziekenhuizen ook niet mogelijk zijn om sanctionerend op te treden door deze maximumtarieven aan te passen.

546. Bijkomend stellen de aanmeldende partijen dat het eveneens niet mogelijk is om te sanctioneren door samenwerkingsverbanden stop te zetten of te beslissen om bepaalde patiënten niet langer door te verwijzen. Ze verwijzen hierin enerzijds naar de keuzevrijheid van de patiënt die zelf kan kiezen in welk ziekenhuis hij behandelt wenst te worden. Anderzijds is er de therapeutische vrijheid van de behandelende arts die voor de meeste geschikte behandeling voor de patiënt dient voor te schrijven.

547. De aanmeldende partijen zijn van mening dat er voldoende compenserende machten zijn die de mogelijkheid tot coördinatie beperken. In eerste instantie wijzen ze naar het aantal concurrerende ziekenhuizen aanwezig op de betrokken markten. Volgens hen sluit deze veelheid van concurrenten uit dat er sprake kan zijn van duurzame coördinatie.

548. Daarnaast merken de aanmeldende partijen ook op dat er in toenemende mate controle wordt uitgeoefend op kwaliteit van ziekenhuizen. In het bijzonder wordt gewezen op het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (hierna "VIKZ") dat omtrent specifieke topics de resultaten over de kwaliteit van de zorg publiceert. Ook na de Concentratie kan ZAS het zich aldus niet veroorloven om de kwaliteit van de zorgverlening te doen zakken. Door initiatieven zoals deze van het VIKZ zal een daling van de kwaliteit van de zorg steeds worden afgestraft waardoor ziekenhuizen wel degelijk blijven concurreren op het vlak van kwaliteit.

549. Daarnaast moet ook rekening worden gehouden met de toenemende concurrentiële druk van privéziekenhuizen evenals privépraktijken.

550. Tot slot verwijzen de aanmeldende partijen naar andere compenserende machten zoals verzekeraars en mutualiteiten die belangrijke druk uitoefenen op ziekenhuizen om betaalbare en kwaliteitsvolle zorg aan te bieden. Zo wijzen ze patiënten op hun rechten, waaronder de vrije keuze van zorgverlener.

551. In hun Schriftelijke Opmerkingen op het voorstel van besluit van de auditeurstippen partijen navolgende argumenten aan:

- Vooreerst wijzen zij er op dat er onduidelijkheid is of het Auditoraat een risico op gecoördineerde effecten ziet uitsluitend voor de ereloonsupplementen of tevens voor de kamersupplementen.
- Ze stellen dat de prikkel om tot coördinatie over te gaan niet aanwezig is omdat de ereloonsupplementen en de kamersupplementen slechts voor een marginaal stuk van de omzet van de betrokken ziekenhuizen staan.
- De partijen stellen het geconcentreerd karakter van de markt in vraag en verwijzen hiervoor naar de discussie aangaande de geografische markt en het gegeven dat niet alle concurrenten in rekening worden gebracht.
- De partijen stellen dat de aanwezige asymmetrie enige coördinatie in de weg staat en verwijzen in dit kader naar de bevindingen in de Jolimont-beslissing.
- De partijen betwisten dat de markt gekenmerkt wordt door een hoge mate van transparantie en beklemtonen dat er geen transparantie bestaat tussen de concurrenten aangaande de effectieve inkomsten.
- De partijen bevestigen dat er contacten en samenwerkingen zijn tussen de ziekenhuizen en de netwerken en dat die contacten gericht zijn op een verbetering van de kwaliteit van het zorgaanbod in de zorgregio ten behoeve van de patiënten. Zij ontkennen evenwel dat er in dit kader mededingingsbeperkende uitwisselingen plaatsvinden.

- De partijen stellen dat er aangaande het thema van de no-poaching dat door het Auditoraat is opgebracht enkel verwezen wordt naar een enkele verklaring zonder context en bewijs, en verder dat het onduidelijk is of het Auditoraat in verband hiermee verder onderzoek heeft gedaan.
- De partijen wijzen op de compenserende marktmacht van de verzekeraars en het gebrek aan bewijs dat er effectief mogelijkheden zijn om afspraken over overdracht van patiënten te beëindigen als een vorm van disciplinerend optreden.
- Tot slot stellen partijen dat het bewijs van een oorzakelijk verband ontbreekt tussen de concentratie en de eventuele gecoördineerde effecten.

### **IX.3.3 Marktkenmerken die bevorderlijk zijn voor stilzwijgende coördinatie op de lokale markt voor hospitalisaties**

552. Het doel van dit onderdeel is na te gaan of er op de lokale markt voor hospitalisaties sprake is van marktomstandigheden die stilzwijgende coördinatie kunnen bevorderen.

553. In dit eerste deel van de analyse worden een aantal structurele marktvoorwaarden vastgesteld die het ontstaan en de duurzaamheid van stilzwijgende coördinatie kunnen vergemakkelijken. In navolging van het EU Hof van Justitie in de zaak Sony/BMG/Impala “*moet een mechanische benadering worden vermeden waarbij elk van deze criteria afzonderlijk wordt onderzocht, zonder dat rekening wordt gehouden met het algemene economische mechanisme van een hypothetische stilzwijgende coördinatie.*”<sup>497</sup>

#### **IX.3.3.a Weinig spelers actief op de betrokken lokale markt voor hospitalisaties**

554. Volgens de economische theorie is gecoördineerd gedrag waarschijnlijker naarmate het aantal ondernemingen dat nodig is om tot een duurzame coördinatie te komen, kleiner is. De economische theorie verschaft voldoende solide inzichten dat marktspelers die met talrijke concurrenten te maken hebben, over beperktere prikkels en vermogen beschikken om te coördineren. Er zijn een aantal redenen om deze theorie te onderbouwen.<sup>498</sup>

555. Ten eerste is coördinatie moeilijker naarmate er meer partijen bij betrokken zijn. Dit geldt met name wanneer de coördinatie alleen gebaseerd is op een stilzwijgende afspraak over de coördinatievoorwaarden. In deze omstandigheden kan het moeilijk zijn om de coördinatievoorwaarden vast te stellen, bijvoorbeeld coördinatie inzake prijzen of marktaandelen.<sup>499</sup>

556. Ten tweede, wanneer marktspelers met meer concurrenten te maken hebben, zal elke speler er minder belang bij hebben bij te dragen tot de vermindering van de productie die nodig is om de marktprijs kunstmatig te verhogen.

557. Ten derde kan het moeilijker zijn om de niet-naleving van de afspraken op te sporen en te bestraffen in het geval er meer concurrenten zijn. De niet-naleving door een enkele concurrent zal eerder onopgemerkt blijven omdat het waarschijnlijk geen drastisch effect heeft op de prijs. Indien de niet-naleving geen sterk effect heeft op de prijs, zullen de deelnemende marktspelers ook minder bereid zijn om de onderneming die afwijkt streng te straffen. En in het geval strenge straffen hun

<sup>497</sup> Hof van Justitie van de Europese Unie, Arrest van 10 juli 2008, ECLI:EU:C:2008:392, Bertelsmann AG en Sony Corporation of America / Impala, zaak C413/06 P, §125.

<sup>498</sup> Europese Commissie, beslissing van 23 september 2008 in zaak M.4980, *ABF/GBI Business*, §147-152.

<sup>499</sup> *Infra* afd.IX.3.4.

geloofwaardigheid verliezen, zal prijsconcurrentie waarschijnlijk de geprefereerde strategie van de concurrenten worden.

558. Meer in het algemeen, aangezien bedrijven de totale winst die voortvloeit uit stilzwijgende coördinatie moeten delen, krijgt elk bedrijf een kleiner deel van de totale winst naarmate het aantal bedrijven toeneemt. Dit heeft twee gevolgen. Ten eerste neemt de winst van afwijkend gedrag voor elke onderneming toe, omdat de onderneming die een prijs zet die lager is dan de prijszetting bij coördinatie, deze onderneming de marktaandelen van al haar concurrenten kan afnemen; dat wil zeggen, door een kleiner aandeel te hebben, zou elke onderneming meer winnen bij het veroveren van de volledige markt. Ten tweede is voor elk bedrijf het voordeel op lange termijn van het coördineren van hun gedrag kleiner, precies omdat ze een kleiner deel van de totale winst krijgen. De kortetermijnwinst door afwijkend gedrag neemt dus toe, terwijl tegelijkertijd het lange termijnvoordeel van coördinatie afneemt. Het is bijgevolg moeilijker te voorkomen dat bedrijven afwijkend gedrag vertonen.

559. Uit het onderzoek van het auditoraat blijkt dat de partijen en de aangesloten ziekenhuizen van het Helix-netwerk een substantieel deel van de totale activiteit op de lokale markt voor hospitalisaties vertegenwoordigen. Op deze markt hadden de partijen in 2019 de hoogste marktaandelen – namelijk [20-30]% voor ZNA en [10-20]% voor GZA. Het derde ziekenhuis, AZ Monica, had een marktaandeel van [10%-20%]. UZA en AZ Klina volgen op korte afstand met een marktaandeel van respectievelijk [0%-10%] en [0%-10%]. De twee overige leden van het Helix-netwerk, AZ Rivierenland en AZ Voorkempen, hadden beide een marktaandeel van [0%-10%]. In totaal vertegenwoordigen de partijen en de ziekenhuisleden van het Helix-netwerk ongeveer [70%-80%] van de lokale ziekenhuismarkt. Het resterende ziekenhuis met het hoogste marktaandeel, AZ Sint-Maarten, had een marktaandeel van slechts [0%-10%].

560. Hoewel de partijen op de lokale markt voor hospitalisaties concurrentiedruk ondervinden van een reeks ziekenhuizen, is de auditeur van mening dat de markt sterk geconcentreerd is bij de partijen en hun drie belangrijkste concurrenten met de grootste marktaandelen, namelijk AZ Klina, AZ Monica en UZA.<sup>500</sup> De voorgestelde Concentratie zou inderdaad leiden tot een situatie waarin de gefuseerde entiteit, samen met haar drie belangrijkste concurrenten, een gecombineerd marktaandeel van [60%-70%] zou hebben. In dit opzicht zou de voorgenomen Concentratie het genereren of in stand houden van coördinatie tussen de partijen en hun voornaamste concurrenten kunnen vergemakkelijken.

### ***IX.3.3.b Mate van asymmetrie tussen ziekenhuisdiensten***

561. In principe kunnen ondernemingen die op een bepaalde markt actief zijn, verschillen op verscheidene vlakken, zoals hun productiecapaciteit, hun productiekosten en/of de omvang en inhoud van hun producten-/dienstenportefeuille.<sup>501</sup> In de context van gecoördineerde effecten voorspelt de economische theorie dat grote asymmetrieën zowel het coördinatie- als het handhavingsprobleem in de weg staan.

---

<sup>500</sup> In totaal ondervinden de partijen concurrentie van 12 ziekenhuizen met een marktaandeel van 1% of meer op de lokale markt voor hospitalisaties (exclusief de partijen), namelijk: AZ Monica, UZA, AZ Klina, AZ Sint-Maarten, AZ Voorkempen, AZ Nikolaas, AZ Rivierenland, Heilig Hart Ziekenhuis Lier, AZ Herentals, UZ Leuven, Imelda Ziekenhuis en AZ Turnhout (gerangschikt naar marktaandeel). Het auditoraat beschouwt de ziekenhuizen met een marktaandeel van 5% of minder als een groep kleinere concurrenten met een beperkte impact op de concurrentiestructuur binnen de lokale markt voor hospitalisaties in de regio Antwerpen.

<sup>501</sup> Fabra, N., & Motta, M. (2018). Assessing coordinated effects in merger cases. In *Handbook of Game Theory and Industrial Organization, Volume II* (pp. 91-122). Edward Elgar Publishing.

562. Als ondernemingen zeer asymmetrisch zijn, kan het bepalen van een verstandhouding ingewikkelder zijn. Ten eerste zouden bedrijven er de voorkeur aan kunnen geven om verschillende prijzen te zetten, gedreven door hun verschil in bijvoorbeeld onderliggende kostenstructuur, productportfolio, etc. Ten tweede is het in geval van sterke asymmetrie in combinatie met private informatie (bijvoorbeeld wat betreft de onderliggende kostenstructuur) onduidelijk of bedrijven zelfs maar in staat zouden zijn om de meest winstgevende prijs te bepalen en om stilzwijgend af te stemmen rond deze prijs (collusie).

563. Wat het handhavingsprobleem betreft, is vastgesteld dat de scope van de coördinatie in het algemeen wordt bepaald door de onderneming die de grootste moeite heeft om af te stemmen. Op een markt waar het product homogeen is, maar waar de ondernemingen aanzienlijk verschillende productiecapaciteiten hebben, kan de onderneming met de grootste capaciteit een grotere prikkel hebben om af te wijken dan haar concurrenten, omdat zij een groter marktaandeel zou veroveren indien zij de andere ondernemingen zou onderbieden.

564. Aan de andere kant verduidelijkt de literatuur dat asymmetrieën stilzwijgende coördinatie niet noodzakelijk in de weg staan. In sommige gevallen kunnen milde asymmetrieën zelfs nuttig zijn om de komst van een leider te vergemakkelijken die in staat is om de kosten te dragen die nodig zijn om collusie mogelijk te maken.<sup>502</sup>

565. De partijen en hun belangrijkste concurrenten – in het bijzonder de leden van het Helix-netwerk – zijn op de lokale markt voor hospitalisaties actief als “algemene ziekenhuizen” en zijn in die hoedanigheid actief in bijna alle dienstensectoren.<sup>503</sup>

566. De partijen en de ziekenhuizen die lid zijn van het Helix-netwerk verschillen in zekere mate wat hun beddenscapaciteit betreft. In 2019 had ZNA ongeveer 1.950 erkende bedden en ongeveer 1.650 verantwoorde bedden, en GZA ongeveer 1.000 erkende bedden en ongeveer 900 verantwoorde bedden. AZ Klina en UZA volgen met elk ongeveer 600 erkende bedden en verantwoorde bedden. AZ Monica had ongeveer 450 erkende bedden en verantwoorde bedden, AZ Rivierenland had ongeveer 400 erkende bedden en 200 verantwoorde bedden, en AZ Voorkempen had ongeveer 250 erkende bedden en verantwoorde bedden.<sup>504</sup>

567. Ze vertonen ook enkele verschillen in termen van marktaandelen. In 2019 had ZNA op de lokale markt voor hospitalisaties een marktaandeel van [20-30]% en GZA een marktaandeel van [10-20]%. Daarna volgt AZ Monica met [10%-20%], UZA met [0%-10%], AZ Klina met [0%-10%] en als laatste AZ Voorkempen en AZ Rivierenland met beide [0%-10%].

568. Het auditoraat concludeert dat na de Concentratie partijen en de ziekenhuizen die lid zijn van het Helix-netwerk een zekere symmetrie vertonen op het vlak van het zorgaanbod, en een zekere asymmetrie op het vlak van capaciteiten en marktaandelen. Gezien de regelgeving en de specifieke kenmerken van de ziekenhuissector is het auditoraat van mening dat dit niveau van asymmetrie bevorderlijk is voor de coördinatie op de lokale markt voor hospitalisaties door de opkomst van een leider, een punt dat meer in detail wordt toegelicht in deel IX.3.5.

---

<sup>502</sup> *Ibid.*

<sup>503</sup> Zie ook “Bijlage A bij het Gemotiveerde Voorstel van Beslissing: marktaandelen hospitalisaties.”

<sup>504</sup> FOD Volksgezondheid, “erkende en verantwoorde bedden 2019”, beschikbaar op: <https://www.health.belgium.be/nl/erkende-en-verantwoorde-bedden-2019>.

### IX.3.3.c Hoge toetreding- en uitbreidingsbarrières

569. Stilzwijgende coördinatie kan moeilijk tot stand komen en/of blijven bestaan als er lage toetredingsdrempels zijn. Ten eerste zou, bij afwezigheid van toetredingsdrempels, elke poging om supra-concurrerende prijzen te handhaven, toetreding uitlokken (bijvoorbeeld korte termijn- of “hit-and-run”-toetredingsstrategieën), wat de winstgevendheid van collusie zou uithollen. Ten tweede beperkt het vooruitzicht van toekomstige toetreding de kans op vergelding, wat op zijn beurt de duurzaamheid van collusie beperkt. Het vooruitzicht van toekomstige toetreding heeft geen invloed op het voordeel dat een onderneming op korte termijn kan halen uit afwijkend gedrag, maar het vermindert de mogelijke kosten van afwijkend gedrag in termen van gedeerde toekomstige winsten. Vergelding ten aanzien van een afwijkende onderneming is immers minder belangrijk wanneer toetreding plaatsvindt, aangezien toetreding winst doet verdwijnen ongeacht het gedrag van gevestigde ondernemingen in het verleden. Ondernemingen komen dan meer in de verleiding om een prijs te zetten onder het collusief evenwicht en de mogelijkheid om af te stemmen (collusie) neemt dus af naarmate de kans op toetreding toeneemt.<sup>505</sup>

570. Het onderzoek toont aan dat er geen succesvolle toetreding wordt verwacht in de nabije toekomst omwille van minstens vier redenen.

571. Ten eerste moeten toekomstige toetredende ziekenhuizen een groot aantal administratieve stappen doorlopen. Nieuwe ziekenhuizen moeten passen in nationale planningsstrategieën. Bovendien worden erkenningen en bedden capaciteit streng gecontroleerd door regionale gezondheidsautoriteiten. Het aantal regelgevende lagen op verschillende niveaus maakt het betreden van deze markt zeer complex en onzeker, vooral in een context van beddenovercapaciteit in België die ook de expansie van erkende bedden neigt te beperken. Ten tweede moeten toekomstige toetreders een aanzienlijk aantal artsen en zorgpersoneel in dienst nemen.<sup>506</sup> Het aantrekken en behouden van deze artsen en zorgpersoneel vormt een uitdagende taak gezien het huidige tekort aan artsen en zorgpersoneel in België. Ten derde moeten potentiële nieuwkomers hoge vaste kosten maken. Niet alleen moeten ze de infrastructuur bouwen – wat bijzonder duur is – de nieuwe Cadix-vestiging van de partijen wordt bijvoorbeeld geschat op ongeveer 400 miljoen euro<sup>507</sup> – en ze moeten ook alle medische hulpmiddelen en apparatuur aanschaffen die nodig zijn om operationeel te worden. Ten vierde, en zoals hieronder wordt uitgewerkt, zal de vraag naar gezondheidsdiensten naar verwachting niet substantieel groeien. Tussen 2010 en 2019 groeide het totale aantal hospitalisaties op de lokale markt voor hospitalisaties met gemiddeld minder dan 2% per jaar.<sup>508</sup> Noch de partijen, noch de gezondheidsautoriteiten voorspellen dat de vraag in de nabije toekomst veel sneller zal toenemen,<sup>509</sup> waardoor er minder ruimte is voor een economisch levensvatbare toetreding.

---

<sup>505</sup> Gore, D., Lewis, S., Lofaro, A., & Dethmers, F. (2013). *The Economic Assessment of Mergers under European Competition Law*. Cambridge: Cambridge University Press., p. 328.

<sup>506</sup> *Supra* afd. IX.2.2.d en afd. IX.2.3.b.

<sup>507</sup> Zie <https://www.sterck-magazine.be/antwerpen/editie-35/ziekenhuis-in-volle-transformatie-3553/>.

<sup>508</sup> De berekeningen van het auditoraat zijn gebaseerd op gegevens van de FOD Volksgezondheid, beschikbaar op: <https://www.health.belgium.be/fr/rhm-parts-de-marche-des-hopitaux-ou-les-reseaux-hospitaliers-par-commune-de-residence-des-patients-et-classe-dage>; KCE (2017). “Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l’offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité”, *KCE Reports*, 289Bs.

<sup>509</sup> KCE (2017). “Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l’offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité”, *KCE Reports*, 289Bs; and Regionaal Zorgstrategisch Plan Netwerk ZAS (Bijlage 33 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), deel 3.4).

### ***IX.3.3.d Stabiliteit van de vraag***

572. Het ontstaan en het duurzame karakter van stilzwijgende coördinatie op een bepaalde markt hangt ook af van de vraagvoorwaarden en de evolutie.

573. In principe is het minder waarschijnlijk dat stilzwijgende coördinatie tot stand komt en/of blijft bestaan op een markt waar de vraag gestaag groeit, en dit om minstens twee redenen. Ten eerste kan een markt waar de vraag voortdurend toeneemt, de toetreding van nieuwe ondernemingen stimuleren, en zoals hierboven uiteengezet, zal de toetreding van nieuwe ondernemingen de ruimte voor coördinatie waarschijnlijk verkleinen.<sup>510</sup> Ten tweede kan een toename van de vraag toekomstige winsten vergroten door af te wijken van een potentiële stilzwijgende collusie.<sup>511</sup>

574. Volgens dezelfde redenering kunnen ook onverwachte en grote schokken aan de vraagzijde het ontstaan en de duurzaamheid van stilzwijgende afspraken belemmeren, omdat zij de deelnemers ertoe zouden verplichten vaker opnieuw te onderhandelen over de voorwaarden van de afspraken. Zij zouden de markt ook minder transparant maken, waardoor het toezicht op en de opsporing van mogelijke afwijkingen moeilijker zouden worden.

575. Volgens de horizontale richtsnoeren van de Commissie is het inderdaad zo dat prijscoördinatie *“eenvoudiger is wanneer vraag- en aanbodsituatie betrekkelijk stabiel zijn dan wanneer de situatie voortdurend aan verandering onderhevig is. In dit verband kan een sterk fluctuerende vraag, aanzienlijke interne groei van sommige ondernemingen op de markt of een frequente toetreding van nieuwe ondernemingen tot de markt er op wijzen dat de huidige situatie niet voldoende stabiel is om coördinatie waarschijnlijk te maken”*.<sup>512</sup>

576. In het kader van de voorgenomen Concentratie stelt het auditoraat een bescheiden toename van de vraag op de lokale markt voor hospitalisaties doorheen de tijd vast. Vóór de COVID-19 pandemie was er tussen 2010 en 2019 een gemiddelde jaarlijkse stijging van minder dan 2% van de totale aantal hospitalisaties voor patiënten die woonachtig waren in het zorggebied rond de ziekenhuislocaties van de partijen.<sup>513</sup> Deze schatting komt overeen met de nationale en regionale schattingen van het KCE. Sinds de COVID-19 pandemie is het totale aantal hospitalisaties relatief stabiel gebleven. Bovendien voorspellen “forecasting modellen” van de partijen en rapporten van derden dat het totale aantal hospitalisaties in de nabije toekomst naar verwachting niet drastisch zal stijgen.<sup>514</sup>

### ***IX.3.3.e Markttransparantie***

577. De mate van markttransparantie is een andere factor die de waarschijnlijkheid van stilzwijgende coördinatie kan beïnvloeden. Hoe groter de transparantie, hoe gemakkelijker het is voor potentiële deelnemers om tot een verstandhouding te komen over de voorwaarden van de coördinatie. Hoe groter de transparantie, hoe gemakkelijker het is voor ondernemingen om het gedrag van de andere deelnemers te controleren en hoe gemakkelijker het voor hen is om af te stemmen. Markttransparantie

<sup>510</sup> Vasconcelos, H. (2008). Sustaining collusion in growing markets. *Journal of Economics & Management Strategy*, 17(4), 973-1010.

<sup>511</sup> Fabra, N., & Motta, M. (2018). Assessing coordinated effects in merger cases. In *Handbook of Game Theory and Industrial Organization, Volume II* (pp. 91-122). Edward Elgar Publishing.

<sup>512</sup> Europese Commissie, *Richtsnoeren horizontale fusies*, 2004/C 31/03, §45.

<sup>513</sup> De berekeningen van het auditoraat zijn gebaseerd op gegevens van de FOD Volksgezondheid, beschikbaar op: <https://www.health.belgium.be/fr/rhm-parts-de-marche-des-hopitaux-ou-les-reseaux-hospitaliers-par-commune-de-residence-des-patients-et-classe-dage>; KCE (2017). “Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l’offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité”, *KCE Reports*, 289Bs.

<sup>514</sup> KCE (2017). “Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l’offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité”, *KCE Reports*, 289Bs; and Regionaal Zorgstrategisch Plan Netwerk ZAS, afd. 3.4.

vermindert niet alleen de tijd die bedrijven nodig hebben om afwijkende strategieën te detecteren, maar verhoogt ook de precisie van de informatie die ze ontvangen en gebruiken voor monitoringdoeleinden.

578. In de context van de voorgestelde Concentratie merkt het auditoraat op dat een brede waaier aan informatie publiekelijk, of quasi-publiekelijk, beschikbaar is.

579. Ten eerste stelt het auditoraat vast dat gegevens over het aantal hospitalisaties per ziekenhuis en per postcode van de woonplaats van de patiënt publiek raadpleegbaar zijn. De FOD Volksgezondheid verzamelt en publiceert dergelijke informatie jaarlijks op haar website.<sup>515</sup> Het door de auditeur onderzochte bewijs bevestigt dat ziekenhuizen deze gegevens gebruiken om hun prestaties bij te houden en te monitoren.<sup>516</sup> Ziekenhuizen die het Programma 3M volgen – wat neerkomt op meer dan 80% van alle Belgische ziekenhuizen – krijgen ook de mogelijkheid om gelijkaardige gegevens te verkrijgen op een meer granulair niveau, afzonderlijk voor elke APR-DRG.

580. Ten tweede publiceren de partijen en hun belangrijkste concurrenten hun prijsbeleid met betrekking tot kamer- en ereloonsupplementen voor eenpersoonskamers op gedetailleerde wijze op hun eigen website.<sup>517</sup> Bovendien centraliseert het IAM<sup>518</sup> ook informatie over kamer- en ereloonsupplementen, die per ziekenhuis en in de tijd kunnen worden bijgehouden.<sup>519</sup> Uit het onderzoek bleek specifiek dat de maximale ereloonsupplementen van de partijen en de leden van Helix sinds 2015 naar 200% convergeren:

---

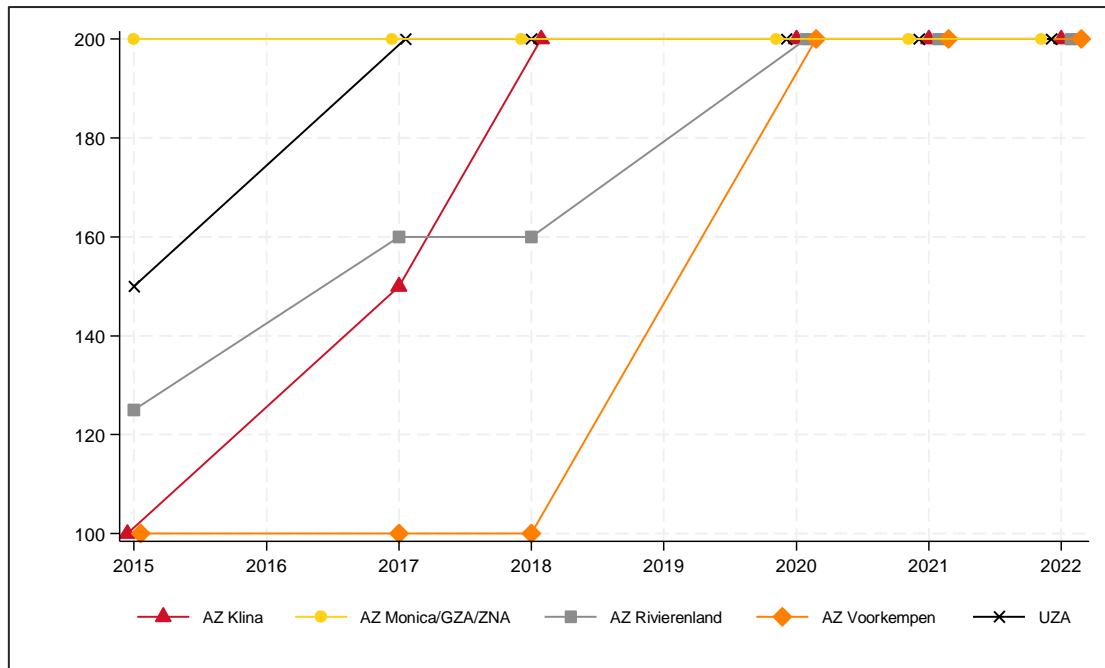
<sup>515</sup> De gegevens worden elk jaar geüpload, over het algemeen met beperkte vertraging. De gegevens voor hospitalisaties in 2022 werden bijvoorbeeld in maart 2024 vrijgegeven, d.w.z. ongeveer 15 maanden na de laatste behandelde dag. Bijvoorbeeld: <https://www.health.belgium.be/nl/mzg-marktaandeel-van-de-ziekenhuizen-en-ziekenhuisnetwerken-per-gemeente-van-woonplaats-van-de-patient-en-leeftijdsgroep>.

<sup>516</sup> Regionaal Zorgstrategisch Plan (Bijlage 33 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), deel 3.1), waar de partijen lokale marktaandelen berekenen aan de hand van het aantal hospitalisaties en stellen dat *“Aangezien de gegevens van de Vlaamse Zorgatlas enkel toegankelijk zijn voor het eigen netwerk is hiervoor gebruik gemaakt van de MZG-database van de FOD Volksgezondheid, die de gegevens bevat van alle Belgische ziekenhuizen.”*

<sup>517</sup> Voor ZNA <https://www.zna.be/nl/naar-het-ziekenhuis/kosten-en-prijsindicaties/medische-en-paramedische-honoraria/ereloonsupplementen>; voor GZA <https://www.gzaziekenhuizen.be/financiele-informatie/supplementen>; voor AZ Monica <https://azmonica.be/patient/financiele-informatie/kostenraming/>; voor UZA <https://www.uza.be/tarieven-ziekenhuisopname#verblijfskosten>; voor AZ Klina <https://www.azklina.be/patient/kosten-en-verzekeringen/kosten-dagopname/overzicht-prijzen-verblijf#:~:tekst=De%20artsen%20van%20de%20vzw,tot%20een%20conventie%20is%20toegetreden>.

<sup>518</sup> Intermutalistisch Agentschap.

<sup>519</sup> Ziekenhuisbarometer IMA, bijv. [https://ima-aim.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer\\_ima\\_2020\\_-\\_nl.pdf](https://ima-aim.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer_ima_2020_-_nl.pdf) en [https://www.aim-ima.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer\\_ima\\_2021\\_-\\_nl\\_ima.pdf](https://www.aim-ima.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer_ima_2021_-_nl_ima.pdf).



Bron: IMA Atlas and IMA Ziekenhuis Barometer.

Opmerking: Maximumpercentage ereloon supplementen voor hospitalisaties (over alle behandeltypes heen) voor elke partij en lid van het Helix netwerk, in 2015, 2017, 2018, 2020, 2021 en 2022. AZ Rivierenland ontstond in 2019 na de fusie van AZ Heilige Familie en Sint-Jozefkliniek Bornem. Daarom zijn de waarden voor 2015, 2017 en 2018 geïmputeerd met behulp van het (ongewogen) gemiddelde tussen AZ Heilige Familie en Sint-Jozefkliniek Bornem.

581. Niet alleen de prijzen (kamer- en maximale ereloon supplementen) zijn transparant, maar ook andere parameters van de concurrentie, met name de vroegere en toekomstige capaciteiten. Dit is te wijten aan de regelgevende context in België, en in het bijzonder in Vlaanderen, die de situatie van overcapaciteit probeert aan te pakken. Zoals reeds hierboven aangegeven, vullen zowel het netwerk ZAS als het Helix-netwerk<sup>520</sup> de reële zorgbehoefte in van het grootstedelijk gebied Antwerpen.<sup>521</sup> Als gevolg daarvan zijn de twee ziekenhuisnetwerken verplicht om hun regionaal zorgstrategisch plan op elkaar af te stemmen, met het oog op complementariteit.<sup>522</sup> Deze afstemming houdt onder meer in dat een optimale spreiding van het aanbod met het oog op de nabijheid voor de patiënt, de medische kwaliteit en de kostenefficiëntie wordt nagestreefd.<sup>523</sup> Minimaal dient het totale zorgaanbod van beide ziekenhuisnetwerken afgestemd te worden op de reële zorgbehoefte in het grootstedelijk gebied, waarbij de zorgbehoefte niet wordt overtroffen.<sup>524</sup> De algehele precisie en gedetailleerdheid waarmee de capaciteit van andere ziekenhuizen bekend is, duidt op een zeer hoge mate van transparantie in dat opzicht.

582. Op basis van het bovenstaande concludeert het auditeur dat de lokale markt voor hospitalisaties een aanzienlijke mate van transparantie vertoont.

### **IX.3.3.f Frequente uitwisselingen en samenwerking tussen ziekenhuizen**

583. Binnen de ziekenhuissector moet eerst worden opgemerkt dat coördinatie tussen ziekenhuizen in sommige gevallen wenselijk kan zijn omdat het de follow-up en zorgtrajecten van patiënten kan

<sup>520</sup> Bestaande uit AZ Klina, AZ Monica, AZ Voorkempen en AZ Rivierenland.

<sup>521</sup> *Supra* afd. VI.3.3.

<sup>522</sup> Art. 2, tweede lid BVR zorgstrategische planning.

<sup>523</sup> Art. 8, eerste lid, 1<sup>o</sup> Ministerieel Besluit van 10 maart 2022 tot uitvoering van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 april 2019 betreffende zorgstrategische planning.

<sup>524</sup> Art. 8, tweede lid, 1<sup>o</sup> Ministerieel Besluit van 10 maart 2022 tot uitvoering van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 april 2019 betreffende zorgstrategische planning.

verbeteren – bijvoorbeeld door het delen van informatie via elektronische medische dossiers – en dus meer in het algemeen het beheer van de volksgezondheid kan vergemakkelijken. Het is ook een sector waarin de overheid samenwerking aanmoedigt met het oog op meer efficiëntie en schaalvoordelen.<sup>525</sup> De wet van 28 februari 2019<sup>526</sup> wijzigde de Ziekenhuiswet door vanaf 1 januari 2020 elk ziekenhuis te verplichten om deel uit te maken van een “locoregionale ziekenhuisnetwerk”.<sup>527</sup>

584. Samenwerking tussen ziekenhuizen vindt plaats op verschillende niveaus.<sup>528</sup> Er kan een groot aantal ziekenhuizen bij betrokken zijn. In deze gevallen is het doel meestal om de kwaliteit van de algemene zorg die door de aangesloten ziekenhuizen wordt aangeboden, te verbeteren.

585. De reikwijdte van de samenwerking tussen ziekenhuizen kan ook beperkter zijn. Ziekenhuizen die tot verschillende locoregionale netwerken behoren, kunnen bijvoorbeeld samenwerken om complementaire zorg te verlenen. In het bijzonder verplicht het decreet van de Vlaamse Regering van 26 april 2019 betreffende de strategische planning van de gezondheidszorg de ziekenhuizen die in een bepaalde agglomeratie gevestigd zijn en tot verschillende locoregionale ziekenhuisnetwerken behoren, tot coördinatie om aan de zorgbehoeften van de betrokken bevolking te voldoen. Dit geldt in het bijzonder voor de partijen en de ziekenhuizen die lid zijn van het Helix-netwerk.<sup>529</sup>

586. Naast de locoregionale netwerken zijn er tal van bilaterale of multilaterale samenwerkingsverbanden die zich richten op specifieke en/of zeer gespecialiseerde behandelingen. Binnen de regio Antwerpen verwijst de auditeur onder meer naar het bestaan van het Iridium-netwerk, dat het grootste radiotherapienetwerk van het land vormt. Het netwerk omvat de partijen, evenals de ziekenhuizen die lid zijn van de netwerken Helix en Vitaz.<sup>530</sup> De partijen werken ook samen met AZ Klina en AZ Monica (beide lid van het Helix-netwerk) op het gebied van spoedeisende medische hulp. Daarnaast zijn er een aantal overeenkomsten tussen de verschillende leden van het Helix-netwerk. Zo werken AZ Monica en UZA samen rond orthopedische zorg.<sup>531</sup>

587. In het geval van deze Concentratie wijst de auditeur op het bestaan van talrijke uitwisselingen tussen de partijen enerzijds en tussen de partijen en de ziekenhuizen die lid zijn van het Helix-netwerk anderzijds. Als leden van hetzelfde netwerk werken de partijen samen om hun zorgdiensten te coördineren. Zoals hierboven vermeld, hebben de partijen ook besloten leden van de raden van bestuur van ZNA en GZA in hun respectieve raden van bestuur op te nemen om hun samenwerking binnen het netwerk te versterken.

588. Bovendien merkt de auditeur op dat de uitwisselingen tussen de partijen en de ziekenhuizen die lid zijn van het Helix-netwerk – twee netwerken van vergelijkbare grootte – relatief frequent zijn. Deze uitwisselingen zijn deels te verklaren door de geldende regelgeving. Aangezien de partijen en de leden van het Helix-netwerk in de Antwerpse agglomeratie gevestigd zijn, verplicht de wetgeving hen om samen te werken in het kader van de strategische planning van de gezondheidszorg. De partijen geven aan dat *“het netwerk GZA-ZNA sowieso in overleg moet gaan met het andere netwerk, gelet op het*

<sup>525</sup> FOD Volksgezondheid, *Blikvanger gezondheidszorg – Algemene ziekenhuizen*, Brussel, 2023, 6.

<sup>526</sup> Wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische samenwerking tussen ziekenhuizen betreft, BS 28 maart 2019.

<sup>527</sup> Art. 2, §1, derde lid Ziekenhuiswet: *“Met uitzondering van de ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie of een dienst voor geriatrie en met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen”*; supra afd. VI.3.3.

<sup>528</sup> Supra afd. VI.3.

<sup>529</sup> Antwoord van het Departement Zorg op het VOI van 2 april 2024, vraag 2 (II.3.B7).

<sup>530</sup> Zie <https://iridiumnetwerk.be/nl/het-netwerk/>.

<sup>531</sup> Zie <https://www.uza.be/over-de-dienst-orthopedie>.

*gegeven dat we ons bevinden in een grootstedelijke context. Het voordeel ten opzichte van vroeger is dat we thans over het algemeen met 2 aan tafel zitten in de plaats van 5.*<sup>532</sup> De belangrijkste concurrenten van de partijen bevestigden ook dat de ziekenhuizen die actief zijn in het Antwerpse zorglandschap elkaar regelmatig ontmoeten en samenwerkingsverbanden onderhouden.<sup>533</sup> Eén concurrent, AZ Klina, stelt zelf: het ziekenhuislandschap *“is in de loop der jaren geëvolueerd van losse samenwerkingsverbanden naar meer geïntegreerde modellen, zoals de ziekenhuisnetwerken tussen verschillende instellingen”*.<sup>534</sup> Zoals vermeld in randnummer 597 hierboven werken de partijen voor bepaalde specifieke behandelingen ook samen met een aantal ziekenhuizen van het Helix-netwerk.

589. Samengevat stelt het auditoraat vast dat de ziekenhuissector sterk geneigd is om samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen te ontwikkelen. Wegens hun verwevenheid bevorderen ze een omgeving die gunstig is voor de communicatie tussen ziekenhuizen en vergroten ze met name het risico op de uitwisseling van gevoelige informatie.

### **IX.3.3.g De “war on talent” en indicaties van een mogelijke no-poaching overeenkomst tussen ziekenhuizen in de Antwerpse regio**

590. Zoals hierboven uitgelegd, stelt het auditoraat vast dat de ziekenhuissector in België moeite heeft om voldoende artsen en zorgpersoneel aan te werven.<sup>535</sup> Dit globale personeelstekort dreigt de werkomstandigheden van het zorgpersoneel te verslechteren en dus indirect ook de kwaliteit van de zorg. De barometer van het Belgische ziekenhuiswezen, opgesteld door Antares Consulting, stelt vast dat de stijgende vraag naar gezondheidsdiensten en de hogere werkdruk van de laatste jaren – als gevolg van dit personeelstekort – hebben geleid tot een hoger absentisme en verloop bij artsen. Daarom rangschikt de barometer het beheer en de ontwikkeling van professionals als de tweede grootste uitdaging voor het ziekenhuismanagement in 2023 en 2024. Om deze uitdagingen aan te pakken, beveelt de barometer aan om het welzijn van het personeel nauwlettend in de gaten te houden en te garanderen dat de human resource diensten het personeel motiveren.<sup>536</sup>

591. In deze situatie van schaarste blijkt uit het onderzoek van het auditoraat dat er ook *no-poaching* afspraken tussen ziekenhuizen kunnen voorkomen.<sup>537</sup> Een concurrent gaf aan dat ziekenhuizen in Antwerpen informeel hadden afgesproken geen personeel bij elkaar weg te kapen:

*“... de ziekenhuizen [hebben] afgesproken om zo weinig mogelijk onderling te concurreren op het vlak van personeel en om dus geen personeel te poachen van elkaar.”*<sup>538</sup>

592. De auditeur is van mening dat elke overeenkomst van deze strekking niet alleen de arbeidsomstandigheden en daarmee de kwaliteit van de zorg in de toekomst kan verslechteren, maar

<sup>532</sup> Regionaal Zorgstrategisch Plan (Bijlage 33 bij het aanmeldingsformulier (I.ZD3), p. 139).

<sup>533</sup> AZ Klina, PV van de fysieke vergadering van 8 februari 2024 met Dr. Joost Baert (CEO) (III.1.D2), §7; PV Monica (III.2.E2); PV UZA (III.3.C2). Voor de samenwerkingsverbanden, zie afd.IX.3.3.f.

<sup>534</sup> AZ Klina, PV van de fysieke vergadering van 8 februari 2024 met Dr. Joost Baert (CEO), §10 (III.1.D2).

<sup>535</sup> *Supra* afd. IX.2.3.b.

<sup>536</sup> Antares Consulting. Baromètre Système Hospitalier Belge Les priorités des années 2023-2024. Zie <https://www.antares-consulting.com/files/137arometer-systeme-hospitalier-belge-fr.pdf>.

<sup>537</sup> Het College noteert dat de partijen dit uitdrukkelijk ontkennen.

<sup>538</sup> UZA, PV van de fysieke vergadering van 7 februari 2024 met dr. Marc Peeters (CEO), §15 (III.3.C2).

ook een aanwijzing is dat ziekenhuizen de prikkel en het vermogen hebben om samen te spannen door middel van expliciete of stilzwijgende coördinatie.<sup>539</sup>

### **IX.3.4 Mechanisme van de stilzwijgende coördinatie**

593. In dit deel wordt onderzocht of het mogelijk is om een mechanisme te identificeren van een duurzame stilzwijgende coördinatie tussen de partijen en hun voornaamste concurrenten (AZ Klina, AZ Monica en UZA). Er wordt specifiek ingegaan op de mogelijkheid om tot een overeenstemming te kunnen komen over de coördinatievoorwaarden en de duurzaamheid ervan, met inbegrip van de controle op afwijkend gedrag, de disciplineringsmechanismen en de redenen waarom buitenstaanders niet in staat zijn om de stilzwijgende coördinatie te ondermijnen.

#### **IX.3.4.a Mogelijkheid om tot overeenstemming te komen over de coördinatievoorwaarden**

594. Om tot coördinatie te kunnen overgaan, moeten de ondernemingen tot een gemeenschappelijke opvatting kunnen komen over hoe de coördinatie dient te verlopen. Anders gezegd, coördinerende ondernemingen dienen in grote lijnen gelijke opvattingen te hebben over welk gedrag in overeenstemming is met de gezamenlijke gedragslijn en welk gedrag niet. In dit deel wordt onderzocht of en hoe de fusie-entiteit en de ziekenhuizen die actief zijn in het betrokken zorggebied tot een gemeenschappelijke opvatting kunnen komen over hoe de coördinatie dient te verlopen.

595. Het bestaan van overeenstemming over ten minste één gemeenschappelijke opvatting is een noodzakelijke voorwaarde om stilzwijgende coördinatie vast te stellen.<sup>540</sup> Een stilzwijgende coördinatie tussen de partijen en hun concurrenten op de lokale markt voor hospitalisaties zou in theorie betrekking kunnen hebben op prijzen, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.

596. De tarieven worden voor de meeste hospitalisaties vastgelegd door de regelgever. De ziekenhuizen kunnen echter nog steeds de omvang van de supplementen voor eenpersoonskamers en de maximale ereloon-supplementen van de artsen bepalen. In dit opzicht zou de Concentratie in principe het ontstaan, of de duurzame aard, van coördinatie tussen de partijen en hun concurrenten over de **kamer en ereloon-supplementen die voor hospitalisatiediensten worden aangerekend**, kunnen bevorderen.

597. Wat kwaliteit betreft, moeten ziekenhuizen voldoen aan minimum kwaliteitscriteria om hun erkenningen en activiteiten te behouden. Het staat ziekenhuizen echter vrij om zorg van hogere kwaliteit aan te bieden om meer patiënten aan te trekken ten koste van andere ziekenhuizen en zo hun inkomsten te verhogen. In dit opzicht zou de Concentratie in beginsel het ontstaan, of de duurzame

---

<sup>539</sup> De laatste tijd besteden mededingingsautoriteiten steeds meer aandacht aan de arbeidsmarkteffecten van fusies en hun impact op de arbeidsvoorwaarden. De fusierichtsnoeren van de Amerikaanse Department of Justice en de Federal Trade Commission die in december 2023 gezamenlijke concentratierichtsnoeren hebben gepubliceerd, introduceren deze dimensie en leggen bijvoorbeeld uit dat “[w]here a merger between employers may substantially lessen competition for workers, that reduction in labor market competition may lower wages or slow wage growth, worsen benefits or working conditions, or result in other degradations of workplace quality [...] [T]he Agencies often examine the merging firms’ power to cut or freeze wages, slow wage growth, exercise increased leverage in negotiations with workers, or generally degrade benefits and working conditions without prompting workers to quit”. See U.S. Department of Justice and Federal Trade Commission, December 18, 2023, Merger Guidelines, section 2.10, p. 26-27. Vrije vertaling: “Wanneer een concentratie tussen werkgevers de concurrentie om werknemers aanzienlijk kan verminderen, kan die vermindering van de concurrentie op de arbeidsmarkt leiden tot lagere lonen of een tragere loonstijging, slechtere arbeidsvoorwaarden of arbeidsomstandigheden, of tot andere verslechtingen van de kwaliteit van de werkplek [...] De bevoegde autoriteiten onderzoeken vaak de macht van de fusierende bedrijven om de lonen te verlagen of te bevriezen, de loonstijging te vertragen, meer invloed uit te oefenen in onderhandelingen met werknemers, of in het algemeen de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden te verslechteren zonder dat dit werknemers ertoe aanzet ontslag te nemen.”

<sup>540</sup> Europese Commissie, *Richtsnoeren horizontale fusies*, 2004/C 31/03, §44. De gemeenschappelijke perceptie van de manier waarop stilzwijgende coördinatie kan werken, staat ook bekend als “focal point”. Zie Gore, D., Lewis, S., Lofaro, A., & Dethmers, F. (2013). *The Economic Assessment of Mergers under European Competition Law*. Cambridge: Cambridge University Press, 326.

aard, van coördinatie tussen de partijen en hun concurrenten op het gebied van de **kwaliteit van ziekenhuisdiensten** kunnen bevorderen.

598. Wat toegankelijkheid betreft, worden de oprichting en erkenning van een ziekenhuis, een ziekenhuisfunctie, een medische dienst, een zorgprogramma en/of een medisch-technische dienst streng gecontroleerd en opgevolgd en moeten deze passen in de nationale en regionale planningsstrategie die door de regelgever is ontworpen. De implementatie van samenwerkingsplannen tussen ziekenhuizen – via ziekenhuisgroeperingen, associaties of concentraties – zou echter kunnen leiden tot een verplaatsing van activiteiten tussen sites en/of ziekenhuizen, met mogelijke gevolgen voor het aantal zorgdiensten, de afstand tussen patiënten en ziekenhuizen, vertragingen en wachtrijen, enz. In dit opzicht zou de Concentratie in principe het ontstaan of de duurzame aard kunnen bevorderen van een coördinatie tussen de partijen en hun concurrenten wat de **toegankelijkheid van ziekenhuisdiensten** betreft.

599. Het onderzoek heeft geen overtuigende argumenten opgeleverd dat de voorgenomen Concentratie de coördinatie op het gebied van kwaliteit of toegankelijkheid zal bevorderen of versterken. Daarom wordt de coördinatie op het vlak van kwaliteit en toegankelijkheid niet verder besproken. Het onderzoek levert echter overtuigende argumenten op dat de voorgenomen Concentratie coördinatie op het gebied van **niet-gereguleerde prijzen** mogelijk zal maken of zal vergemakkelijken, meer bepaald coördinatie op het gebied van (i) het maximale niveau aan ereloonsupplementen dat door een ziekenhuis wordt bepaald; en (ii) de kamersupplementen die door de ziekenhuizen worden vastgesteld. Deze bezorgdheid geldt voor GZA, ZNA, en hun voornaamste concurrenten (AZ Klina, AZ Monica en UZA).

600. Zoals in afdeling IX.2.2.a wordt beschreven, passen de partijen maximumpercentages toe voor de aangerekende ereloonsupplementen. De maximale ereloonsupplementen voor zowel de partijen als de ziekenhuizen van het Helix-netwerk bedragen 200% sinds 2020. Aangezien deze informatie gecentraliseerd en publiek beschikbaar is, worden de maximale ereloonsupplementen door het auditoraat beschouwd als een potentiële kandidaat voor een coördinatieafspraken, waarvoor stilzwijgende coördinatie kan bestaan op de markt na de Concentratie. Hetzelfde geldt voor de kamersupplementen (deel IX.2.2.b), die door de ziekenhuizen zelf worden aangerekend aan patiënten die voor een eenpersoonskamer kiezen en op hun website worden gepubliceerd.

601. Volgens IMA liggen de maximale ereloonsupplementen in België tussen 100% en 300%. Dit percentage varieert sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis en blijft een belangrijke variabele voor de concurrentie omdat, hoewel het maximale ereloonsupplement niet wordt toegepast bij alle hospitalisaties, een patiënt in principe een ziekenhuis kan kiezen op basis van het maximale ereloonsupplement en dus een zekere controle heeft over het bedrag van de factuur. Een verzekeringsmaatschappij kan in theorie ook beslissen om hospitalisaties in een eenpersoonskamer voor sommige ziekenhuizen tot een bepaald niveau of zelfs niet te vergoeden. Daarom zou stilzwijgende coördinatie over het maximale ereloonsupplement gunstig zijn voor ziekenhuizen om de concurrentie te beperken.

602. In de volgende paragrafen wordt de mate van duurzaamheid van deze mogelijke coördinatieafspraken beschreven.

#### **IX.3.4.b Duurzaamheid van de coördinatie**

##### ***i) Controle op afwijkend gedrag***

603. Paragraaf 49 van de richtsnoeren van de Commissie voor de beoordeling van horizontale concentraties stelt: *“Coördinerende ondernemingen verkeren vaak in de verleiding hun marktaandeelen te verhogen door af te wijken van de coördinatieafspraken, bijvoorbeeld door prijzen te verlagen, geheime kortingen aan te bieden, de productkwaliteit te verbeteren, hun capaciteit uit te breiden of te proberen nieuwe afnemers aan te trekken. Alleen de geloofwaardige dreiging met een snelle en afdoende represaille weerhoudt de ondernemingen ervan afwijkend gedrag te vertonen. Markten moeten dus voldoende transparant zijn om de coördinerende ondernemingen in staat te stellen afdoende te controleren of andere ondernemingen afwijkend gedrag vertonen, en zo te weten wanneer represailles moeten worden genomen.”*

604. Zoals uitgelegd in afdeling IX.3.3.e, is het auditoraat van mening dat de lokale markt voor hospitalisaties als zeer transparant kan worden beschouwd met betrekking tot bijv. niet-gereguleerde prijzen, volumes (aantal hospitalisaties) en bedcapaciteit.

605. Zelfs als een ziekenhuis zou afwijken van de coördinatie (bijv. door het maximumbedrag van de supplementen die door het ziekenhuis kunnen worden gevraagd te verlagen) zonder dat andere ziekenhuizen dit merken, kan de externe controle door het IMA, dat het maximumtarief van de ereloon-supplementen in elk ziekenhuis in België publiceert, de ziekenhuizen extra garanties bieden dat de coördinatieafspraken worden nageleefd. De auditeur heeft ook bewijzen gevonden dat ziekenhuizen de gegevens die door het IMA worden gepubliceerd, gebruiken in het kader van hun normale bedrijfsactiviteiten, wat betekent dat afwijkingen snel zouden worden gedetecteerd.<sup>541</sup>

606. Het auditoraat is dan ook van mening dat de mate van transparantie op de markt voldoende is om de coördinatieafspraken te kunnen opvolgen.

##### ***ii) Disciplineren en prikkels om af te wijken***

607. Marktcoördinatie is niet houdbaar tenzij de gevolgen van afwijkend gedrag (d.w.z. vergelding door de concurrenten die niet afwijkend gedrag vertonen) voldoende ernstig zijn om alle coördinerende ondernemingen ervan te overtuigen dat het in hun eigen belang is de verstandhouding na te leven.<sup>542</sup> In het bijzonder zal afwijkend gedrag minder waarschijnlijk zijn als het lange termijnvoordeel van coördinatie opweegt tegen het korte termijnvoordeel dat uit afwijkend gedrag voortvloeit. Een eenvoudige vorm van disciplineren bestaat in een terugkeer naar concurrentie.<sup>543</sup> Disciplineren hoeft niet noodzakelijkerwijs plaats te vinden op dezelfde markt als de afwijkende gedraging: indien de coördinerende ondernemingen commerciële interactie hebben op andere markten, kunnen deze verschillende vergeldingsmethoden geven.

608. In dit geval merkt het auditoraat op dat ziekenhuizen op verschillende manieren vergeldingsmaatregelen zouden kunnen nemen. Ten eerste zouden de ziekenhuizen gemakkelijk weer kunnen gaan concurreren op de maximale supplementen die in de lokale markt voor hospitalisaties worden toegepast. Uit het onderzoek blijkt dat er in de regio Antwerpen, waar de lokale markt zich bevindt, een grote overcapaciteit aan bedden is; een ziekenhuis dat afwijkt van de coördinatie zou dus

<sup>541</sup> Antwoord van de partijen op VOI nr. 3, vraag 8 (1.02).

<sup>542</sup> Europese Commissie, *Richtsnoeren horizontale fusies*, 2004/C 31/03, §52.

<sup>543</sup> *Ibid.*, §54.

een toestroom van patiënten kunnen opvangen als gevolg van represailles.<sup>544</sup> Ten tweede kunnen ziekenhuizen een of meer van hun vele afspraken over de overdracht van patiënten die voor specifieke diensten waren gemaakt, onderbreken.<sup>545</sup>

609. Bovendien volgt uit de aard van de ziekenhuissector zelf dat de voordelen van een afwijking van de coördinatie inherent lager zouden zijn. Dit komt omdat patiënten over het algemeen niet erg prijsgevoelig zijn gezien de aard van hun vraag (die niet erg vermijdbaar is), die voornamelijk wordt beïnvloed door de afstand tot de ziekenhuislocatie en de kwaliteitsperceptie (al dan niet via de huisarts). Aangezien ziekenhuizen al op het vlak van kwaliteit samenwerken om hun patiënten te behandelen en een deel van het BFM “vangen”, is het in hun belang om stilzwijgend te coördineren, zodat ze vervolgens een maximaal supplement kunnen voorzien wanneer de patiënt een eenpersoonskamer kiest en er minstens impliciet mee instemt om een hogere prijs dan het gereguleerde prijsniveau te betalen.

### ***iii) Reactie van buitenstaanders***

610. Voor een duurzame coördinatie, mag de te verwachten reactie van niet-coördinerende ondernemingen (met inbegrip van daadwerkelijke en potentiële concurrenten) en afnemers het resultaat van de coördinatie niet in gevaar brengen.

611. Wat patiënten betreft, bestaat de kant van de kopers van de markt voor hospitalisaties uit individuele patiënten die ziekenhuisdiensten “kopen” via kleine, individuele transacties.<sup>546</sup> Bovendien is afstand een belangrijke keuzefactor voor patiënten, die eerder voor ziekenhuizen dichterbij kiezen.<sup>547</sup> Dergelijke klanten hebben dan ook weinig kopersmacht en een relatief beperkte keuzevrijheid wat reistijden en kosten betreft.

612. Het auditoraat houdt rekening met de mogelijke rol van verzekeringsaanbieders bij het afzwakken van een mogelijke stijging van de ereloonsupplementen. Zoals hierboven beschreven, zouden verzekeringsmaatschappijen kunnen beslissen om ziekenhuizen van hun lijst van vergoede ziekenhuizen te schrappen als de maximumprijzen te hoog zouden zijn. Echter hebben een groot aantal patiënten geen aanvullende hospitalisatieverzekering en verzekeringsaanbieders stellen verschillende verzekeringscontracten voor, die een bepaald deel van de factuur zouden kunnen terugbetalen in plaats van het volledige bedrag. Om deze redenen blijft de tegenmacht van verzekeringsmaatschappijen beperkt.

613. Het auditoraat houdt ook rekening met het feit dat toetreding tot de markt een potentiële stilzwijgende coördinatie zou kunnen destabiliseren. Zoals hierboven is uiteengezet,<sup>548</sup> wordt er in de nabije toekomst echter geen toetreding tot deze markt verwacht. Het is daarom onwaarschijnlijk dat

---

<sup>544</sup> Het College noteert dat de oorspronkelijke zin in het voorstel van besluit luidde “een ziekenhuis dat niet afwijkt van de coördinatie zou dus een toestroom van patiënten kunnen opvangen als gevolg van represailles”. Op de zitting werd echter bevestigd dat het woord “niet” verwijderd moest worden en dat dit een materiële vergissing was.

<sup>545</sup> *Supra* afd. IX.3.3.f.

<sup>546</sup> Ter illustratie geeft ZNA aan dat er in 2022 44.500 patiëntcontacten werden gehospitaliseerd (met overnachting, dus een “klassieke” hospitalisatie). Zie <https://www.zna.be/nl/over-zna> (laatst bezocht op 23 mei 2024).

**Het College** noteert dat het verslag van de auditeur aan het eind van deze zin in randnummer 611 verwijst naar “Concentraties” waar het wellicht “transacties” bedoelde.

<sup>547</sup> Bijv. Hayford, T. B. (2012). The impact of hospital mergers on treatment intensity and health outcomes. *Health Services Research*, 47, 1008-1029; Buchmueller, T. C., Jacobson, M., & Wold, C. (2006). How far to the hospital?: The effect of hospital closures on access to care. *Journal of Health Economics*, 25(4), 740-761; Siegel, J., Engelhardt, K. E., Hornor, M. A., Morgan, K. A., & Lancaster, W. P. (2021). Travel distance and its interaction with patient and hospital factors in pancreas cancer care. *American Journal of Surgery*, 221(4), 819-825.

<sup>548</sup> *Supra* afd. IX.3.3.c.

nieuwe ziekenhuizen of andere ziekenhuizen in België de lokale markt zouden kunnen betreden waarop de partijen actief zijn.

#### **IX.3.4.c Beoordeling en conclusie van de auditeur**

614. Op basis van de informatie die de auditeur tijdens haar onderzoek heeft verzameld, concludeert zij aan het einde van de voorlopige Fase 1 onderzoek dat het waarschijnlijk is dat de partijen enerzijds en AZ Klina, AZ Monica en UZA anderzijds de mogelijkheid en prikkels zullen hebben om een prijscoördinatie op de lokale markt voor hospitalisaties tot stand te brengen en in stand te houden na de Concentratie, met mogelijke beperkende effecten op de concurrentie.

#### **IX.3.4.d Beoordeling van het Mededingingscollege**

615. Zoals hierboven uiteengezet door de auditeur dient aan drie voorwaarden te worden voldaan opdat een concentratie gecoördineerde effecten met zich kan meebrengen.

616. Ten eerste moeten de coördinerende ondernemingen in voldoende mate kunnen controleren of de verstandhouding wordt nageleefd. Ten tweede moet er een geloofwaardig disciplineringsmechanisme zijn dat in werking kan worden gesteld wanneer afwijkend gedrag aan het licht komt. Ten derde mogen de met de coördinatie beoogde resultaten niet in gevaar kunnen worden gebracht door het optreden van buitenstaanders, zoals huidige en toekomstige concurrenten die niet aan de marktcoördinatie deelnemen, en afnemers.

617. Het College treedt de stelling van het auditoraat bij dat er enerzijds op de lokale markt voor hospitalisaties marktomstandigheden zijn die stilzwijgende coördinatie kunnen bevorderen en anderzijds dat het mogelijk is om een mechanisme te identificeren dat tot een duurzame stilzwijgende coördinatie tussen de partijen en hun voornaamste concurrenten (AZ Klina, AS Monica en UZA) kan leiden. Deze stellingen volstaan evenwel niet om te besluiten dat er sprake is van ernstige twijfels in de zin van artikel IV.66 §2, 3° WER. Hiertoe is vereist dat wordt aangetoond dat de gebeurlijke ernstige twijfels concentratie-specifiek zijn.<sup>549</sup> Dit houdt in dat de gecoördineerde effecten of minstens de waarschijnlijkheid ervan het gevolg zijn van de wijziging in de marktstructuur die door de concentratie wordt teweeg gebracht.

618. Alvorens de overstap te maken naar het aspect van het concentratie-specifieke karakter stipt het College navolgende punten aan die in dat kader van belang kunnen zijn:

- Het College treedt zowel het auditoraat als de partijen bij dat de betrokken sector in zeer hoge mate gereguleerd is. Dit maakt dat de punten waarop de ziekenhuizen nog met elkaar kunnen concurreren zeer beperkt zijn. Het College is van oordeel dat op basis van het gevoerde onderzoek terecht aan de maxima inzake de ereloon-supplementen en de kamersupplementen aandacht wordt geschonken bij de beoordeling inzake de gecoördineerde effecten. Naast het aspect van de kwaliteit behoren deze aspecten tot de weinige waarvoor er nog restconcurrentie kan zijn. Dit maakt overigens dat deze zaak een zeer specifiek karakter vertoont.
- Het College kan het argument van partijen niet bijtreden dat het loutere feit dat de ereloon-supplementen en de kamersupplementen slechts een beperkt deel van de omzet van de ziekenhuizen zouden vertegenwoordigen de prikkel tot coördinatie zou wegnemen. Gezien

---

<sup>549</sup> Zie WER artikel IV.66§2, 3° juncto IV.9§4 en Arrest van het Gerecht van 6 juni 2002 in zaak T-342/99, *Airtours/Commissie*, ECLI:EU:T:2002:146, §59 en 61.

het overige gedeelte van de omzet gereguleerd is,<sup>550</sup> vormen deze aspecten wel degelijk elementen waarmee de ziekenhuizen via coördinatie de financiële druk kunnen verlichten en de omzet verhogen.

- Het is correct dat de ereloonsupplementen bepaald worden door de artsen en niet door de ziekenhuizen. Minstens ligt het bewijs van het tegendeel van dit laatste niet voor. Wat de ereloonsupplementen betreft, spitst het auditoraat zich om die reden correct toe op de door het ziekenhuis voorgeschreven maxima en niet op de ereloonsupplementen als zodanig. Gezien deze maxima bepalend zijn voor de ereloonsupplementen die artsen kunnen aanrekenen, zullen zij een factor zijn die mede zal bepalen met welk ziekenhuis een arts verbonden wil zijn. In het licht van de “war on talent” waarnaar het auditoraat verwijst (zie afd. IX.3.3.g) vormen de maxima dan ook een parameter op basis waarvan de ziekenhuizen met elkaar kunnen concurreren om artsen aan te trekken en aan zich te binden.
- Gezien de analyse van gecoördineerde effecten zich toespitst op de maxima van de ereloonsupplementen en de kamersupplementen is er wat deze concurrentiële parameters betreft geen probleem van een gebrek aan transparantie. Beide worden publiekelijk kenbaar gemaakt en zijn in ieder geval gekend bij en vlot verifieerbaar door de ziekenhuizen die actief zijn op de lokale markt. Dit is van belang voor de eerste voorwaarde die hoger werd aangestipt.
- Wat de mogelijkheid tot disciplineren betreft (tweede voorwaarde), wijst het auditoraat op een aantal mogelijkheden die in werking kunnen worden gesteld.<sup>551</sup> Het auditoraat stipt echter eveneens aan dat, gezien de specificiteit van de concurrentiële parameters die het voorwerp van coördinatie zouden uitmaken en de aard van de ziekenhuissector, de voordelen van een afwijking inherent lager zouden zijn waardoor de prikkel om af te wijken klein is.
- Wat de reactie van de buitenstaanders betreft (derde voorwaarde), treedt het College de visie van het auditoraat bij dat de patiënten over weinig kopersmacht beschikken. Wel meent het College dat de rol van de verzekeringsaanbieders aandacht verdient. Het argument dat de tegenmacht van de verzekeraars beperkt zou zijn omdat veel patiënten geen aanvullende hospitalisatieverzekering hebben of verzekeraars diverse types van contracten aanbieden, lijkt niet meteen decisief. Dit geldt met name ook in het licht van de vaststellingen die door het auditoraat werden gedaan in de Jolimont-Beslissing.<sup>552</sup> Dit punt verdient dan ook aandacht bij de bespreking van het concentratiespecifieke karakter van mogelijke gecoördineerde effecten.

619. Voor het overige verwijst het Mededingingscollege naar de overwegingen die eerder reeds aan bod zijn gekomen en maakt het zich verder de bevindingen van het auditoraat eigen.

### **IX.3.5 Gecoördineerde effecten afgeleid van de Concentratie**

620. De vorige secties hebben uitgewezen dat er vooreerst een reeks structurele en gedragselementen bestaan, alsook een geloofwaardig en duurzaam coördinatiemechanisme waarrond de verstandhouding kan plaatsvinden dat controleerbaar is en via een geloofwaardig disciplineringsmechanisme in stand kan worden gehouden, zonder vrees van destabilisatie door

---

<sup>550</sup> Zie o.a. SO, randnr. 17.

<sup>551</sup> Zie randnrs. 607 t/m 609.

<sup>552</sup> BMA, ABC-2023-C/C-50 21 december 2023, CONC-C/C-23/0018, *Centre hospitalier universitaire et psychiatrique de Mons Borinage SCRL/ASBL Pole hospitalier Jolimont*, §§318-319

buitenstaanders die niet aan de marktcoördinatie deelnemen. Deze sectie licht toe dat deze elementen ook Concentratie-specifiek zijn.

621. De bewijslast die rust op de mededingingsautoriteiten wat dit punt betreft, is onder meer verduidelijkt in de ABF/GBI Business beslissing van de Commissie: “[The competition authority must] show on the basis of a prospective analysis, the extent to which the ‘the alteration in the [relevant market] structure that the transaction would entail’ (Airtours, §61) significantly impedes effective competition by making coordination easier, more stable or more effective for the [...] firms concerned either by making the coordination more robust or by permitting firms to coordinate on even higher prices”.<sup>553</sup>

622. Deze sectie gaat over het feit dat op de lokale markt voor hospitalisaties “de wijziging in de [relevante markt]structuur die de transactie zou veroorzaken” de daadwerkelijke mededinging waarschijnlijk op significante wijze zal belemmeren doordat de coördinatie gemakkelijker, stabiel en doeltreffender wordt voor de overblijvende betrokken ziekenhuizen, hetzij doordat de coördinatie robuuster wordt, hetzij doordat ziekenhuizen de mogelijkheid krijgen om nog hogere maximumtoeslagen te coördineren.

623. In deel IX.3.3.a wordt uitgelegd dat de lokale markt voor hospitalisaties specifieke marktkenmerken vertoont die de partijen, UZA, AZ Monica en AZ Klina in staat stellen het maximumniveau van ereloon- en kamersupplementen te controleren die kunnen worden aangerekend wanneer een patiënt in een eenpersoonskamer wordt opgenomen.

624. De oprichting van ZAS zoals aangemeld zal waarschijnlijk het gemak, de stabiliteit en de doeltreffendheid van de stilzwijgende coördinatie verhogen, wat zou kunnen leiden tot een aanzienlijke verhoging van de maximale niveaus van de supplementen, vergeleken met het niveau dat in afwezigheid van de Concentratie zou hebben bestaan. Deze toename van het risico op stilzwijgende coördinatie in de lokale markt voor hospitalisaties wordt verwacht voor te vloeien uit een van de volgende mechanismen (of gecoördineerde effecten), die elkaar samen versterken.

#### **IX.3.5.a Van vijf naar vier voornaamste concurrenten na de Concentratie**

625. Ten eerste zal door de Concentratie het aantal belangrijke spelers binnen het betrokken zorggebied afnemen. De transactie resulteert in een geconcentreerde marktstructuur tussen de fusieonderneming en haar belangrijkste concurrenten in Antwerpen (UZA, AZ Klina en AZ Monica), die alle deel uitmaken van het Helix-netwerk. Pre-transactie is de lokale markt voor hospitalisaties al sterk geconcentreerd, met vijf grote spelers (GZA, ZNA, AZ Klina, AZ Monica en UZA) die samen [60%-70%] van de markt in handen hebben. De transactie verhoogt het concentratieniveau nog verder door de vermindering van het aantal belangrijke ziekenhuizen op de lokale markt van vijf naar vier.<sup>554</sup> Na de transactie hebben de partijen het grootste marktaandeel met [40-50]%. Hoewel er een aantal ziekenhuizen actief zullen blijven in het verzorgingsgebied van de partijen buiten de bovengenoemde grote concurrenten, vertegenwoordigen zij slechts een minderheid van het verzorgingsgebied en hebben zij individueel een marktaandeel van 5% of minder.

---

<sup>553</sup> Europese Commissie, beslissing 23/09/2008 in zaak M.4980, ABF/GBI Business, §273. Vrije vertaling: “de wijziging in de [relevante markt]structuur die de transactie met zich zou brengen, de daadwerkelijke mededinging op significante wijze belemmert doordat de coördinatie voor de drie betrokken ondernemingen gemakkelijker, stabiel en doeltreffender wordt, hetzij doordat de coördinatie robuuster wordt, hetzij doordat de ondernemingen in staat worden gesteld hun prijzen nog verder te verhogen.”

<sup>554</sup> In §248 presenteren we het aantal ziekenhuizen met een marktaandeel van meer dan 1%; in deze paragraaf bespreken we ziekenhuizen met een marktaandeel van meer dan 5%.

626. In principe kan het aantal ondernemingen dat actief is op de markt de waarschijnlijkheid van coördinatie beïnvloeden. De Commissie stelt dat “met een paar deelnemers het bijvoorbeeld gemakkelijker [te] coördineren [is] dan met vele”.<sup>555</sup> De economische literatuur suggereert ook dat de verhouding tussen het aantal bedrijven en de waarschijnlijkheid van stilzwijgende coördinatie bijzonder uitgesproken is in sterk geconcentreerde markten.<sup>556</sup>

627. De vermindering na de Concentratie van het aantal voornaamste ziekenhuizen die met elkaar concurreren in deze lokale markt van vijf naar vier, door het samengaan van de twee grootste ziekenhuizen in deze markt zal het dus waarschijnlijk gemakkelijker maken om hun gedrag stilzwijgend te coördineren, en dit om minstens vier redenen:

- Vier belangrijke ziekenhuizen in plaats van vijf zullen waarschijnlijk beter in staat zijn om stilzwijgend tot een gemeenschappelijke opvatting te komen over hoe de coördinatie dient te verlopen. Door de Concentratie zal het aantal onafhankelijke partijen dat bijeengebracht moet worden om stilzwijgend te coördineren, afnemen, waardoor het gemakkelijker wordt om verwachtingen te vormen ten aanzien van het gedrag van rivalen.
- De aanwezigheid van een kleiner aantal concurrenten vergroot de prikkels om te coördineren. Bij een toename van de marktconcentratie krijgt de gefuseerde entiteit te maken met een kleinere groep van patiënten van concurrenten waaruit hospitalisaties kunnen worden geput, waardoor de kortetermijnwinst van agressiever gedrag op het vlak van maximale supplementen wordt beperkt. Tegelijkertijd breidt ZAS door de Concentratie de patiëntenbasis uit waarop zij haar supra-concurrentiële marge zal willen beschermen, waardoor het rendement op lange termijn van het behoud van stilzwijgende coördinatie toeneemt.
- Naarmate de concentratie van de markt toeneemt, zullen vergeldingen die bedoeld zijn om de prijsdiscipline te handhaven aan geloofwaardigheid winnen omdat de opportuniteitskosten van het tolereren van afwijkend gedrag van een voortaan grotere concurrent, toenemen. Bovendien maakt een grotere transparantie de dreiging van vergelding ook doeltreffender omdat, in de mate dat rivalen het oneens kunnen zijn over welke onderneming beter in staat is om een afwijkende gedraging te bestraffen, een vermindering van het aantal spelers ook het risico vermindert dat de ene onderneming verkiest om te “freeriden” op de inspanningen van de andere.

#### **IX.3.5.b Verhoging van de transparantie na de Concentratie op ziekenhuis- én netwerkniveau**

628. Ten tweede verhoogt de vermindering van het aantal spelers in de lokale markt de transparantie op de markt, waardoor het gemakkelijker wordt om afwijkend gedrag te detecteren en op effectieve wijze vergeldingsmaatregelen te nemen. De Concentratie zal de transparantie op ziekenhuis- én op netwerkniveau verhogen. Vóór de Concentratie zijn GZA en ZNA de enige twee leden van hetzelfde netwerk van ziekenhuizen, het ZAS-netwerk. Na de voorgenomen transactie zal het ZAS-netwerk uit slechts één lid bestaan, ZAS. Het onderzoek heeft uitgebreid aangetoond dat ziekenhuizen moeten samenwerken op het vlak van het zorgaanbod op zowel ziekenhuis- als netwerkniveau. Vlaamse regelgeving legt een zekere mate van coördinatie op met betrekking tot het loco- en supra regionale

<sup>555</sup> Europese Commissie, *Richtlijn horizontale fusies*, 2004/C 31/03, §45; Fabra, N., & Motta, M. (2018). Assessing coordinated effects in merger cases. In *Handbook of Game Theory and Industrial Organization, Volume II* (p. 91-122). Edward Elgar Publishing.

<sup>556</sup> Horstmann, N., Krämer, J., & Schnurr, D. (2018). Number effects and tacit collusion in experimental oligopolies. *Journal of Industrial Economics*, 66(3), 650-700.

zorgaanbod door middel van het opstellen van het Regionaal Zorgstrategisch Plan.<sup>557</sup> Na de Concentratie zullen de belangen van ZAS binnen het ZAS-netwerk volledig op elkaar zijn afgestemd, waardoor *de facto* de afstemming met de andere grote concurrenten die in Antwerpen actief zijn, zowel individueel als via het Helix-netwerk, wordt vergemakkelijkt.

629. Verder heeft het auditoraat vastgesteld dat er een aanzienlijk risico bestaat dat de netwerken die op de lokale markt voor hospitalisaties aanwezig zijn, ZAS en Helix, zouden fuseren. Sommige van de belangrijkste concurrenten van de partijen hebben aangegeven dat één enkel netwerk in Antwerpen gerechtvaardigd zou zijn. UZA vermeldt namelijk dat *“er binnen die Antwerpse regio al veel overleg is geweest en dat [de CEO van UZA, Marc Peeters] van mening is dat er in Antwerpen een overkoepelend gezondheidssysteem zou moeten bestaan waarin concurrentie minder speelt.”*<sup>558</sup> Dit zal het risico op stilzwijgende coördinatie en de intensiteit ervan tussen de resterende marktspelers alleen nog verder doen toenemen.

### ***IX.3.5.c Asymmetrie en marktleiderschap***

630. De beslissingspraktijk van de Commissie en de nationale mededingingsautoriteiten inzake gecoördineerde effecten bevat een reeks voorbeelden waarbij gecoördineerde effecten werden vastgesteld ondanks asymmetrie tussen de marktaandelen van de concurrenten op de markt, meer precies in gevallen waar een marktleiderschapssituatie duidelijk wordt.

631. In de zaak ABF-GBI Business was de Commissie bijvoorbeeld van mening dat de asymmetrische marktaandelen tussen de gefuseerde entiteit (70%-80%) en haar concurrent (10%-20%) de leidende rol bevestigden die de gefuseerde entiteit zou kunnen spelen in de stilzwijgende coördinatie.<sup>559</sup>

632. In de zaak Robers Wissemans/Scottish Milk Dairy vond het OFT bewijzen van gecoördineerde effecten, terwijl de marktstructuur als gevolg van de Concentratie volledig asymmetrisch was (marktaandelen van 50%-60%, 10%-20% en 0%-10%).<sup>560</sup>

633. Uit de aangehaalde beslissingspraktijk volgt dat asymmetrische marktaandelen stilzwijgende coördinatie niet verhinderen, met name wanneer de markten geconcentreerd zijn.

634. Momenteel hebben de partijen vergelijkbare marktaandelen, wat een bron van onzekerheid kan zijn omtrent de mogelijkheid om te komen tot een gemeenschappelijke opvatting over de wijze van coördinatie. Na de transactie zou de gecombineerde entiteit een meer uitgesproken marktleider worden, met ongeveer [20-30] procentpunten voorsprong op AZ Monica, het tweede grootste ziekenhuis in het zorggebied na de transactie. Dit zou op zich de markt voor hospitalisaties in de lokale markt kunnen doen kantelen naar een nog stabielere of meer wijdverspreide coördinatie van maximale supplementen op basis van het “leader-follower” model, in vergelijking met de huidige concurrentiestructuur.<sup>561</sup>

635. De gefuseerde entiteit heeft al een marktaandeel van [40-50]%, waardoor het een mogelijke leidende positie heeft in een eventuele toekomstige stilzwijgende coördinatie. De Concentratie neemt het risico weg dat tegenstrijdige verwachtingen over de rol van een van de fuserende partijen bij het in stand houden van de mate van stilzwijgende coördinatie zouden leiden tot verstoring van een

---

<sup>557</sup> *Supra* afd. VI.3.

<sup>558</sup> PV UZA (III.3.C2), §7.

<sup>559</sup> Commissie, beslissing 23/09/2008 in zaak M.4980, §335.

<sup>560</sup> OFT, Notice of cancellation van 4 november 2005, <https://www.gov.uk/cma-cases/robert-wiseman-dairies-plc-scottish-milk-dairies-ltd-merger-inquiry-cc>.

<sup>561</sup> Europese Commissie, beslissing 24/05/2016 in zaak M.7881 - AB INBEV / SABMILLER, §244.

anderszins effectief coördinatiemechanisme zoals beschreven in deel IX.3.4. Dit komt doordat de Concentratie een zekere mate van onzekerheid wegneemt over de identiteit van de leider bij het vaststellen van de coördinatievoorwaarden en in het bijzonder de maximumsupplementen. Na de Concentratie kan worden verwacht dat de fusieonderneming deze rol op zich neemt, terwijl AZ Monica, UZA en AZ Klina marktvolgers blijven.

636. De verschillen in marktaandelen tussen de gefuseerde entiteit en de andere voornaamste concurrenten na de Concentratie zouden ook de leidende rol van de gefuseerde entiteit in de stilzwijgende coördinatie bevestigen. In dat opzicht erkende de Commissie dat het ontbreken van symmetrische marktaandelen op de lokale markt geen belemmering vormt voor daadwerkelijke coördinatie.<sup>562</sup>

### **IX.3.6 Beoordeling en conclusie van de auditeur aangaande gecoördineerde effecten**

637. Rekening houdend met alle elementen die hierboven zijn gepresenteerd, concludeert de auditeur aan het einde van de voorlopige Fase 1 onderzoek dat het waarschijnlijk is dat de Concentratie kan leiden tot gecoördineerde concurrentiebeperkende effecten op de lokale markt voor hospitalisaties, in overeenstemming met de Horizontale Richtsnoeren van de Commissie en met de rechtspraak.

638. Vooreerst heeft de auditeur vastgesteld dat een aantal structurele marktvoorwaarden op de lokale markt voor hospitalisaties stilzwijgende coördinatie kunnen induceren of bevorderen. De Concentratie zorgt er bovendien voor dat bepaalde van deze voorwaarden nog verder worden versterkt.

639. Het onderzoek leverde verder overtuigende elementen op dat de voorgenomen Concentratie coördinatie op het gebied van niet-gereguleerde prijzen mogelijk zal maken of zal vergemakkelijken, meer bepaald coördinatie op het gebied van het maximale niveau aan ereloon-supplementen die door artsen mogen aangerekend worden en in de algemene regeling van het ziekenhuis moeten opgenomen worden.<sup>563</sup> Deze bezorgdheid geldt voor GZA, ZNA en hun voornaamste concurrenten (AZ Klina, AZ Monica en UZA).

640. In het bijzonder zou de Concentratie, zoals bevestigd door de Concentratie-specifieke elementen die hierboven worden besproken,<sup>564</sup> waarschijnlijk het gemak, de stabiliteit en de doeltreffendheid van de stilzwijgende coördinatie verhogen, wat zou kunnen leiden tot een aanzienlijke verhoging van de maximale niveaus van de supplementen, vergeleken met het niveau dat in afwezigheid van de Concentratie zou hebben bestaan. Bovendien zouden de partijen en hun voornaamste concurrenten, om de redenen die worden beschreven in de afdeling IX.3.4 hierboven, overeenstemming kunnen bereiken over de voorwaarden van de coördinatie na de Transactie en zou deze coördinatie duurzaam zijn. De auditeur concludeert dat omwille van de mogelijkheid en prikkels van gecoördineerde effecten en waarschijnlijke mededingingsbeperkende gevolgen op de lokale markt voor hospitalisaties, er ernstige twijfels bestaan over de toelaatbaarheid van deze Concentratie. In onderhavige zaak worden deze ernstige twijfels niettemin weggenomen door de verbintenissen die de partijen hebben voorgesteld. Zoals verder wordt uiteengezet (*infra* hoofdstuk X), is de auditeur van mening dat de Concentratie toelaatbaar kan worden verklaard mits oplegging van de aangeboden verbintenissen.

---

<sup>562</sup> Europese Commissie, beslissing 23/09/2008 in zaak M.4980, *ABF/GBI Business*, §334.

<sup>563</sup> *Supra* afd.IX.3.4.a.

<sup>564</sup> *Supra* afd.IX.3.5.

### IX.3.7 Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege aangaande de gecoördineerde effecten

641. In het licht van de bewijslast die op het College rust, dient omzichtig omgesprongen te worden met de bewijsstandaard om gecoördineerde effecten causaal te relateren aan een aangemelde concentratie. Het feit dat de marktomstandigheden, die voorafgaand aan de concentratie reeds aanwezig waren, het tot stand komen van gecoördineerde effecten in de hand kunnen werken, mag niet verward worden met de noodzaak om het risico op gecoördineerde effecten causaal in verband te stellen met de concentratie. Met andere woorden, het risico op gecoördineerde effecten moet concentratie-specifiek zijn.<sup>565</sup>

642. Tegen die achtergrond hecht het College in deze zaak bijzonder belang aan het gegeven dat ingevolge de Concentratie een marktleider op de betrokken lokale markt wordt gecreëerd. Verder ontstaat ingevolge de Concentratie in termen van beddenaantallen veruit het grootste ziekenhuis van België en één van de vijf grootste van Europa.<sup>566</sup> Voorafgaand aan de Concentratie was het marktaandeel van ZNA [VERTROUWELIJK] dan dat van GZA (zowel op de markt van de hospitalisaties als deze van de gespecialiseerde ambulante zorg).<sup>567</sup> Bijgevolg was er geen uitgesproken marktleider. Deze situatie wijzigt als gevolg van de Concentratie, zeker ook als rekening wordt gehouden met de afstand op het vlak van de marktaandelen tussen de gefuseerde entiteit en de eerstvolgende concurrenten (AZ Monica, UZA, AZ Klina).

643. In het licht van deze concentratie-specifieke ontwikkeling wijst het auditoraat op redelijkerwijze te verwachten gecoördineerde effecten op basis van het "leader-follower" model.<sup>568</sup> Dit model is aan bod gekomen in de Europese concentratiecontrolepraktijk. Nog los van het feit of de door het auditoraat aangehaalde zaken<sup>569</sup> transponeerbaar zijn naar deze Concentratie neemt dit niet weg dat het auditoraat terecht stelt dat het "leader-follower" model in deze zaken werd erkend en bevestigd.<sup>570</sup>

644. Hoewel het College stelt dat met het "leader-follower" model omzichtig moet omgesprongen worden, is het van oordeel dat de specificiteit van de betrokken sector en deze zaak de toepassing van dit model verantwoorden en er minstens in Fase 1 van deze procedure met dit model dient rekening gehouden te worden. Hierbij hecht het College in het bijzonder belang aan volgende elementen en verwijst het voor het overige naar de elementen die blijken uit het onderzoek van het auditoraat zoals dat is weergegeven in deze Beslissing.

645. Wat de maxima voor de ereloon-supplementen betreft, is er een duidelijke prikkel om het voorbeeld van de marktleider te volgen. Deze maxima zijn immers bepalend voor de erelonen die een arts mag aanrekenen en hebben bijgevolg een onmiddellijke invloed op de inkomsten van de arts en zijn bereidheid om bij een bepaald ziekenhuis aan de slag te gaan of te blijven. In het kader van de "war on

<sup>565</sup> Zie Arrest van het Gerecht van 6 juni 2002 in zaak T-342/99, *Airtours/Commissie*, ECLI:EU:T:2002:146, §59 en 61.

<sup>566</sup> Zie randnr. 26.

<sup>567</sup> Zie randnrs. 254 en 269.

<sup>568</sup> Zie randnr. 634.

<sup>569</sup> Zie afd. IX.3.5.c.

<sup>570</sup> Zie onder meer Mouraviev I. en Rey P., « Collusion and Leadership », *International Journal of Industrial Organization*, vol. 29, n° 6, 2011, révision octobre 2007, p. 705–717. Mattias Ganslandt & Lars Persson & Helder Vasconcelos, 2012, "Endogenous Mergers and Collusion in Asymmetric Market Structures," *Economica*, London School of Economics and Political Science, vol. 79(316), pages 766-791, October. Miller, Nathan H., Gloria Sheu, and Matthew C. Weinberg, 2021, "Oligopolistic Price Leadership and Mergers: The United States Beer Industry." *American Economic Review*, 111 (10): 3123–59.

talent” zullen de concurrerende ziekenhuizen geneigd zijn om de marktleider te volgen om aldus het risico te vermijden dat zij de door hen gewenste artsen niet kunnen aantrekken of de voor hen werkende artsen aan de concurrentie zouden verliezen. Zelfs als de hoogte van de ereloonsupplementen geen rechtstreekse invloed zou hebben op de inkomsten van een ziekenhuis (hetgeen in antwoord op een vraag van het Mededingingscollege tijdens de hoorzitting door één van de partijen werd meegedeeld), dan nog blijft de prikkel om de hoger aangehaalde reden aanwezig.<sup>571</sup>

646. Wat de kamersupplementen betreft, geldt er op basis van de thans voorliggende elementen eveneens een prikkel om de marktleider te volgen. Verhoogde kamersupplementen dragen in zekere mate bij tot de omzet en de marge van het ziekenhuis. Anderzijds ligt er geen bewijs voor dat verschillen in de hoogte van de kamersupplementen van wezenlijke invloed zijn op de keuze van de patiënt voor een welbepaald ziekenhuis. Uit het onderzoek komt immers naar voor dat de afstand tussen de woonplaats van de patiënt en het ziekenhuis, de aanbeveling door de huisarts en de keuze voor een bepaalde specialist in dit kader bepalend of minstens bepalender zullen zijn. Om die reden geldt er veeleer een prikkel om voor de kamersupplementen de marktleider te volgen dan af te wijken in neerwaartse zin van het door de marktleider gehanteerde niveau.

647. Gezien zowel de maxima voor de ereloonsupplementen als de kamersupplementen publiek gekend zijn (minstens gekend zijn door alle concurrerende ziekenhuizen op de betrokken lokale markt) stelt er zich geen enkel probleem voor de kleinere concurrenten om vast te stellen welke niveaus de marktleider hanteert en zich hiernaar te richten. Hetzelfde geldt in omgekeerde zin. De marktleider heeft een volledig zicht op de maxima voor de ereloonsupplementen en de kamersupplementen die door de volgers worden gehanteerd. Op dit punt is er volledige transparantie.

648. In een leader-follower model dat geldt voor maxima voor ereloonsupplementen en kamersupplementen heeft de mogelijkheid tot represaille in deze specifieke omstandigheden slechts een relatief belang voor de analyse. Het leader-follower model zoals het toepasselijk is op deze punten gaat immers uit van een prikkel voor de volgers om de marktleider te volgen. Als dit niet zou gebeuren en de marktleider is van oordeel dat dit tot zijn nadeel zou strekken, is de onmiddellijk beschikbare tegenreactie dat de marktleider de maxima of de kamersupplementen terug laat zakken. Daarnaast zijn er de door het auditoraat aangestipte andere mogelijke reacties of represailles.<sup>572</sup> Echter, in de zeer concrete context die hier aan de orde is, wordt hiernaar slechts ten overvloede verwezen.

649. Wat de reactie van derden op dit leader-follower model met betrekking tot de maxima voor de ereloonsupplementen en de kamersupplementen betreft, werd eerder reeds aangehaald dat geen tegenreactie van de individuele patiënt die dit model ondermijnt dient verwacht te worden. Als er al een reactie van de patiënt zou komen, zal dat naar alle waarschijnlijkheid enkel betrekking hebben op de kamersupplementen en zich vertalen in een verzoek om een twee- of meerpersoonskamer te nemen in plaats van de keuze van ziekenhuis te wijzigen. Wat de maxima op de ereloonsupplementen betreft, valt moeilijk in te zien welke reactie van de patiënt hierop een invloed van betekenis kan hebben. Duidelijkheidshalve herhaalt het College dat het hier immers gaat over de maxima en niet over de effectief door de arts aangerekende supplementen.

---

<sup>571</sup> [VERTROUWELIJK].

<sup>572</sup> Zie randnr. 608.

650. De reactie van de verzekeringsmaatschappijen kan in dit kader van groter belang zijn dan die van de patiënten. Het College heeft hieraan bijzondere aandacht besteed, mede in het licht van de reacties van de verzekeringsmaatschappijen die zijn opgenomen in de Jolimont-Beslissing.<sup>573</sup> Het College stelt vast dat er in deze zaak van de zijde van de verzekeringsmaatschappijen bij de bevraging door het auditoraat geen reacties van betekenis gekomen zijn. Minstens vallen er uit de antwoorden geen elementen af te leiden die erop wijzen dat de verzekeringsmaatschappijen het tot stand komen of verderzetten van het leader-follower model zouden ondermijnen.<sup>574</sup> Het College veronderstelt overigens dat er op dit vlak van de zijde van de verzekeringsmaatschappijen op de lokale betrokken markten een eerder terughoudende houding mag verwacht worden gezien de regulerende interventies van de overheid uit het verleden en het gegeven dat er op andere plaatsen in België hogere niveaus worden gehaald (zoals een maximum van de ereloon-supplementen van 300% in Brussel). Zelfs als er een reactie zou komen, dan nog mag verondersteld worden dat, gezien de vrije keuze van de patiënt, het aftoppen van de supplementen binnen de betrokken lokale markt voor alle ziekenhuizen zou gelden en niet enkel voor de volgers. Als deze veronderstellingen juist zijn, versterken zij het beeld dat uit het marktonderzoek in deze zaak naar voren komt dat de verzekeringsmaatschappijen niet meteen een leader-follower model zouden ondermijnen. Het College stipt uitdrukkelijk aan dat deze veronderstellingen geen voorwerp van onderzoek hebben uitgemaakt en ze louter vermeld worden omdat ze logisch aansluiten bij het algemene beeld dat uit het marktonderzoek naar voren komt. In de huidige stand van het onderzoek en de procedure zijn er dan ook onvoldoende bewijskrachtige elementen die de stelling zouden ondersteunen dat er een eventuele reactie van de verzekeringsmaatschappijen is te verwachten die het realiseren van het zonet beschreven leader-follower scenario zou ondermijnen. Het College sluit niet uit dat bij verder onderzoek toch elementen in die zin zouden kunnen bijgebracht worden, maar aan het einde van Fase 1 is dit niet het geval.

651. Het College treedt dan ook de stelling van het auditoraat bij dat er in de huidige stand van de procedure en rekening houdend met de specificiteiten van de sector en deze zaak, ernstige twijfels bestaan over de toelaatbaarheid van de Concentratie omwille van de waarschijnlijkheid van concentratiespecifieke gecoördineerde effecten op basis van het leader-follower model met betrekking tot de maxima van de ereloon-supplementen en de kamersupplementen.

#### **IX.4 Efficiëntiewinsten**

652. Volgens de richtsnoeren van de Europese Commissie inzake horizontale fusies moet bij het bepalen van de gevolgen van een fusie voor de mededinging rekening worden gehouden met de waarschijnlijke efficiëntieverbeteringen die de betrokken ondernemingen aantonen.

653. De beweerde efficiëntieverbeteringen moeten aan verschillende cumulatieve voorwaarden voldoen om de schadelijke gevolgen te kunnen compenseren die de Concentratie anders voor de mededinging zou hebben. De efficiëntieverbeteringen moeten (i) kwantificeerbaar en verifieerbaar zijn; (ii) specifiek zijn voor de fusie; en (iii) ten minste gedeeltelijk aan de verbruikers worden doorgegeven. Efficiëntieverbeteringen die alleen de partijen ten goede komen, zijn derhalve uitgesloten. Dit impliceert ook dat de door de partijen aangevoerde efficiëntieverbeteringen voldoende moeten worden gerechtvaardigd om het bestaan ervan te kunnen verifiëren.<sup>575</sup>

---

<sup>573</sup> Zie BMA, ABC-2023-C/C-50 21 december 2023, CONC-C/C-23/0018, *Centre hospitalier universitaire et psychiatrique de Mons Borinage SCRL/ASBL Pole hospitalier Jolimont*, §§318-319.

<sup>574</sup> Zie randnr. 612.

<sup>575</sup> Europese Commissie, *Richtsnoeren horizontale fusies*, 2004/C 31/03, §76-88.

#### **IX.4.1 Standpunt van de aanmeldende partijen**

654. Partijen noemen verschillende soorten efficiëntieverbeteringen die zij met de Concentratie willen bereiken. Deze efficiëntieverbeteringen zouden tweedelig zijn, op het vlak van medische praktijkvoering enerzijds en op het vlak van bedrijfsvoering anderzijds.

655. Aangaande de medische praktijkvoering zou de Concentratie leiden tot (i) een verhoogde expertise bij de zorgverleners; (ii) de verbetering van de kwaliteit van de zorgprocessen; (iii) de optimalisatie van de continuïteit van de zorg; (iv) de optimalisatie van investeringen in hoogtechnologische instrumenten; en (v) de efficiënte inzet van schaarspersoneel.<sup>576</sup>

656. Ten eerste wijzen partijen op de mogelijke ontwikkeling van expertise als gevolg van de Concentratie waar specialisten met een diepgaande kennis en ervaring op een bepaald gebied zich kunnen concentreren. Een concentratie zou kunnen leiden tot een hoger volume van complexe of zeldzame aandoeningen met als gevolg verhoogde kwaliteit van de aangeboden zorg. Ze verwijzen naar KCE-studies over complexe kanker (zoals slokdarmkanker). Daarnaast zou voor minder complexe aandoeningen de concentratie van de zorg die voortvloeit uit de Concentratie, kunnen leiden tot gespecialiseerde klinieken. Zorgverleners zou meer ervaring krijgen in de behandeling van deze aandoeningen en de centra zouden hun werkwijze ook verbeteren door een betere samenwerking met de verschillende gespecialiseerde centra.<sup>577</sup> Dankzij deze effecten zou de aantrekkelijkheid voor artsen, verpleegkundigen, als paramedici vergroten, en via deze ruimere waaier van specialisten zou de kwaliteit van de meer gepersonaliseerde zorg, ook toenemen.

657. Ten tweede zou de specialisatie van de zorg, zorginstellingen toelaten om hun zorgprocessen te verbeteren ten voordele van hoogwaardige zorgverlening en kostenbesparingen. Hoe meer het medisch personeel in een gemeenschappelijke structuur kan werken en dus hoe groter hun betrokkenheid bij de ontwikkeling en optimalisatie van zorgprocessen, hoe groter de kans dat zij deze zullen volgen. De partijen verwijzen ook naar specifieke metingen van zorgtrajecten van patiënten die meestal binnen de muren van het ziekenhuis moeten worden ontwikkeld met opgeleide data-analisten. Bovendien zou de voorgestelde transactie de partijen in staat stellen om overbodige dubbele uitgaven te vermijden en door de hogere volumes en de samenvoeging van structuren de hoge kosten van medische expertise gemakkelijker vergoeden.<sup>578</sup>

658. Ten derde zou de continuïteit van de zorg dankzij de Concentratie geoptimaliseerd worden. Door de concentratie van zorg op een beperkte aantal locaties zou de medische permanentie met een kleiner aantal artsen kunnen worden ingevuld hetgeen bijkomende garanties voor de opvolging van de zorg biedt in een context van het personeelstekort. De Concentratie zou ook de “intellectuele aantrekkingskracht” van de partijen verbeteren door bepaalde soorten zorg te concentreren en de toegang tot medische gegevens vergemakkelijken door het gebruik van één elektronisch patiëntendossier. De betrokken medewerkers zou de meeste actuele data over de gezondheidstoestand ter beschikking hebben.<sup>579</sup>

659. Ten vierde zouden de toenemende investeringen en exploitatiekosten gemakkelijker gedragen worden door de fusionerende ziekenhuizen ten gevolge van de mogelijke kostenbesparingen die de Concentratie met zich zouden meebrengen. Partijen benadrukken de exponentiële toename in de

---

<sup>576</sup> Aanmeldingsformulier, §282-293.

<sup>577</sup> *Ibid.*, §284.

<sup>578</sup> *Ibid.*, §286-287.

<sup>579</sup> *Ibid.*, §288-289.

technologische instrumenten in de medische sector zowel op diagnostisch als op therapeutisch in de sector en verwijzen naar investeringen in de gezondheidssector op Europees en Belgisch niveau.<sup>580</sup>

660. Ten slotte zou de Concentratie voor partijen een efficiënte inzet van schaars personeel in de sites mogelijk maken, rekening houdend met de concentratie van zorg per specialisatie en de herschikking door de Concentratie van het zorgaanbod tussen de verschillende sites van partijen. De partijen geven aan dat de ziekenhuisnetwerken geen toegevoegde waarde hebben op dit vlak, en dit om twee redenen. Vooreerst kan de aanwerving van zorgpersoneel op het niveau van het netwerk enkel gebeuren met gezamenlijke financiering. Ten tweede: de terbeschikkingstelling van werknemers aan een andere werkgever is in het algemeen verboden bij wet. Zelfs indien bepaalde uitzonderingen in de praktijk voorkomen, zouden werknemers met verschillende personeelsstatuten hetzelfde werk op hetzelfde moment verrichten. In dit opzicht zou de voorgestelde Concentratie de flexibiliteit en mobiliteit van het personeel vergroten, de samenwerking verbeteren, een uniform financieel regime creëren en daardoor efficiënt gebruik maken van het schaarse medisch personeel.<sup>581</sup>

661. Wat operationele efficiëntieverbeteringen betreft, vermelden de partijen eveneens de efficiëntieverbeteringen in hun bedrijfsvoering. De Concentratie zou de financiering van de zorgactiviteiten garanderen. De herschikking van het zorgaanbod tussen de verschillende sites van partijen zou zonder Concentratie een impact hebben op de financiering van het ziekenhuis via het BFM.<sup>582</sup> Bedrijfsbesparingen zouden ook kunnen worden gerealiseerd ingevolge de ziekenhuisfusie door het schrappen van dubbele rollen en het realiseren van schaalvoordelen voor bepaalde kosten (administratie, IT, wasserij, catering), in een context waarin de financiële stabiliteit van ziekenhuizen wankel is. Bovendien zou de voorgenomen Concentratie de weg vrijmaken voor investeringen, procesinnovatie en technologische vooruitgang door de specialisatie van artsen te versterken, meer diverse profielen aan te trekken en onderzoek te stimuleren. Het zou van de gecombineerde entiteit een "hoog-volume" ziekenhuis maken, waar nieuwe ideeën kunnen worden getest en de financiële mogelijkheden groter zijn. De partijen geven echter toe dat zij in dit verband geen vaste doelstellingen hebben vastgesteld in het kader van de voorgenomen Concentratie.<sup>583</sup>

#### **IX.4.2 Onderzoek**

662. Vooreerst wijst de auditeur erop dat het auditoraat in zijn concurrentiële analyse al rekening heeft gehouden met een aantal door de partijen aangevoerde efficiëntieverbeteringen. Verder neemt de auditeur nota van (i) de algemene context van de Belgische ziekenhuissector, met name wat betreft financiering en personeelstekort; en (ii) academische studies over ziekenhuisomvang en -prestaties, alsook over ziekenhuisfusies, kostenefficiëntie en investeringen. De auditeur neemt ook nota van de mogelijke herschikking van de ziekenhuisactiviteiten van de partijen over de verschillende campussen na de Concentratie. Deze onderwerpen zijn al besproken in afdeling IX.2.4.

663. Partijen beroepen zich op een reeks algemene argumenten en informatie over efficiëntieverbeteringen. Efficiëntieverbeteringen kunnen inderdaad functioneren als tegenwicht tegen de schadelijke effecten die anders uit de Concentratie zouden kunnen voortvloeien.

664. Om efficiëntieverbeteringen in aanmerking te kunnen nemen in het kader van het huidige voorstel van beslissing, moet echter aan drie voorwaarden worden voldaan: zij moeten (i) kwantificeerbaar en

---

<sup>580</sup> Aanmeldingsformulier, §290-292.

<sup>581</sup> *Ibid.*, §293-294.

<sup>582</sup> *Ibid.*, §295.

<sup>583</sup> *Ibid.*, §295-299.

verifieerbaar zijn; (ii) specifiek zijn voor de concentratie; en (iii) ten minste gedeeltelijk aan de verbruikers worden doorgegeven.<sup>584</sup>

665. Geen enkele van de door de partijen voorgestelde efficiëntieverbeteringen voldoet aan deze drie criteria. Ze zijn niet kwantificeerbaar noch verifieerbaar. Verbeteringen van de zorgprocessen zijn bijvoorbeeld niet gespecificeerd noch meetbaar. De auditeur merkt op dat er geen concrete projecten in verband met zorgprocessen worden gemeld door partijen, en dat het niet duidelijk is of ze transactie-specifiek zijn. Bovendien worden de beweerde noodzakelijke investeringen gelinkt aan het toenemend gebruik van technologie niet aangetoond. Partijen verwijzen naar Europese statistieken volgens dewelke de investeringen in de zorgsector in België zouden toenemen, maar illustreren niet hoe de Concentratie tot een toename van de investeringen van partijen zal leiden. Zonder precies omschreven efficiëntieverbeteringen kan de auditeur niet beoordelen of zij de nadelige effecten van de Concentratie kunnen compenseren. De auditeur benadrukt dat het aan de aanmeldende partijen is om alle relevante informatie te verstrekken om aan te tonen dat de beweerde efficiëntieverbeteringen het specifieke resultaat van de Concentratie zijn en waarschijnlijk tot stand zullen worden gebracht. Het behoort eveneens aan de aanmeldende partijen om aan te tonen in welke mate de efficiëntieverbeteringen waarschijnlijk zullen opwegen tegen de mogelijke negatieve mededingingseffecten.<sup>585</sup>

#### **IX.4.3 Beoordeling en conclusie van de auditeur**

666. De auditeur stelt vast dat de door de aanmeldende partijen aangehaalde mogelijke efficiëntieverbeteringen niet aan de hierboven vernoemde voorwaarden voldoen om de verwachte unilaterale en gecoördineerde gevolgen van de Transactie teniet te doen.

#### **IX.4.4 Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege**

667. Het College deelt de mening van de auditeur dat de aangehaalde efficiëntieverbeteringen de verwachte unilaterale en gecoördineerde gevolgen van de Concentratie niet teniet doen.

668. Het College neemt akte van de efficiëntieverbeteringen die de aanmeldende partijen aanhalen en stelt deze als dusdanig niet in vraag. Opdat de efficiëntieverbeteringen echter in aanmerking zouden worden genomen om als tegenwicht te dienen ten opzichte van de waarschijnlijke schadelijke effecten van de Concentratie moeten aanmeldende partijen aantonen dat deze een impact zouden hebben op de aangehaalde schadelijke effecten,<sup>586</sup> meer bepaald op de mogelijke stijging van de ereloonsupplementen en de kamersupplementen. De aangehaalde efficiënties (nl. ontwikkeling van expertise, de verbetering van de zorgprocessen incl. kostenbesparing, de continuïteit van de zorg in een context van personeelstekort, toenemende investeringscapaciteit en de efficiënte inzet van schaars personeel in de verschillende sites) hebben uiteraard merite, maar hebben geen neutraliserende impact op de specifieke schadelijke effecten van de Concentratie die hoger werden aangehaald. Het aantonen van dit verband is essentieel om de beoordeling van de Concentratie bij te sturen op basis van ingeroepen efficiënties. Het College deelt dan ook de conclusie van de auditeur op dit punt.

---

<sup>584</sup> Europese Commissie, *Richtsnoeren horizontale fusies*, 2004/C 31/03, §78.

<sup>585</sup> *Ibid.*, §87.

<sup>586</sup> Zie Europese Commissie, *Richtsnoeren horizontale fusies*, 2004/C 31/03, §76-78.

## **X. Verbintenissen**

669. Hieronder worden de aangeboden verbintenissen door de aanmeldende partij eerst kort samengevat. Vervolgens worden de resultaten van de markttest betreffende de verbintenissen besproken. Ten slotte wordt er door de auditeur een beoordeling gemaakt of de verbintenissen de ernstige twijfels wegnemen die er bestaan bij de toelaatbaarheid van de voorgenomen Concentratie.

### **X.1 De aangeboden verbintenissen**

670. Op 16 mei 2024 hebben de aanmeldende partijen verbintenissen aangeboden om het Mededingingscollege toe te laten de voorliggende transactie goed te keuren.<sup>587</sup>

671. De inhoud van deze verbintenissen kan als volgt worden samengevat.

672. De **eerste verbintenis** heeft betrekking op een mogelijke situatie waarbij de aanmeldende partijen een verhoging van de maximumpercentages van ereloonsupplementen in het kader van een hospitalisatie in een eenpersoonskamer tot 200% of zelfs hoger doorvoeren. De aanmeldende partijen verbinden zich ertoe om in de nieuwe financiële regeling voor het ZAS het huidige maximale ereloonsupplement van 200% te bevriezen. Daarnaast verbinden zij zich er eveneens toe om in deze financiële regeling uitdrukkelijk de mogelijkheid te voorzien om een ereloonsupplement aan te rekenen van 0%, 100% of 150%. Voor ereloonsupplementen boven de 150%, verbinden de aanmeldende partijen zich ertoe om deze aan de hoofddarts te melden en te voorzien in de opnameverklaring aan patiënten. Deze verbintenis zal gelden voor een periode van drie jaar vanaf de datum van de Beslissing.

673. De **tweede verbintenis** heeft betrekking op een mogelijke situatie van een toename van niet-geconventioneerde gespecialiseerde ambulante zorg en een verhoging van de ereloonsupplementen voor die verleende zorg. De aanmeldende partijen verbinden er zich toe om in de nieuwe financiële regeling voor ZAS een dwingende bepaling op te nemen volgens welke voor elke medische discipline op elke ZAS-site waar de medische discipline ambulante zorg wordt verricht, een voldoende mogelijkheid wordt voorzien om ambulante zorg aan te bieden aan geconventioneerde tarieven. Verder verbinden de aanmeldende partijen zich ertoe om een maximum van 100% aan ereloonsupplementen te voorzien voor raadplegingen op afspraak. Deze verbintenis zal gelden voor een periode van drie jaar vanaf de datum van de Beslissing.

674. De **derde verbintenis** heeft betrekking op een mogelijke situatie van een opwaartse harmonisatie van de kamersupplementen in het kader van een hospitalisatie in een eenpersoonskamer tot het duurste niveau van GZA of zelfs hoger. De aanmeldende partijen verbinden er zich toe om de huidige kamersupplementen per type kamer en per ZAS-campus (ZNA of GZA) niet te verhogen. Eventuele verhogingen van de maximale kamersupplementen kunnen wel gedurende de looptijd van de verbintenis doorgevoerd worden op basis van volgende parameters: (i) [VERTROUWELIJK]; en/of (ii) [VERTROUWELIJK]. Deze verbintenis zal gelden voor een periode van drie jaar vanaf de datum van de Beslissing.

675. De **vierde verbintenis** heeft betrekking op [VERTROUWELIJK].

---

<sup>587</sup> Zie onderzoeksdossier, stuk I.ZH.

676. De **vijfde verbintenis** betreft de handleiding en opleiding waarbij de aanmeldende partijen zich er toe verbinden om na de beslissing een handleiding Europees en Belgisch mededingingsrecht intern ter beschikking te stellen en hierover eveneens opleidingen te voorzien.

677. De **zesde verbintenis** betreft bepalingen rond het toezicht op de verbintenissen. Deze bevatten een schriftelijk verslag dat jaarlijks ingediend dient te zijn bij het auditoraat. Het verslag zal opgesteld worden door de bedrijfsrevisor van de nieuwe entiteit ZAS op basis van een vooraf overeengekomen methodologie.

## **X.2 Markttest**

678. De aangeboden verbintenissen werden op 21 mei 2024 onderworpen aan een markttest gericht aan de relevante overheidsinstanties, de voornaamste concurrenten van de partijen, de mutualiteiten, de patiëntenverenigingen en de verzekeraars. Hierna worden de voornaamste reacties weergegeven.<sup>588</sup>

679. Wat betreft de **eerste verbintenis** wordt er mee ingestemd dat de bevrozing van het maximale ereloonpercentage gepast is om te vermijden dat het nog verder zou stijgen, gezien het feit dat ZAS met 200% tot de hoogste van Vlaanderen zal behoren op het vlak van de maximale ereloonsupplementen. Sommige respondenten van het markttest stellen daarnaast dat een bevrozing van de maximale ereloonsupplementen de enige verbintenis is die door het beheer van een ziekenhuis kan toegepast worden zonder te raken aan de vrijheid van de arts om erelonen aan te rekenen. Ten slotte wordt benadrukt dat de patiënt in elk geval bij een hospitalisatie op een afdoende wijze geïnformeerd dient te worden via de opnameverklaring. Wat de duurtijd betreft wordt door respondenten aangegeven dat de verbintenis langer dan drie jaar van kracht zou kunnen zijn, hoewel ZAS namelijk de kans zal moeten krijgen na de looptijd van de verbintenis om zich opnieuw te positioneren binnen een veranderde financieringscontext.

680. Met betrekking tot de **tweede verbintenis** wordt enerzijds gesteld dat de verhouding tussen de geconventioneerde en niet-geconventioneerde activiteit bewaakt moet worden met het oog op het garanderen van de toegankelijkheid van zorg. Anderzijds mogen de wachttijden tot het bekomen van een raadpleging niet onredelijk verlengd worden.

681. Wat de **derde verbintenis** betreft, zijn de respondenten van mening dat de verbintenis de geconstateerde mededingingsbezwaren op een afdoende manier remedieert, zolang de patiënt op een correcte manier wordt geïnformeerd in functie van de betrokken site. Over de duurtijd zijn er bedenkingen. De respondenten geven aan dat de verbintenis langer van kracht zou kunnen blijven om een sterke toename van kamersupplementen na drie jaar te vermijden. Daarnaast wordt echter eveneens aangegeven dat het niet wenselijk is om het nieuwe ziekenhuis vast te pinnen op de huidige tarieven gezien de razendsnelle evoluties binnen de sector.

682. Met betrekking tot de **vierde verbintenis** hebben de FOD Volksgezondheid en het Vlaamse Departement Zorg aangegeven dat hier een spanningsveld optreedt tussen [VERTROUWELIJK]. Zo wenst de financierende overheid net dat de ziekenhuizen zich minder als concurrenten gaan gedragen en meer gaan samenwerken op het vlak van het zorgaanbod. De netwerken werden in het leven

---

<sup>588</sup> Onderzoeksdossier, stukken II.1.E1; II.2.E2; II.3.E2; III.1.E6; III.2.G2; III.3.E2; IV.1.D3; IV.2.D2; IV.7.E6; V.2.D2; V.3.D2; V.5.E3; VI.6.D2.

geroepen om het zorgaanbod beter af te stemmen op de zorgbehoefte en de ziekenhuizen te verplichten om samen te werken. [VERTROUWELIJK].

683. Wat betreft de **vijfde verbintenis** zijn er geen opmerkingen. Dit is eveneens het geval voor de **zesde verbintenis**.

### **X.3 Beoordeling en conclusie van de auditeur**

#### **X.3.1 Principes**

684. De door de aanmeldende partijen aangeboden verbintenissen moeten de ernstige twijfels die er bestaan over de toelaatbaarheid van de Concentratie wegnemen. Daartoe moeten ze passend en effectief zijn. Een verbintenis is passend en effectief als zij de geconstateerde mededingingsbezwaren zonder twijfel en volledig wegneemt. Daarnaast moeten verbintenissen voldoende gedetailleerd zijn en in duidelijke en begrijpelijke bewoordingen zijn opgesteld. Tenslotte vergen gedragsverbintenissen tevens effectieve toezichtmechanismen om te garanderen dat het effect ervan niet beperkt of zelfs uitgeschakeld wordt door de partijen.

685. Indien de verbintenissen niet aan bovenstaande voorwaarden voldoen en de geïdentificeerde twijfels niet wegnemen, dient het Mededingingscollege conform artikel IV.66, §2 punt 3° WER te beslissen tot een procedure van bijkomend onderzoek.

686. De aangeboden verbintenissen hebben tot doel de geconstateerde mededingingsbezwaren te remediëren, zoals opgelijst in deel X.1.

#### **X.3.2 Analyse**

##### **X.3.2.a Verbintenis 1: bevrozing ereloonsupplementen (hospitalisaties)**

687. De eerste verbintenis kadert in een bezorgdheid omtrent horizontale unilaterale effecten en de mogelijke (i) harmonisatie van de effectieve ereloonsupplementen van ZNA met de niveaus van GZA; (ii) afschaffing van de lagere maximumtarieven van [VERTROUWELIJK]% voor ZNA en van [VERTROUWELIJK]% voor GZA gevolgd door een verhoging naar een uniek maximumpercentage van 200% aan ereloonsupplementen; en (iii) verdere toename van dit maximumpercentage van ereloonsupplementen boven de 200% na de Concentratie. Deze verbintenis kadert verder in een bezorgdheid omtrent horizontale gecoördineerde effecten en mogelijke coördinatie tussen de partijen en hun voornaamste concurrenten op het niveau van maximale ereloonsupplementen die worden toegepast op de lokale markt voor hospitalisaties.

688. De aanmeldende partijen verbinden er zich toe om het maximale ereloonsupplement van 200% te bevrozen. Voor ereloonsupplementen boven 150%, verbinden de aanmeldende partijen zich ertoe om deze aan de hoofdarts te melden en te voorzien in de opnameverklaring aan patiënten.

689. De duurtijd van de aangeboden verbintenis wordt vastgelegd op drie jaar vanaf de datum van de Beslissing.

690. De Mededeling van de Commissie betreffende de aanvaardbare corrigerende maatregelen stelt verder vast dat corrigerende gedragsmaatregelen *“alleen in uitzonderlijke omstandigheden worden geaccepteerd indien de werkbaarheid ervan volledig wordt gegarandeerd door effectieve*

*tenuitvoerlegging en effectief toezicht”*.<sup>589</sup> De auditeur is van oordeel dat de specifieke context van de ziekenhuissector in België zulke soort verbintenis rechtvaardigt. Gezien het regelgevende kader waarbij een maximumpercentage in enkel geval vast moet gelegd worden op de ereloonsupplementen, laat de bevroering van de maximale ereloonsupplementen om de unilaterale en gecoördineerde bezorgdheden weg te nemen zonder de vrijheid van de arts te beperken om zelfstandig het bedrag van zijn erelonen vast te leggen. Verder zal de patiënt op een afdoende manier geïnformeerd worden via de opnameverklaring zodra het maximale ereloonsupplement 150% bereikt.

691. De auditeur merkt verder op dat een duurtijd van drie jaar als proportioneel kan worden beschouwd om de concurrentie op maximale wijze te vrijwaren in het licht van de situatie post-concentratie en de voormelde mededingingsbezwaren te remediëren. Uit het onderzoek bleek verder dat de ereloonsupplementen momenteel bevroren zijn tot eind 2024<sup>590</sup> en dat een hervorming van de financiering van de ziekenhuizen te verwachten is in de komende jaren.<sup>591</sup>

692. Gelet op de aangeboden verbintenis, is de auditeur van oordeel dat deze verbintenis deze bezorgdheid op een passende wijze volledig en effectief wegneemt.

### **X.3.2.b Verbintenis 2: bevroering ereloonsupplementen (gespecialiseerde ambulante zorg)**

693. De tweede verbintenis kadert in een bezorgdheid omtrent horizontale unilaterale effecten en enerzijds het mogelijke toenemend gebruik van niet-geconventioneerde tarieven ten gevolge van een hogere niet-geconventioneerde activiteit), en anderzijds een verhoging van maximumtarieven ([VERTROUWELIJK]) voor ereloonsupplementen voor niet-geconventioneerde prestaties.

694. De aanmeldende partijen verbinden er zich toe om in de nieuwe financiële regeling voor ZAS een dwingende bepaling op te nemen dat voor elke medische discipline, op elke ZAS-site waar de medische discipline ambulante zorg wordt verricht, een voldoende mogelijkheid wordt voorzien voor ambulante zorg aan geconventioneerde tarieven. Verder verbinden de aanmeldende partijen zich ertoe om een maximum van 100% aan ereloonsupplementen te voorzien voor raadplegingen op afspraak.

695. De duurtijd van de aangeboden verbintenis wordt vastgelegd op drie jaar vanaf de datum van de Beslissing.

696. Zoals hierboven al werd aangekaart, stelt de Mededeling van de Commissie betreffende de aanvaardbare corrigerende maatregelen vast dat corrigerende gedragsmaatregelen *“alleen in uitzonderlijke omstandigheden worden geaccepteerd indien de werkbaarheid ervan volledig wordt gegarandeerd door effectieve tenuitvoerlegging en effectief toezicht”*.<sup>592</sup> De auditeur is van oordeel dat de specifieke context van de ziekenhuissector de aangeboden verbintenis in verband met ambulante zorg rechtvaardigt. Aangaande de toepassing van niet-geconventioneerde tarieven zijn er echter geen specifieke wettelijke verplichtingen opgelegd op ziekenhuizen, noch om ambulante zorg (of een bepaalde volume daarvan) aan geconventioneerde tarieven aan te bieden noch de maximumereloonsupplementen voor ambulante zorg in de algemene regeling te hernemen. Gezien het feit dat GZA al een maximale ereloonsupplement voor de Concentratie had ingewerkt in haar financiële

<sup>589</sup> Europese Commissie, *Mededeling van de Commissie betreffende op grond van Verordening (EG) nr. 139/2004 van de Raad en Verordening (EG) nr. 802/2004 van de Commissie aanvaardbare corrigerende maatregelen*, C 267/1, 22 oktober 2008, §17.

<sup>590</sup> *Supra*, §336.

<sup>591</sup> Antwoord van 24.05.2024 van de FOD Volksgezondheid op de markttest (II.2.E2).

<sup>592</sup> Europese Commissie, *Mededeling van de Commissie betreffende op grond van Verordening (EG) nr. 139/2004 van de Raad en Verordening (EG) nr. 802/2004 van de Commissie aanvaardbare corrigerende maatregelen*, C 267/1, 22 oktober 2008, §17.

regeling<sup>593</sup>, is de auditeur van mening dat deze verbintenis op een gepaste wijze de bezorgdheden volledig wegneemt en tegelijkertijd werkbaar blijft.

697. De auditeur is van oordeel dat de bevriezing van de maximale ereloonsupplementen voor de raadplegingen op afspraak samen met de voldoende mogelijkheid voor ambulante zorg aan geconventioneerde tarieven de bezorgdheid wegneemt zonder aan de vrijheid aan te raken van de arts om erelonen aan te rekenen.

698. De auditeur merkt verder op dat een duurtijd van drie jaar als proportioneel kan worden beschouwd om de concurrentie op maximale wijze te vrijwaren in het licht van de situatie post-concentratie en daarbij de voormelde mededingingsbezwaren te remediëren. Bovendien is de auditeur van mening dat zelfs na de afloop van de verbintenissen marktspelers er niets van weerhoudt om problemen te signaleren aan de BMA.

699. Gelet op de aangeboden verbintenis, is de auditeur van oordeel dat deze verbintenis deze bezorgdheid op een passende wijze volledig en effectief wegneemt.

### ***X.3.2.c Verbintenis 3: bevriezing kamersupplementen (hospitalisaties)***

700. De derde verbintenis kadert in een bezorgdheid omtrent horizontale unilaterale effecten en mogelijke harmonisatie van de kamersupplementen naar de huidige duurste kamersupplementen van GZA enerzijds en anderzijds de verdere stijging van de huidige kamersupplementen na de Concentratie.

701. De aanmeldende partijen verbinden er zich toe om de huidige kamersupplementen per type kamer en per site (ZNA of GZA) niet te verhogen.

702. De duurtijd van de aangeboden verbintenis wordt vastgelegd op drie jaar vanaf de datum van de Beslissing.

703. Zoals hierboven al werd aangekaart, stelt de Mededeling van de Commissie betreffende de aanvaardbare corrigerende maatregelen vast dat corrigerende gedragsmaatregelen *“alleen in uitzonderlijke omstandigheden worden geaccepteerd indien de werkbaarheid ervan volledig wordt gegarandeerd door effectieve tenuitvoerlegging en effectief toezicht”*. De auditeur is van oordeel dat de specifieke context van de ziekenhuissector de aangeboden verbintenis in verband met kamersupplementen rechtvaardigt. Aangaande de toepassing van kamersupplementen zijn er geen specifieke wettelijke verplichtingen opgelegd op ziekenhuizen die kamersupplementen en de evolutie daarvan omkadert. Door de aangeboden corrigerende maatregel verbinden de partijen zich dus op een uitzonderlijke en verre gaande wijze onder de toezicht van de bedrijfsrevisor en de Belgische mededingingsautoriteit.

704. De auditeur is van oordeel dat de bevriezing van de kamersupplementen per site de bezorgdheid wegneemt. Verder blijft deze verbintenis proportioneel dankzij het ingebouwde [VERTROUWELIJK].

705. De auditeur merkt verder op dat een duurtijd van drie jaar als proportioneel kan worden beschouwd om de concurrentie op maximale wijze te vrijwaren in het licht van de situatie post-concentratie en daarbij de voormelde mededingingsbezwaren te remediëren. Bovendien is de auditeur van mening dat

---

<sup>593</sup> *Supra* afdeling IX.2.2.c.

zelfs na de afloop van de verbintenissen marktspelers er niets van weerhoudt om problemen te signaleren aan de BMA.

706. Gelet op de aangeboden verbintenis, is de auditeur van oordeel dat deze verbintenis deze bezorgdheid op een passende wijze volledig en effectief wegneemt.

#### **X.3.2.d Verbintenis 4: [VERTROUWELIJK]**

707. De vierde verbintenis kadert in een bezorgdheid omtrent horizontale gecoördineerde effecten en mogelijke (versterking van) coördinatie in de lokale markt voor hospitalisaties met betrekking tot hogere kamer- en ereloon-supplementen in geval van hospitalisatie in een éénpersoonskamer. Een eerste reden hiertoe is dat Concentratie het aantal voornamelijk spelers op de lokale markt voor hospitalisaties zal doen afnemen. Ook zal de Concentratie de transparantie doen toenemen op zowel het niveau van het ZAS-netwerk als het niveau van de individuele ziekenhuizen.

708. De aanmeldende partijen verbinden er zich toe om [VERTROUWELIJK].

709. De duurtijd van de aangeboden verbintenis wordt vastgelegd op vijf jaar vanaf de datum van de Beslissing.

710. De auditeur is van oordeel dat [VERTROUWELIJK] de bezorgdheid van (verdere) coördinatie wegneemt. [VERTROUWELIJK].

<sup>594</sup> [VERTROUWELIJK] voor de komende vijf jaar blijkt derhalve proportioneel te zijn te aanzien van de bezorgdheid en niet in strijd te zijn met het huidige ziekenhuisbeleid.

#### **X.3.2.e Verbintenis 5: handleiding en opleiding mededingingsrecht**

711. De vijfde verbintenis kadert in een bezorgdheid omtrent horizontale gecoördineerde effecten en de mogelijke (versterking van) coördinatie in de lokale markt voor hospitalisaties met betrekking tot hogere kamer- en ereloon-supplementen in geval van hospitalisatie in een éénpersoonskamer.

712. De aanmeldende partijen verbinden er zich toe om na de Beslissing een handleiding Europees en Belgisch mededingingsrecht intern ter beschikking te stellen en hierover eveneens opleidingen te voorzien.

713. De markttest heeft geen opmerkingen opgeleverd omtrent deze verbintenis.

714. Gelet op de aangeboden verbintenis, is de auditeur van oordeel dat deze verbintenis deze bezorgdheid op een passende wijze volledig en effectief wegneemt.

---

<sup>594</sup> *Supra* §85.

### **X.3.2.f Verbintenis 6: monitoring**

715. Verbintenis 6 verbindt partijen ertoe een jaarlijks schriftelijk verslag in te dienen bij het auditoraat met betrekking tot de naleving van de verbintenissen, opgesteld door de bedrijfsrevisor van de nieuwe entiteit ZAS op basis van een vooraf overeengekomen methodologie.

716. De markttest heeft geen opmerkingen opgeleverd omtrent deze verbintenis.

717. De auditeur is van mening dat deze verbintenis passend en effectief is. Het toezicht van de bedrijfsrevisor kadert alle corrigerende maatregelen en zorgen voor hun effectiviteit dankzij zijn onafhankelijkheid ten aanzien van partijen. De bedrijfsrevisor dient ook op zijn beurt de naleving van de verbintenissen te rechtvaardigen voor de Belgische Mededingingsautoriteit. De auditeur benadrukt in dit opzicht dat het Mededingingscollege een boete kan opleggen op grond van artikel IV.52, §1, 8° WER, juncto artikel IV.80, §1 WER in geval van het niet-naleven van voorwaarden en verplichtingen verbonden aan de beslissing van toelaatbaarheid van het Mededingingscollege (art. IV.69, §1 WER). Het Mededingingscollege mag tevens de splitsing van de gegroepeerde ondernemingen of elke andere geëigende maatregel opleggen (art. IV.52, §1, 8° WER). Om die reden beoordeelt de auditeur dat deze verbintenis, samen met de andere verbintenissen ervoor zorgt dat de geconstateerde mededingingsbezwaren volledig worden weggenomen.

## **X.4 Conclusie van de auditeur aangaande de verbintenissen**

718. Gelet op het gevoerde onderzoek in deze zaak alsook de opmerkingen vanwege de markttest, is de auditeur van oordeel dat de door de aanmeldende partijen aangeboden verbintenissen de ernstige twijfels wegnemen die er bestaan bij de toelaatbaarheid van de Concentratie, zodat de concentratie toelaatbaar kan worden verklaard mits oplegging van de aangeboden verbintenissen.

## **X.5 Beoordeling en conclusie van het Mededingingscollege aangaande de verbintenissen**

719. Het College is van oordeel dat de aangeboden verbintenissen kaderen in de specifieke context van de sector die gekenmerkt is door een verstrekkend gereguleerd kader. Daarbij merkt het College op dat het concrete regelgevende kader wordt hervormd.

720. De aangeboden verbintenissen zijn geschikt, flexibel, verifieerbaar en van beperkte duur. Zij nemen de ernstige twijfels omtrent de significante belemmering van de mededinging en dus de mededingingsbezwaren weg. De naleving ervan kan ook worden nagegaan. Aldus vormen de voorgestelde verbintenissen een brug naar een mogelijk nieuw regelgevend kader terwijl ze tegelijkertijd de mogelijke nadelige gevolgen van huidige Concentratie op de mededinging op proportionele wijze dekken.

721. De **eerste verbintenis** is door partijen als volgt geformuleerd<sup>595</sup>:

“De Aanmeldende Partijen verbinden er zich toe om in de nieuwe Financiële Regeling voor ZAS het Huidige Maximaal Ereloonsupplement voor gehospitaliseerde patiënten die kiezen voor een eenpersoonskamer voor de hierna bepaalde periode te bevriezen, dit betekent concreet niet te verhogen boven 200%.

---

<sup>595</sup> Voorde gedefinieerde termen wordt verwezen naar Bijlage D.

Daarnaast verbinden de Aanmeldende Partijen zich ertoe om in de nieuwe Financiële Regeling voor ZAS nadrukkelijk te voorzien dat in principe een Ereloonsupplement kan worden aangerekend van 0%, 100%, 150% tot maximaal 200%.

Tot slot verbinden de Aanmeldende Partijen zich ertoe om in de nieuwe Financiële Regeling voor ZAS te voorzien dat enkel een Ereloonsupplement hoger dan 150% (en maximum tot 200%) kan worden aangerekend, na melding aan de Hoofdarts en indien dit voorzien is in de Opnameverklaring.

Aanmeldende partijen gaan Verbintenis 1 aan voor een periode van drie jaar die ingaat op de datum van de Beslissing.

Indien er na Closing nog geen nieuwe eengemaakte Financiële Regeling voor ZAS is of in werking is getreden, dan verbinden Aanmeldende Partijen zich ertoe om, bij een latere wijziging van de individuele Financiële Regelingen van ZNA en GZA die betrekking zou hebben op de Ereloonsupplementen voor (Dag)hospitalisatie of bij de totstandkoming en invoering van een nieuwe eengemaakte Financiële Regeling voor ZAS, bovenvermelde verbintenis na te leven en dit gedurende een periode van drie jaar die ingaat op de datum van de Beslissing.”

722. Inzake de eerste verbintenis sluit het College zich aan bij de conclusie van de auditeur dat ze, in samenhang met de andere verbintenissen, de bezorgdheid zowel inzake horizontale unilaterale effecten als de bezorgdheid inzake horizontale gecoördineerde effecten wegneemt. Door het bevriezen van de maxima inzake de ereloonsupplementen wordt het risico op een verhoging boven dit maximum gedurende drie jaar voorkomen en wordt tevens de ruimte voor een harmonisatie van de effectieve erelonen (aangerekend door de arts) ingeperkt. Terecht besteedt de auditeur geen bijzondere aandacht aan de vermelding van lagere supplementen in de nieuwe Financiële Regeling voor ZAS omdat de positieve impact van deze vermelding eerder beperkt zal zijn. Anderzijds creëren de melding aan de Hoofdarts en vooral ook de vermelding in de Opnameverklaring als een ereloonsupplement van meer dan 150% wordt gevraagd een stuk transparantie die kan bijdragen tot het wegnemen van hogervermelde bezorgdheden.

723. Belangrijk is wel dat het College de laatste paragraaf van de aangeboden verbintenis 1 aldus leest en deze dan ook op deze wijze dient toegepast te worden, dat zij in werking treedt met ingang van de datum van de Beslissing en ongeacht of er op dat ogenblik een nieuwe Financiële Regeling voor ZAS of een gewijzigde individuele Financiële Regeling voor ZNA en GZA voorhanden is.

724. De **tweede verbintenis** is door partijen als volgt geformuleerd:

“De Aanmeldende Partijen verbinden zich ertoe om in de nieuwe Financiële Regeling voor ZAS een dwingende bepaling op te nemen dat voor elke medische discipline, op elke ZAS-site waar de medische discipline Ambulante Zorg verricht, een voldoende mogelijkheid wordt voorzien voor Ambulante Zorg aan Verbintenisstarieven.

Daarnaast verbinden Aanmeldende Partijen zich ertoe om in de nieuwe Financiële Regeling voor ZAS op te nemen dat er een maximum aan Ereloonsupplementen van 100% wordt voorzien voor Raadplegingen op Afspraak.

Aanmeldende partijen gaan Verbintenis 2 aan voor een periode van drie jaar die ingaat op de datum van de Beslissing.

Indien er na Closing nog geen nieuwe eengemaakte Financiële Regeling voor ZAS is, dan verbinden Aanmeldende Partijen zich ertoe om bij een latere wijziging van de individuele Financiële Regelingen van ZNA en GZA die betrekking zou hebben op de Verbintenistarieven van toepassing op Ambulante Zorg en de Ereloonsupplementen voor Raadplegingen op Afspraak bovenvermelde verbintenis na te leven en dit gedurende een periode van drie jaar die ingaat op de datum van de Beslissing.”

725. Inzake de tweede verbintenis sluit het College zich aan bij de conclusie van de auditeur dat zij de bezorgdheid inzake horizontale unilaterale effecten wegneemt. De verplichting van partijen om “voldoende mogelijkheid” te voorzien voor ambulante zorg aan geconventioneerde tarieven in combinatie met de monitoring (6<sup>de</sup> verbintenis) laat toe om tegemoet te komen aan de bezorgdheid die naar aanleiding van de markttest werd geuit dat de wachttijden tot het bekomen van een raadpleging niet onredelijk zouden worden verlengd. Het College gaat ervan uit dat de rapportering in het kader van de 6<sup>de</sup> verbintenis tevens inhoudt dat op een objectief gestaafde wijze zal aangetoond worden op welke wijze de eerder ruime formulering inzake “een voldoende mogelijkheid” concreet werd ingevuld.

726. Wat de laatste paragraaf van de tweede verbintenis betreft, wordt verwezen naar wat gesteld wordt in randnr. 723 met betrekking tot de overeenstemmende laatste paragraaf in de eerste verbintenis en deze overwegingen gelden mutatis mutandis voor de tweede verbintenis.

727. De **derde verbintenis** is door partijen als volgt geformuleerd:

“De Aanmeldende Partijen verbinden zich ertoe de Huidige Maximale Kamersupplementen per type kamer zoals van toepassing per ZAS-campus te handhaven, dit betekent concreet niet te verhogen boven de hieronder vastgestelde Kamersupplementen (per dag):

<b>Kamersupplementen GZA-campusen</b>	
eenpersoonskamer	65 euro
eenpersoonskamer materniteit	80 euro
luxekamer materniteit	140 euro
<b>Kamersupplementen ZNA-campusen</b>	
eenpersoonskamer	65 euro
eenpersoonskamer in een dienst voor langdurig verblijf	50 euro
eenpersoonskamer in Paola Kinderziekenhuis	65 euro
luxekamer materniteit Middelheim	80 euro.

Eventuele verhogingen van deze Maximale Kamersupplementen kunnen wel gedurende de looptijd van de verbintenis doorgevoerd worden op basis van volgende parameters:

- [VERTROUWELIJK]; en/of
- [VERTROUWELIJK].

Aanmeldende partijen gaan Verbintenis 3 aan voor een periode van drie jaar die ingaat op de datum van de Beslissing.”

728. Inzake de derde verbintenis sluit het College zich aan bij de conclusie van de auditeur dat ze, in samenhang met de andere verbintenissen, de bezorgdheid zowel inzake horizontale unilaterale effecten als de bezorgdheid inzake horizontale gecoördineerde effecten wegneemt.

729. Het College is van oordeel dat de duur van de maatregelen opgenomen in de eerste, tweede en derde verbintenis (die drie jaar bestrijkt) proportioneel is: enerzijds worden de geïdentificeerde waarschijnlijke nadelige effecten van de Concentratie gedurende die periode geremedieerd en is deze periode langer dan de thans geldende standstill inzake ereloon-supplementen, en anderzijds houdt het College in dit kader rekening met het gegeven vermeld door de auditeur dat een aanpassing van de regelgeving inzake de financiering van ziekenhuizen in de komende jaren te verwachten is. Verder stipt het auditoraat terecht aan dat bij mogelijke restrictieve praktijken, al dan niet na verloop van de periode van drie jaar, een beroep kan gedaan worden op de BMA door zij die hiervan nadeel zouden ondervinden.

730. De **vierde verbintenis** is door partijen als volgt geformuleerd:

“[VERTROUWELIJK].”

731. Inzake de vierde verbintenis volgt het College de beoordeling van het auditoraat dat [VERTROUWELIJK] de huidige bezorgdheid van coördinatie verder wegneemt [VERTROUWELIJK].

De door partijen voorgestelde beperking van dit verbod tot een termijn van 5 jaar is proportioneel, in de mate dat partijen in de toekomst kunnen inspelen op het mogelijk gewijzigde reglementaire kader. In geval van wijziging van dit regelgevend kader kunnen zowel de aanmeldende partijen als de auditeur-generaal, indien nodig, verzoeken om een opheffing of wijziging van de verbintenis met inbegrip van de duur ervan, conform punt 3 van het dispositief van deze beslissing.

732. De **vijfde verbintenis** is door partijen als volgt geformuleerd:

“De Aanmeldende Partijen verbinden er zich toe [VERTROUWELIJK] na de Beslissing een handleiding aangaande de naleving van het Europees en Belgisch mededingingsrecht ter beschikking te stellen [VERTROUWELIJK].

[VERTROUWELIJK] na de Beslissing hieromtrent zullen Aanmeldende Partijen ook een opleiding voorzien

[VERTROUWELIJK]. [VERTROUWELIJK]”

733. Inzake de vijfde verbintenis, erkent het College, zoals hoger aangegeven, dat er een mogelijk spanningsveld zou kunnen gepercipieerd worden tussen de regelgeving inzake de zorgsector en het mededingingsrecht omdat de ziekenhuizen door de bestaande regelgeving worden aangemoedigd, zo niet verplicht, om met elkaar in overleg te treden en samen te werken. Het College volgt het auditoraat

dat een opleiding inzake Belgisch en Europees mededingingsrecht zeker nuttig effect zal hebben op de betrokken personen die bij dergelijk overleg betrokken zijn. Het is noodzakelijk dat de personen die deelnemen aan de vergaderingen en die samenwerkingsstructuren erover waken dat er geen concurrentieel gevoelige informatie wordt uitgewisseld, noch dat afspraken of gedragingen worden gesteld die de mededinging kunnen vervalsen op de activiteiten waar de ziekenhuizen op autonome wijze concurrentie kunnen voeren. In dat opzicht wordt de door partijen voorgestelde vijfde verbintenis positief door het College onthaald omdat een verhoogde bewustwording van de toepasselijke mededingingsregels kan bijdragen tot het vermijden van de horizontale gecoördineerde effecten waarvan sprake in deze Beslissing.

734. De **zesde verbintenis** is door partijen als volgt geformuleerd:

“Aanmeldende partijen zullen jaarlijks een schriftelijk verslag indienen bij het Auditoraat met betrekking tot de naleving van de verbintenissen 1 tot 5. De schriftelijk verslagen zullen worden opgesteld en geattesteerd door de bedrijfsrevisor van ZAS (het “Verslag”).

Het eerste schriftelijk Verslag zal worden ingediend in de laatste week van de twaalfde maand volgende op de kennisgeving van de Beslissing, waarna om de twaalf maanden een nieuw Verslag zal volgen zolang de Verbintenissen gelden.

Dit Verslag zal de volgende punten behandelen:

- Met betrekking tot Verbintenis 1: er zal geverifieerd worden of gedurende de looptijd van deze verbintenis aangaande de Ereloonsupplementen voor (Dag)hospitalisatie de verbintenis opgenomen in de Financiële Regeling voor ZAS (of in voorkomend geval bij een latere wijziging van de individuele Financiële Regelingen van ZNA en GZA) ongewijzigd is gebleven en dus de Ziekenhuisartsen nog steeds bindt en of de Ereloonsupplementen zoals gefactureerd aan de patiënten gedurende de looptijd van de verbintenis de maximum grens van 200% niet hebben overschreden. Dit zal gebeuren op basis van ingebouwde begrenzingen in de facturatiesoftware en interne controlelijsten en de attestering hiervan door de bedrijfsrevisor. Dit zal geattesteerd worden door de bedrijfsrevisor.
- Met betrekking tot Verbintenis 2: er zal geverifieerd worden of de verbintenis opgenomen in de Financiële Regeling voor ZAS (of in voorkomend geval bij een latere wijziging van de individuele Financiële Regelingen van ZNA en GZA) aangaande de Ambulante Zorg en Ereloonsupplementen voor Raadplegingen op Afspraak gedurende de looptijd van de verbintenis ongewijzigd is gebleven en dus de Ziekenhuisartsen nog steeds bindt. Dit zal geattesteerd worden door de bedrijfsrevisor.
- Met betrekking tot Verbintenis 3: er zal geverifieerd worden of de Maximale Kamersupplementen zoals gefactureerd aan de patiënten gedurende de looptijd van de verbintenis niet gewijzigd zijn [VERTROUWELIJK].

Dit zal gebeuren op basis van een overzicht van de geldende Kamersupplementen en toelichting van eventuele verhogingen op basis van de vastgestelde parameters en attestering hiervan door de bedrijfsrevisor.

- Met betrekking tot Verbintenis 4: [VERTROUWELIJK].

- Met betrekking tot Verbintenis 5: de bedrijfsrevisor zal verifiëren of [VERTROUWELIJK] een handleiding aangaande de naleving van het Europees en Belgisch mededingingsrecht ter beschikking is gesteld [VERTROUWELIJK] en er een opleiding is voorzien [VERTROUWELIJK].

In het eerste Verslag zal de bedrijfsrevisor bevestigen of Verbintenis 5 werd uitgevoerd.

735. Het College hecht veel belang aan voormelde rapportering ten einde te verzekeren dat de verbintenissen op een verifieerbare wijze het beoogde doel bereiken en het Auditoraat in de gelegenheid wordt gesteld om aan de hand van het Verslag alle nodige informatie te ontvangen om deze verificatie te kunnen verrichten. In het licht hiervan neemt het College aan dat de partijen de betrokken revisor tijdig in contact laten treden met het Auditoraat ten einde de inhoud van de bij toepassing van de zesde verbintenis af te leveren Verslagen nader te preciseren.

736. Mede gelet op het voorgaande, volgt het College de stelling van de auditeur dat de door de aanmeldende partijen aangeboden verbintenissen de ernstige twijfels wegnemen die er bestaan bij de toelaatbaarheid van de concentratie en is het College van oordeel dat de concentratie toelaatbaar kan worden verklaard mits oplegging van de aangeboden verbintenissen.

## **XI. Vertrouwelijkheid**

737. Hiervoor kan verwezen worden naar de vertrouwelijkheidsbeslissing van de auditeur.

## **XII. Voorstel tot beslissing**

738. De auditeur stelt het Mededingingscollege voor, bij toepassing van artikel IV.66, §1, 2° en §2, 1° WER de volgende beslissing te nemen:

- Dat de operatie aangemeld bij de BMA onder nr. MEDE-C/C-23/0037, binnen het toepassingsgebied valt van de regels van concentratietoezicht in het WER; en
- dat deze Concentratie toelaatbaar is onder voorwaarde dat de aanmeldende partijen de aangepaste verbintenissen nakomen die zij op 16 mei 2024 hebben aangeboden en die zich in bijlage bij het huidig gemotiveerde voorstel tot beslissing bevinden.

## **XIII. Beslissing**

Beslist het Mededingingscollege bij toepassing van artikel IV.66§1,2° en §2,1° WER:

1. dat de operatie aangemeld bij de BMA onder nr. MEDE-CC-23/0037, binnen het toepassingsgebied valt van de regels van concentratietoezicht in het WER;
2. dat deze concentratie toelaatbaar is onder voorwaarde dat de aanmeldende partijen de verbintenissen nakomen die zij op 16 mei 2024 hebben aangeboden en die zich in bijlage bij deze beslissing bevinden;
3. dat de aanmeldende partijen en de auditeur-generaal te allen tijde een verzoek kunnen richten tot het Mededingingscollege tot interpretatie of tot opheffing of wijziging van de verbintenissen. Wie een dergelijk verzoek wenst neer te leggen maakt dit zonder verwijl over aan de andere partij(en) (de auditeur-generaal dan wel de aanmeldende partij(en)). Wanneer het secretariaat een verzoek ontvangt maakt het dit over aan de leden van het Mededingingscollege. De andere partij(en) kan binnen een termijn van één week schriftelijk reageren op het verzoek. De voorzitter beslist of het College zal beslissen op stukken dan wel of de partijen eerst worden gehoord;
4. dat de auditeur-generaal zich ook tot het College kan richten wanneer hij oordeelt dat een verbintenis niet is nagekomen, en het College voorstellen de gepaste maatregelen te nemen. Het voorstel van de auditeur-generaal wordt behandeld volgens een procedure zoals bepaald in het Wetboek van economisch recht met betrekking tot inbreuken op het mededingingsrecht.

Aldus beslist op 1 juli 2024 door het Mededingingscollege samengesteld uit Axel Desmedt, Voorzitter van de Belgische Mededingingsautoriteit en van het Mededingingscollege, Isabelle Buelens en Frank Wijckmans, assessoren van de Belgische Mededingingsautoriteit.

Voor het Mededingingscollege,

Axel Desmedt

Voorzitter

## **Bijlagen**

- Bijlage A bij de Beslissing: Marktaandelen hospitalisaties
- Bijlage B bij de Beslissing: Marktaandelen gespecialiseerde ambulante zorg
- Bijlage C bij de Beslissing: Analyse van unilaterale effecten op kwaliteit op basis van de QRI-index
- Bijlage D bij de Beslissing: Vertrouwelijke versie van de aangeboden verbintenissen
- Bijlage E bij de Beslissing: Schriftelijke Opmerkingen van de aanmeldende partij

## Bijlage A Bij de Beslissing Marktaandelen - Hospitalisaties

Marktpositie van de partijen en hun concurrenten – Lokale analyse in aantal hospitalisaties – Zone GZA-ZNA en 2019 – 90% zorggebied

Ziekenhuis	Aantal hospitalisaties	Marktaandeel
GZA	[Vertrouwelijk]	[10-20]%
ZNA	[Vertrouwelijk]	[20-30]%
<b>Partijen</b>	<b>[Vertrouwelijk]</b>	<b>[40-50]%</b>
AZ Monica	[Vertrouwelijk]	[10%-15%]
UZA	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Klina	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Sint-Maarten	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Voorkempen	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Nikolaas	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Rivierenland	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
Heilig Hart Ziekenhuis Lier	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Herentals	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
UZ Leuven	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
Imelda Ziekenhuis	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Turnhout	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
Anderen	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
<b>Totaal</b>	<b>426.154</b>	<b>100%</b>

Opmerkingen: (i) De 90% zorggebied komt overeen met een reistijd van 25 minuten; (ii) de categorie "Anderen" omvat de ziekenhuizen die actief zijn op de markt voor hospitalisaties en die niet expliciet werden vermeld aangezien zij een marktaandeel hebben kleiner dan 1%.

Marktpositie van de partijen en hun concurrenten – Lokale analyse in aantal hospitalisaties – Marktpositie per service line – Zone GZA-ZNA en 2019 – 90% zorggebied

Beschrijving van de service line	Nummer van de service line	Grootte van 90% zorggebied (minuten)	Aantal zorg poliklinisch zorg	Marktaandeel GZA	Marktaandeel ZNA	Marktaandeel partijen	Marktaandeel AZ Klina	Marktaandeel AZ Monica	Marktaandeel UZA	Marktaandeel Anderen
Cardiac Surgery	269	29	1.318	-	[30-40]%	[30-40]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]	[30%-40%]
Cardiology	50	24	15.055	[10-20]%	[30-40]%	[40-50]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[20%-30%]
Cardiovascular Surgery	55	23	5.296	[10-20]%	[20-30]%	[30-40]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[30%-40%]
Dental	65	20	14.496	[10-20]%	[30-40]%	[40-50]%	[0%-10%]	[20%-30%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Dermatology	70	25	3.815	[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%	[0%-10%]	[10%-20%]	[0%-10%]	[30%-40%]
Diabetes	95	19	893	[20-30]%	[30-40]%	[50-60]%	[0%-10%]	[10%-20%]	[10%-20%]	[0%-10%]
Endocrinology	90	24	2.163	[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[20%-30%]
ENT Surgery	85	28	25.289	[10-20]%	[10-20]%	[20-30]%	[0%-10%]	[10%-20%]	[0%-10%]	[40%-50%]
Gastroenterology	125	20	28.149	[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	[0%-10%]	[10%-20%]	[0%-10%]	[20%-30%]
General Medicine	129	25	55.370	[20-30]%	[10-20]%	[30-40]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[30%-40%]
General Surgery	132	25	35.602	[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[30%-40%]
Gynecological Surg	135	25	5.759	[30-40]%	[10-20]%	[40-50]%	[10%-20%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[30%-40%]
Gynecology	137	25	1.642	[30-40]%	[10-20]%	[50-60]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]
Hematology	145	23	4.129	[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]	[20%-30%]
HIV	170	25	122	[0-10]%	[20-30]%	[20-30]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[60%-70%]	[0%-10%]
Infectious Disease	165	20	3.699	[20-30]%	[30-40]%	[50-60]%	[0%-10%]	[10%-20%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Interventional Cardiology	40	28	7.275	[0-10]%	[30-40]%	[40-50]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[30%-40%]
MMM	MMM	25	833	[20-30]%	[10-20]%	[40-50]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]	[20%-30%]
Myocardial Infarction	45	24	685	[10-20]%	[10-20]%	[30-40]%	[10%-20%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[30%-40%]
Neonatology	245	24	699	[40-50]%	[20-30]%	[70-80]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[10%-20%]
Nephrology	250	20	4.503	[10-20]%	[30-40]%	[50-60]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[10%-20%]
Neurological Surgery	252	25	5.191	[10-20]%	[10-20]%	[30-40]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[30%-40%]
Neurology	255	22	9.410	[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[10%-20%]
Obstetrics/Delivery	262	24	13.456	[30-40]%	[20-30]%	[50-60]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]
Oncology	267	24	57.255	[10-20]%	[20-30]%	[30-40]%	[10%-20%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[30%-40%]
Ophthalmologic Surgery	271	32	24.427	[0-10]%	[10-20]%	[20-30]%	[0%-10%]	[10%-20%]	[0%-10%]	[40%-50%]
Ophthalmology	272	30	741	[0-10]%	[10-20]%	[20-30]%	[0%-10%]	[10%-20%]	[10%-20%]	[40%-50%]
Orthopedic Surgery	274	25	40.362	[10-20]%	[20-30]%	[30-40]%	[0%-10%]	[10%-20%]	[0%-10%]	[30%-40%]
Orthopedics	276	20	2.925	[20-30]%	[30-40]%	[50-60]%	[10%-20%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Other Obstetrics	280	25	3.460	[30-40]%	[20-30]%	[50-60]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]
Otolaryngology	283	21	7.666	[10-20]%	[10-20]%	[30-40]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]	[10%-20%]
Pneumology	296	20	9.091	[20-30]%	[20-30]%	[50-60]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Psychiatry	293	24	1.754	[20-30]%	[10-20]%	[40-50]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[30%-40%]
Rehabilitation	325	20	1.078	-	[60-70]%	[60-70]%	[20%-30%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]
Rheumatology	330	24	2.364	[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[30%-40%]
Substance Abuse	294	20	1.084	[20-30]%	[30-40]%	[60-70]%	[0%-10%]	[10%-20%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Thoracic Surgery	133	23	842	[20-30]%	[20-30]%	[50-60]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[20%-30%]
Transplant Surgery	370	33	204	[10-20]%	[10-20]%	[20-30]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]	[40%-50%]
Urological Surgery	387	24	6.950	[10-20]%	[20-30]%	[30-40]%	[10%-20%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[30%-40%]
Urology	390	28	9.791	[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[30%-40%]
UUU	UUU	116	157	-	-	-	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[90%-100%]

Opmerkingen: (i) De aanwezigheid van een "-" in de kolommen met marktaandelen betekent dat het marktaandeel nul is door de afwezigheid van hospitalisaties voor de aanmeldende partij(en); (ii) de categorie "Anderen" omvat instellingen die actief zijn op de markt voor hospitalisaties en die niet expliciet in de tabel zijn opgenomen; (iii) de service lines "MMM" en "UUU" komen niet overeen met specifieke service lines, maar met speciale APR-DRG's gebruikt door de FOD Volksgezondheid, waarbij de speciale code "MMM" bijvoorbeeld verwijst naar de verstrekking van zorg voor een specialisme met een minivaste vergoeding of zonder vaste vergoeding, maar waarvoor geen codering van een bepaald specialisme vereist is.

## Bijlage B bij de Beslissing: Marktaandelen - Gespecialiseerde Ambulante Zorg

Marktpositie van de partijen en hun concurrenten – Lokale analyse naar aantal gespecialiseerde ambulante zorg – Zone GZA-ZNA en 2019 – 90% zorggebied

Instelling voor gespecialiseerde ambulante zorg	Aantal ambulante zorgdiensten	Marktaandeel
GZA	[Vertrouwelijk]	[10-20]%
ZNA	[Vertrouwelijk]	[20-30]%
<b>Partijen</b>	<b>[Vertrouwelijk]</b>	<b>[30-40]%</b>
Andere instellingen (buiten ziekenhuizen)	[Vertrouwelijk]	[30%-40%]
UZA	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Klina	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Monica	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Voorkempen	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
AZ Rivierenland	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
Heilig Hart Ziekenhuis Lier	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
Anderen	[Vertrouwelijk]	[0%-10%]
<b>Totaal</b>	<b>5.181.118</b>	<b>100%</b>

*Opmerkingen: (i) De 90% zorggebied komt overeen met een reistijd van 22 minuten; (ii) de categorie "Andere instellingen (buiten ziekenhuizen)" omvat aanbieders van gespecialiseerde ambulante zorg buiten ziekenhuizen; (iii) de categorie "Anderen" omvat instellingen die actief zijn op de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg en die niet expliciet werden vermeld aangezien zij een marktaandeel hebben kleiner dan 1%.*

Marktpositie van de partijen en hun concurrenten – Lokale analyse naar aantal gespecialiseerde ambulante zorg – Marktpositie per specialisatie – Zone GZA-ZNA en 2019 – 90% zorggebied

Specialisatie	Grootte van 90% zorggebied (minuten)	Aantal ambulante zorgdiensten	Marktaandeel GZA	Marktaandeel ZNA	Marktaandeel partijen	Marktaandeel Andere instellingen (buiten ziekenhuizen)	Marktaandeel AZ Klina	Marktaandeel AZ Monica	Marktaandeel UZA	Marktaandeel Anderen
Acute en urgentie-geneeskunde	20	115.438	[30-40]%	[20-30]%	[50-60]%	[0%-10%]	[10%-20%]	[10%-20%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Anesthesie-reanimatie	21	372.939	[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%	[0%-10%]	[10%-20%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[0%-10%]
Cardiologie	21	206.751	[0-10]%	[10-20]%	[20-30]%	[40%-50%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[0%-10%]
Dermato-venereologie	17	142.105	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%	[80%-90%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]
Endocrino-diabetologie	20	70.866	[10-20]%	[20-30]%	[30-40]%	[40%-50%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[0%-10%]
Fysische geneeskunde	22	303.282	[20-30]%	[10-20]%	[40-50]%	[20%-30%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Gastroenterologie	20	166.525	[10-20]%	[20-30]%	[30-40]%	[30%-40%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Geriatric	19	227.805	[10-20]%	[40-50]%	[60-70]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Gynaecologie en verloskunde	21	347.482	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[70%-80%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]
Heelkunde	24	304.513	[0-10]%	[30-40]%	[30-40]%	[20%-30%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Hematologie	25	68.250	[20-30]%	[10-20]%	[40-50]%	[10%-20%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[10%-20%]
Inwendige en nucleaire geneeskunde	169	38.143	-	-	-	[60%-70%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[30%-40%]
Inwendige geneeskunde	24	240.221	[0-10]%	[30-40]%	[30-40]%	[10%-20%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]	[10%-20%]
kindergeneeskunde	21	288.513	[10-20]%	[10-20]%	[30-40]%	[40%-50%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]
Klinische biologie	24	72.991	-	[0-10]%	[0-10]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[90%-100%]	[0%-10%]	[0%-10%]
Klinische biologie en nucleaire	25	1.427	[10-20]%	[10-20]%	[30-40]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[50%-60%]
Klinische biologie en pathologische anatomie	169	254	-	-	-	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[90%-100%]
Klinische genetica	169	1	-	-	-	[90%-100%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]
Medische oncologie	25	155.787	[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	[0%-10%]	[10%-20%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[20%-30%]
Neurochirurgie	29	85.568	[0-10]%	[10-20]%	[10-20]%	[40%-50%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]
Neurologie	20	137.403	[0-10]%	[20-30]%	[30-40]%	[20%-30%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Neuropsychiatrie	169	85.824	-	-	-	[60%-70%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]
Nucleaire geneeskunde	29	38.696	[10-20]%	[0-10]%	[10-20]%	[20%-30%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[50%-60%]
Nucleaire radiotherapie	13	494	-	[60-70]%	[60-70]%	[20%-30%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]
Oftalmologische chirurgie	25	384.655	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[70%-80%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]
Orthopedische heelkunde	20	306.727	[0-10]%	[10-20]%	[20-30]%	[50%-60%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]
Othorhinolaryngologie	21	141.207	[0-10]%	[10-20]%	[10-20]%	[70%-80%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]
Pathologische anatomie	25	10.419	[10-20]%	[20-30]%	[30-40]%	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[30%-40%]
Pediatische neurologie	24	14.962	[10-20]%	-	[10-20]%	[40%-50%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]	[10%-20%]
Plastische chirurgie	24	30.221	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%	[70%-80%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Pneumologie	20	123.724	[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	[20%-30%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]	[0%-10%]
Psychiatrie	27	345.085	[0-10]%	[20-30]%	[30-40]%	[40%-50%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Radiotherapie	29	44.451	[20-30]%	[0-10]%	[30-40]%	[20%-30%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[20%-30%]
Reumatologie	26	63.887	[0-10]%	[10-20]%	[10-20]%	[50%-60%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Reumatologie en fysische geneeskunde	169	7.580	-	-	-	[50%-60%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[40%-50%]
Röntgendiagnose	22	364.141	[10-20]%	[20-30]%	[40-50]%	[10%-20%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[10%-20%]
Specialisten stagiairs	21	3.159	[10-20]%	[0-10]%	[20-30]%	[40%-50%]	[20%-30%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]
Stomatologen	21	46.314	[0-10]%	[10-20]%	[10-20]%	[70%-80%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]
Tandartsen	169	82	-	-	-	[90%-100%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]
Urologie	20	98.298	[0-10]%	[10-20]%	[20-30]%	[50%-60%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]	[0%-10%]

Opmerkingen: (i) De aanwezigheid van een “-” in de kolommen met marktaandelen betekent dat het marktaandeel nul is door de afwezigheid van gespecialiseerde ambulante zorg voor de aanmeldende partij(en) en/of hun concurrent(en); (ii) de categorie “Andere instellingen (buiten ziekenhuizen)” omvat ambulante zorg door artsen buiten ziekenhuizen; (iii) de categorie “Anderen” omvat andere aanbieders die actief zijn op de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg dan die welke al expliciet in de tabel zijn opgenomen.

## Bijlage C bij de beslissing

### Analyse van unilaterale effecten op kwaliteit op basis van de QRI-index

#### I. Introductie

1. Zoals besproken in deel VII van het Gemotiveerd Voorstel van Beslissing, heeft het auditoraat een kwantitatieve analyse uitgevoerd om de mogelijke unilaterale effecten op de kwaliteit van het zorgaanbod van partijen te beoordelen, als gevolg van het wegvallen van horizontale concurrentiedruk tussen de partijen na de fusie. In deze bijlage worden de details van deze analyse uiteengezet.

2. De kwantitatieve beoordeling van het auditoraat is gebaseerd op een uitbreiding van de traditionele instrumenten voor het inschatten van mogelijke prijsverhogende effecten ten gevolge van horizontale fusies — waaronder (maar zijn niet beperkt tot) de “Upward Pricing Pressure”<sup>1</sup> (hierna “UPP”) index, de “Gross Upward Pricing Pressure Index”<sup>2</sup> (hierna “GUPPI”) en de “Compensating Marginal Cost Reductions”<sup>3</sup> (hierna “CMCR”) index. Deze maatstaven worden in toenemende mate door mededingingsautoriteiten gebruikt om mogelijke unilaterale prijseffecten na een fusie te evalueren, d.w.z. de prikkel van de partijen om de *prijzen* te verhogen die voortvloeien uit het wegvallen van horizontale concurrentiedruk tussen de fuserende ondernemingen.<sup>4</sup>

3. Zoals uiteengezet in deel VII van het Gemotiveerd Voorstel van Beslissing speelt de concurrentie op de markt voor hospitalisaties en op de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg onder meer op de *kwaliteit* van het zorgaanbod. Ter beoordeling van het effect van de Concentratie op kwaliteit, voor de aspecten waarbij prijs sterk gereguleerd is, is een aanpassing van deze instrumenten nodig.

4. Deze aanpassing bestaat uit het afleiden van een “Quality Reduction Incentive” (hierna “QRI”) index. Deze index is conceptueel gelijkaardig aan de CMCR-index en vertegenwoordigt de minimale marginale kostenreductie die vereist is opdat partijen geen prikkel hebben om de kwaliteit post-fusie te verminderen. Op deze manier kwantificeert de index het risico dat de partijen de kwaliteit van hun zorgdiensten na de fusie verminderen als gevolg van de vermindering van de onderlinge concurrentiedruk, in vergelijking met een contrafeitelijke situatie zonder de fusie.

5. De QRI-index is gebaseerd op twee belangrijke principes.

- Ten eerste vermindert een horizontale fusie de concurrentiedruk tussen de partijen indien hun zorgaanbod relatief substitueerbaar is.<sup>5</sup> Een vermindering van de

---

<sup>1</sup> Farrell, J., & Shapiro, C. (2010). Antitrust evaluation of horizontal mergers: An economic alternative to market definition. *The BE Journal of Theoretical Economics*, 10(1), 0000102202193517041563.

<sup>2</sup> Salop, S. C., & Moresi, S. (2009). Updating the merger guidelines: Comments. *Georgetown Law Journal*.

<sup>3</sup> Werden, G. J. (1996). A robust test for consumer welfare enhancing mergers among sellers of differentiated products. *Journal of Industrial Economics*, 409-413.

<sup>4</sup> Zie ook Oldale, A., & Padilla, J. (2013). EU merger assessment of upward pricing pressure: Making sense of UPP, GUPPI, and the like. *Journal of European Competition Law & Practice*, 4(4), 375-381 ; et Valletti, T., & Zenger, H. (2021). Mergers with differentiated products: Where do we stand?. *Review of Industrial Organization*, 58, 179-212.

<sup>5</sup> Europese Commissie, *richtsnoeren horizontale fusies*, 2004/C 31/03, §28-30.

concurrentiedruk tussen de partijen – bijvoorbeeld als gevolg van een fusie – zou er dus toe kunnen leiden dat de partijen de kwaliteit van hun zorg verminderen.

- Ten tweede kan er van worden uitgegaan dat de kosten voor de partijen kleiner zijn naarmate de kwaliteit van de door hen verleende diensten kleiner is. Bovendien geldt dat – onder gelijkblijvende omstandigheden – hoe lager de marginale kosten zijn voor de productie van een product of dienst van hoge kwaliteit, hoe groter de prikkel is om een product of dienst van hoge kwaliteit te produceren.

6. De QRI-index berekent de minimale kostenverlagende efficiëntiewinsten die ten gevolge van een fusie vereist zijn voor de partijen om geen prikkel te hebben om de aangeboden kwaliteit na de fusie te verlagen, als gevolg van het wegvallen van horizontale concurrentiedruk tussen hen. Dit hangt van twee dingen af.

- Verschuivingsratio's als maatstaf voor de naastheid van concurrentie tussen de partijen. In het geval van een verslechtering van de kwaliteit van de door een van de partijen aangeboden zorg, geldt dat hoe sterker de substitueerbaarheid is tussen de partijen, des te groter het aandeel van verloren patiënten is die de andere partij binnen de nieuwe fusieonderneming zal kunnen recupereren. De omvang van de substitueerbaarheid die door een van de partijen bij de fusie op de andere partij wordt uitgeoefend, kan worden gemeten aan de hand van de “verschuivingsratio” (in het Engels “diversion ratio”) van de tweede naar de eerste partij en vice versa. Hoe hoger deze verschuivingsratio's, hoe groter het risico op een negatief unilateraal effect op de aangeboden kwaliteit.
- De marges van prijs boven marginale kost van partijen. Ook de door de partijen behaalde marges zijn van invloed op het risico dat de partijen de kwaliteit van hun zorgaanbod na de fusie verminderen. In het geval van een kwaliteitsdaling bij een van de partijen, en rekening houdend met de naastheid van concurrentie tussen de partijen, zal de winstderving bij de partij die ten gevolge van de kwaliteitsdaling patiënten verliest sterker worden gecompenseerd door de winstverhoging van de andere partij [die (een deel van) de verloren patiënten aantrekt], naarmate de marge van deze laatste partij groter is. De door de aanmeldende partijen behaalde marges kunnen worden berekend op basis van inkomsten en variabele kosten. Hoe hoger deze marges zijn, des te groter is het risico op een negatief unilateraal effect op de aangeboden kwaliteit.

7. De QRI-index in het Gemotiveerd Voorstel van Beslissing en in deze bijlage geeft de interactie weer tussen de naastheid van concurrentie tussen partijen en de behaalde marges, en maakt aan de hand hiervan een inschatting van mogelijke niet-gecoördineerde effecten ten gevolge van de fusie op kwaliteit. De analyse moet niet worden beschouwd als een exacte inschatting van het werkelijke effect op de kwaliteit na de Concentratie, maar als een informatieve indicator over de waarschijnlijkheid van aanzienlijke niet-gecoördineerde kwaliteitsverminderingen ten gevolge van de voorliggende Concentratie.

8. Deze bijlage is als volgt opgebouwd. In deel II wordt het theoretische kader geïntroduceerd. In deel III worden de formules van de QRI-index weergegeven. In deel IV wordt uitgelegd hoe elk onderdeel

van de QRI wordt geschat aan de hand van de beschikbare data. Tot slot worden in deel V enkele robuustheidscontroles besproken.

## II. Theoretisch kader

### II.1 Introductie

9. Het uitgangspunt van de analyse is een theoretisch model waarbij de vraag afhankelijk is van prijzen, kwaliteit en mogelijk andere exogene factoren. Ondernemingen (i.e. ziekenhuizen in de voorliggende zaak) bieden een goed of dienst aan en verkopen het tegen een gereguleerde prijs. De QRI-index is gebaseerd op een economisch theoretisch model waarbij (i) de prijzen worden gereguleerd;<sup>6</sup> en (ii) een hypothetische fusie tussen twee ondernemingen plaatsvindt.

10. In deze context is kwaliteit de strategische variabele voor de ondernemingen. Een goed of dienst van een hogere kwaliteit trekt vraag aan en verhoogt de inkomsten. Verhoogde kwaliteit aanbieden verhoogt echter ook de kosten. Bedrijven stellen dus de kwaliteit van hun product of dienst vast om hun winst te maximaliseren.

### II.2 Structuur en veronderstellingen

11. Zonder verlies van algemeenheid, worden twee ondernemingen, partij  $i$  en partij  $j$ , verondersteld te fuseren.

12. Aan de vraagzijde, staat  $y_i(p, q_i, q_j, Q, X)$  voor de vraag waarmee partij  $i$  wordt geconfronteerd.  $p$  staat voor de gereguleerde prijs,  $q_i$  staat voor het kwaliteitsniveau van partij  $i$ ,  $q_j$  staat voor het kwaliteitsniveau van partij  $j$ ,  $Q$  is een vector met de kwaliteitsniveaus van andere ondernemingen die op de markt actief zijn, en  $X$  is een vector van andere vraagfactoren die door ondernemingen als exogeen gegeven worden beschouwd. Er wordt vanuit gegaan dat de consument een voorkeur heeft voor kwaliteit, zodat de eerste afgeleide van  $y_i$  naar kwaliteit  $q_i$  strikt positief is en de tweede afgeleide naar  $q_i$  negatief is. Hetzelfde geldt voor de vraagfunctie van partij  $j$ .

13. Aan de aanbodzijde wordt ervan uitgegaan dat de marginale kost die partij  $i$  maakt om het goed of de dienst aan kwaliteit  $q_i$  aan te bieden,  $c_i(q_i)$ , een strikt toenemende en strikt convexe functie is. Hetzelfde geldt voor partij  $j$ .

14. Voor de fusie selecteert partij  $i$  haar kwaliteitsniveau  $q_i$  om haar winst te maximaliseren:

$$\pi_i = (p - c_i(q_i)) \times y_i(p, q_i, q_j, Q, X) \quad (1)$$

15. Symmetrisch, partij  $j$  selecteert pre-fusie  $q_j$  om haar winst te maximaliseren:

$$\pi_j = (p - c_j(q_j)) \times y_j(p, q_i, q_j, Q, X) \quad (2)$$

16. Na de fusie selecteren de partijen  $q_i$  en  $q_j$  om hun gezamenlijke winst te maximaliseren:

$$\pi_i + \pi_j = (p - c_i(q_i)) \times y_i(p, q_i, q_j, Q, X) + (p - c_j(q_j)) \times y_j(p, q_i, q_j, Q, X) \quad (3)$$

---

<sup>6</sup> De gereguleerde prijs wordt geacht (i) gelijk te zijn voor alle ondernemingen; en (ii) constant te zijn pre- en post-fusie.

### **III. QRI-indexformules**

#### **III.1 Introductie**

17. In dit kader, door de eerste-orde condities van vergelijkingen (1), (2) en (3) af te leiden naar  $q_i$  en  $q_j$  en te herschrijven is het mogelijk om de QRI-index te berekenen, d.w.z. de minimale kostenverlagende efficiëntiewinsten (i.e. procentuele daling in marginale kosten) die de fusie dient teweeg te brengen, die voor elke partij vereist is om na de fusie geen prikkel te hebben om de kwaliteit te verminderen, als gevolg van het wegvallen van horizontale concurrentiedruk tussen de partijen.

18. Twee varianten van de QRI-index kunnen worden afgeleid — met of zonder de strategische interacties tussen de partijen.

#### **III.2 QRI-index die strategische interacties tussen de partijen negeert**

19. Afgezien van strategische interacties tussen de partijen kan worden aangetoond dat de QRI-index voor partij  $i$  wordt gegeven door:

$$QRI_i = \frac{p - c_j}{p} DR_{ij} \quad (4)$$

waarbij  $c_j$  de marginale kosten weergeeft bij partij  $j$  bij het evenwicht voor de fusie en  $DR_{ij} = -\frac{\partial y_j}{\partial q_i} / \frac{\partial y_i}{\partial q_i}$  de verschuivingsratio weergeeft van partij  $i$  naar partij  $j$  bij het evenwicht voor de fusie.

20. De QRI-index voor partij  $j$  is analoog.

21. Hoe groter de naastheid van concurrentie tussen de partijen (i.e. hoe hoger de verschuivingsratio's), hoe groter de stimulans voor de partij in kwestie om de kwaliteit van haar zorgaanbod na de fusie te verlagen en hoe hoger haar QRI-index. Evenzo, hoe hoger de marges die door een van de partijen worden behaald, hoe groter de stimulans voor de andere partij om de kwaliteit van haar zorgaanbod na de fusie te verlagen en hoe hoger haar QRI-index.

#### **III.3 QRI-index met strategische interacties tussen de partijen**

22. Rekening houdend met de strategische interacties tussen de partijen, wordt de QRI-index voor partij  $i$ :

$$QRI_i = \frac{p - c_j}{p - DR_{ij}DR_{ji}c_i} DR_{ij} + \frac{p - c_i}{p - DR_{ij}DR_{ji}c_i} DR_{ij}DR_{ji} \quad (5)$$

23. De QRI-index voor partij  $j$  is analoog.

24. Vergelijking (5) is een uitbreiding van vergelijking (4). Zoals hierboven uiteengezet, verlicht de fusie de concurrentiedruk tussen de partijen. Elke partij internaliseert het feit dat een deel van de patiënten die verloren kunnen gaan als gevolg van een afname van de kwaliteit van haar zorg, naar de andere partij overschakelt. Een dergelijke overlap stimuleert elke partij om de kwaliteit van haar zorg na de fusie te verminderen. Dit is precies wat vergelijking (4) ondervangt.

25. Daarnaast kan elke partij anticiperen dat de andere partij ook in de verleiding zal komen om de kwaliteit van haar zorg na de fusie te verminderen. In dat geval zal elk van beide partijen een sterkere prikkel hebben om de kwaliteit van haar zorg te verminderen, aangezien de daling van het aantal patiënten als gevolg van een vermindering van de kwaliteit van haar zorg minder groot zal zijn in

vergelijking met de situatie voor de fusie. Dit is precies waar vergelijking (5) rekening mee houdt bovenop het mechanisme dat hierboven wordt beschreven.

### **III.4 De QRI-index herschrijven als functie van incrementele marges**

26. Voor wat volgt, is het vermeldenswaard dat de formules van de QRI-index kunnen worden herschikt om ze uit te drukken in termen van marges — in plaats van in prijzen en marginale kosten.

27. Laat  $m_i = \frac{p-c_i}{p}$  de marge bij partij  $i$  zijn bij het evenwicht voor de fusie  $m_j = \frac{p-c_j}{p}$  de marge van partij  $j$  zijn bij het evenwicht voor de fusie. Dan kan worden aangetoond dat vergelijking (4) is:

$$QRI_i = m_j DR_{ij}$$

28. en vergelijking (5) is:

$$QRI_i = \frac{m_j}{1 - DR_{ij}DR_{ji}(1 - m_i)} DR_{ij} + \frac{m_i}{1 - DR_{ij}DR_{ji}(1 - m_i)} DR_{ij}DR_{ji}$$

## **IV. Schatting van de QRI-index**

### **IV.1 Introductie**

29. Het auditoraat heeft de QRI-index berekend voor elk van de partijen die betrokken zijn bij de voorliggende transactie, afzonderlijk voor de lokale markt voor hospitalisaties en voor de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg — beiden betrokken markten (zie delen VI en VII van het Gemotiveerd Voorstel van Beslissing).

30. Voorts heeft het auditoraat ook de QRI-index voor elk van de partijen berekend voor een subset van service lines en specialisaties indien er (i) een overlapping tussen de partijen werd vastgesteld; (ii) een relatief hoog gecombineerd marktaandeel voor de partijen werd vastgesteld; en (iii) aanzienlijk lagere marktaandelen voor concurrenten werden vastgesteld (zie deel VII van het Gemotiveerd Voorstel van Beslissing).

31. Voor hospitalisaties zijn de betreffende service lines:

- gynecology;
- nephrology;
- neonatology;
- orthopedics;
- other obstetrics;
- substance abuse;
- thoracic surgery; en
- obstetrics/delivery.

32. Voor gespecialiseerde ambulante zorg is geriatrie de enige specialisatie in kwestie.

33. De rest van deze deel geeft aan hoe de marges enerzijds en de verschuivingsratio's anderzijds door het auditoraat zijn geschat.

## **IV.2 Marges**

### **IV.2.1 Data**

34. De marges voor de lokale markt voor hospitalisaties en de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg zijn rechtstreeks door de partijen verstrekt, op basis van hun variabele inkomsten en variabele kosten.

35. De marges voor de acht specifieke service lines en de bovengenoemde specifieke specialisatie zijn ook rechtstreeks door de partijen verstrekt op basis van hun variabele inkomsten en variabele kosten.

### **IV.2.2 Beperkingen**

36. Het auditoraat merkt op dat de door de partijen voor elke service line en specialisatie meegedeelde margegegevens niet in het kader van hun normale bedrijfsuitoefening worden opgesteld, maar met hun beste begrip overeenstemmen.

37. De partijen leggen verder uit dat deze cijfers nuttig zijn om te beoordelen of sommige activiteiten winstgeverder zijn dan andere.<sup>7</sup>

## **IV.3 Verschuivingsratio's**

### **IV.3.1 Introductie**

38. De verschuivingsratio's voor de lokale markt voor hospitalisaties en de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg worden door het auditoraat geschat, alsook deze voor de acht specifieke service lines en de hierboven genoemde specifieke specialisatie.

39. De berekeningen van het auditoraat zijn gebaseerd op de economische literatuur en maken gebruik van de gegevens die reeds voor de analyse van het marktaandeelanalyse zijn gebruikt en die in deel VI van de beschikking worden besproken.

### **IV.3.2 Economische literatuur en veronderstellingen**

40. De literatuur suggereert dat verschuivingsratio's kunnen worden ingeschat op basis van marktaandelen indien de assumptie van "Onafhankelijkheid van Irrelevante Alternatieven" (hierna "IIA") geldt,<sup>8</sup> d.w.z. als men kan aannemen dat bij de keuze tussen ziekenhuis A en ziekenhuis B, de voorkeuren van patiënten voor ziekenhuis C geen invloed zal hebben op hun keuze tussen ziekenhuis A en ziekenhuis B.

41. Het auditoraat merkt op dat de geldigheid van deze hypothese in de ziekenhuissector is gedocumenteerd in verschillende academische artikelen.<sup>9</sup> Er dient te worden opgemerkt geen van deze artikelen de geldigheid van deze veronderstelling in het specifieke geval van België toetst, maar

---

<sup>7</sup> Zie antwoord van de partijen op VOI nr. 5 van 12 februari 2024, vragen 3, 4, 8 en 9.

<sup>8</sup> Zie Moresi, S., & Zenger, H. (2018). Recapture ratios in merger analysis. *Economics Letters*, 170, 136-138 ; en Moresi, S., & Zenger, H. (2017). Aggregate diversion and market elasticity. *Mimeo*. Bij gebrek aan voldoende gegevens om de "recapture" ratio's te schatten, neemt het auditoraat recapture ratio's aan van 100%, d.w.z. er wordt verondersteld dat verschuiving buiten elke markt nul is. Het auditoraat merkt op dat een dergelijke hypothese mogelijks de unilaterale effecten na de fusie zou kunnen overschatten.

<sup>9</sup> Zie Gutacker, N., Siciliani, L., Moscelli, G., & Gravelle, H. (2016). Choice of hospital: Which type of quality matters?. *Journal of Health Economics*, 50, 230-246 ; et Smith, H., Currie, C., Chaiwuttisak, P., & Kyprianou, A. (2018). Patient choice modelling: How do patients choose their hospitals?. *Health Care Management Science*, 21, 259-268 ; Kuklinski, D., Vogel, J., & Geissler, A. (2021). The impact of quality on hospital choice. Which information affects patients' behavior for colorectal resection or knee replacement?. *Health Care Management Science*, 24, 185-202 ; Kuklinski, D., Vogel, J., Henschke, C., Pross, C., & Geissler, A. (2023). Robotic-assisted surgery for prostatectomy—does the diffusion of robotic systems contribute to treatment centralization and influence patients' hospital choice?. *Health Economics Review*, 13(1), 29. Zie ook Beukers, P. D., Kemp, R. G., & Varkevisser, M. (2014). Patient hospital choice for hip replacement: Empirical evidence from the Netherlands. *European Journal of Health Economics*, 15, 927-936.

aangezien zij betrekking hebben op verschillende landen, beschouwt het auditoraat de aanname van IIA als een redelijke aanname voor de kwantitatieve analyse.

42. Als gevolg kunnen verschuivingsratio's worden geschat op basis van relatieve marktaandelen, uitgedrukt in de notaties van bovenstaand theoretische model:

$$DR_{ij} = \frac{s_j}{1 - s_i} \quad (6)$$

waarbij  $s_i$  het marktaandeel van partij  $i$  is voor de fusie en  $s_j$  het marktaandeel van partij  $j$  is voor de fusie op de relevante markt.

### **IV.3.3 Data**

43. Het auditoraat heeft de verschuivingsratio's geschat aan de hand van de gegevens die zijn gebruikt voor de berekening van het marktaandeel, die in detail zijn weergegeven in deel VI van het Gemotiveerd Voorstel van Beslissing.

44. In het bijzonder heeft het auditoraat voor deze oefening de marktaandelen van de partijen en hun concurrenten op het kleinste beschikbare geografische niveau (postcode van de woonplaats van patiënten) berekend om het effect van afstand en reistijd in rekening te nemen — waarvan is aangetoond dat het de belangrijkste factor is voor de keuze van het ziekenhuis.<sup>10</sup>

45. Daarbij neemt het auditoraat in rekening dat na een kwaliteitsdaling in ziekenhuis A, patiënten die in postcode 2000 wonen en weggaan bij ziekenhuis A, niet noodzakelijkerwijs naar ziekenhuis B en ziekenhuis C zouden gaan, in dezelfde verhoudingen als patiënten die in postcode 2100 wonen, juist vanwege verschillen in afstand en reistijden tussen (i) ziekenhuizen en postcode 2000; en (ii) ziekenhuizen en postcode 2100.<sup>11</sup> Neem in dit specifieke voorbeeld aan dat 40% van de hospitalisaties (of ambulante zorgdiensten) bij patiënten die in postcode 2000 wonen, worden uitgevoerd door ziekenhuis A, en 20% (respectievelijk 40%) wordt uitgevoerd door ziekenhuis B (respectievelijk ziekenhuis C). Vervolgens wordt ervan uitgegaan dat een derde (= 20%/(100%-40%)) van de patiënten, die in postcode 2000 wonen en zich als gevolg van een kwaliteitsdaling van ziekenhuis A niet meer naar ziekenhuis A gaan, zal overschakelen naar ziekenhuis B. De rest gaat naar ziekenhuis C. Een impliciete aanname is dat ziekenhuizen over voldoende capaciteit beschikken om extra vraag te vangen — een redelijke hypothese in de context van overcapaciteit in België (zie deel VII van het Gemotiveerd Voorstel van Beslissing).

46. Na de berekening van het marktaandeel van elk ziekenhuis in elke postcode van de woonplaats van patiënten, schat het auditoraat de verschuivingsratio's van ziekenhuis  $i$  naar ziekenhuis  $j$  op de relevante lokale markt door een gemiddelde verschuivingsratio per postcode te berekenen, gewogen naar aantal hospitalisaties (of ambulante zorgdiensten):

---

<sup>10</sup> Zie, bijvoorbeeld, Gowrisankaran, G., Nevo, A., & Town, R. (2015). Mergers when prices are negotiated: Evidence from the hospital industry. *American Economic Review*, 105(1), 172-203 ; Moscelli, G., Siciliani, L., Gutacker, N., & Gravelle, H. (2016). Location, quality and choice of hospital: Evidence from England 2002–2013. *Regional Science and Urban Economics*, 60, 112-124 ; Gutacker, N., Siciliani, L., Moscelli, G., & Gravelle, H. (2016). Choice of hospital: Which type of quality matters?. *Journal of Health Economics*, 50, 230-246 ; et Raval, D., & Rosenbaum, T. (2021). Why is distance important for hospital choice? Separating home bias from transport costs. *Journal of Industrial Economics*, 69(2), 338-368.

<sup>11</sup> Een voorbehoud is dat afstand en reistijden nog steeds kunnen verschillen voor patiënten die binnen dezelfde postcode wonen. Bij gebrek aan meer gedetailleerde gegevens, gaat het auditoraat ervan uit dat alle patiënten van een specifieke postcode zich verplaatsen vanuit het midden van deze postcode.

$$DR_{ij} = \sum_p \gamma_{ip} s_{jp} / (1 - s_{ip})$$

Waarbij  $\gamma_{jp}$  de verhouding is tussen het aantal hospitalisaties (of ambulante zorgdiensten) bij partij  $i$  van patiënten die in postcode  $p$  verblijven, en het aantal hospitalisaties (of ambulante zorgdiensten) bij partij  $j$  van patiënten die in de relevante lokale markt verblijven (waarvan postcode  $p$  slechts een deel is).  $s_{jp}$  is de verhouding tussen het aantal hospitalisaties (of ambulante zorgdiensten) bij partij  $j$  van patiënten die in postcode  $p$  verblijven en het totale aantal hospitalisaties (of ambulante zorgdiensten) bij Belgische zorginstellingen van patiënten die in postcode  $p$  verblijven.  $s_{ip}$  is de verhouding tussen het aantal hospitalisaties (of ambulante zorgdiensten) bij partij  $i$  van patiënten die in postcode  $p$  verblijven en het totale aantal hospitalisaties (of ambulante zorgdiensten) van Belgische zorginstellingen van patiënten die in postcode  $p$  verblijven.

## **V. Robuustheidstests**

47. Het auditoraat heeft een sensitiviteitsanalyse uitgevoerd om de robuustheid van de QRI-analyse te beoordelen, waarvan de resultaten worden gepresenteerd en besproken in deel VII van het Gemotiveerd Voorstel van Beslissing.

48. Deze analyse heeft betrekking op de verschuivingsratio's. Zoals in de punten 44-46 hierboven is uiteengezet, heeft het auditoraat de verschuivingsratio's berekend aan de hand van (hypothetische) marktaandelen op het niveau van de postcode van de woonplaats van de patiënt. Deze aanpak heeft de verdienste om vertekeningen door afstandseffecten te elimineren bij het schatten van de verschuivingsratio's. Om na te gaan of deze techniek de resultaten wezenlijk beïnvloedt, heeft het auditoraat ook een alternatieve QRI-analyse uitgevoerd aan de hand van de marktaandelen die zijn gedefinieerd in het 90% zorggebied. Deze benadering is directer en bestaat uit het gebruik van vergelijking (6) samen met de marktaandelen die in deel VI van het Gemotiveerd Voorstel van Beslissing worden getoond. Het auditoraat concludeert dat beide methoden vergelijkbare resultaten opleveren.

# **Bijlage D bij de Beslissing: Vertrouwelijke versie van de aangeboden verbintenissen**

*Vertrouwelijk en geprivilegieerd*

**Zaak MEDE-CC-23/0037  
GasthuisZusters Antwerpen vzw/Ziekenhuisnetwerk Antwerpen vzw VOORSTEL VERBINTENISSEN –  
VERTROUWELIJK  
16 mei 2024**

## **I. Inleiding**

1. GasthuisZusters Antwerpen vzw (“**GZA**”) en het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen vzw (“**ZNA**”) (gezamenlijk de “**Aanmeldende Partijen**”) hebben kennisgenomen van het schrijven van het Auditoraat van 7 mei 2024 in de context van de beoogde inbreng om niet van een algemeenheid door GZA in ZNA en oprichting van Ziekenhuis aan de Stroom vzw (“**ZAS**”) (de “**Transactie**”). Hierin geeft het Auditoraat aan, overeenkomstig artikel IV.63, §2 van het Wetboek Economisch Recht (“**WER**”), dat de Transactie tot gevolg zou kunnen hebben dat een daadwerkelijke mededinging op de Belgische markt of een wezenlijk deel daarvan op significante wijze zou worden belemmerd, met name doordat de Transactie de volgende effecten kan hebben (i) een stijging van het maximum van de Ereloonsupplementen voor gehospitaliseerde patiënten; (ii) een toename van niet-geconventioneerde medische prestaties en een verhoging van Ereloonsupplementen voor die prestaties voor Ambulante Zorg; (iii) een harmonisatie van de Kamersupplementen op het niveau van GZA en (iv) een verhoogd risico op gecoördineerde effecten op de relevante markten, in het bijzonder met betrekking tot de Ereloonsupplementen en Kamersupplementen.

2. In het licht van dat schrijven, doch zonder het noodzakelijk eens te zijn met de bezorgdheden van het Auditoraat, bieden de Aanmeldende Partijen, overeenkomstig artikel IV.63, §2 Wetboek Economisch Recht (“**WER**”), de hiernavolgende verbintenissen (de “**Verbintenissen**”) aan teneinde het Mededingingscollege toe te laten om de Transactie goed te keuren mits een beslissing op grond van artikel IV.66, §2, 1° WER (de “**Beslissing**”).

3. De Verbintenissen zullen Aanmeldende Partijen enkel verbinden indien het Mededingingscollege beslist dat de verbintenissen effectief nodig zijn om de Transactie goed te keuren. De Verbintenissen moeten worden geïnterpreteerd in het licht van de Beslissing, in de mate dat de Verbintenissen als voorwaarde en verplichting aan de Beslissing worden verbonden.

4. De Verbintenissen zijn bindend na Closing voor de Aanmeldende Partijen en de met hen Verbonden Vennootschappen, met inbegrip van ZAS, alsook voor de eventuele rechtsopvolgers van Aanmeldende Partijen, ZAS of de met hen Verbonden Vennootschappen.

5. De Verbintenissen worden aangeboden (i) onder voorbehoud van alle rechten en zonder enige nadelige erkenning, en (ii) op voorwaarde van en na Closing.

## **II. Definities**

6. Voor doeleinden van deze Verbintenissen zullen de volgende definities van toepassing zijn:

**Ambulante Zorg:** alle zorgen die worden verstrekt buiten een ziekenhuis(dag)opname.

**Auditoraat:** het onderzoeksorgaan van de Belgische Mededingingsautoriteit (“**BMA**”).

**Bestuursorgaan:** bestuursorgaan bestaande uit bestuurders benoemd door de algemene vergadering van ZAS.

**Closing:** de datum van de vennootschapsrechtelijke realisatie van de Transactie.

**(Dag)hospitalisatie:** alle zorgen die worden verstrekt tijdens een ziekenhuis(dag)opname.

**Directiecomité:** De leden van het Directiecomité worden benoemd door het Bestuursorgaan. Het Directiecomité is bevoegd voor de voorbereiding van het beleidsplan, waaronder het zorgstrategisch plan en de begroting, alsook voor de implementatie van het beleidsplan en de projecten goedgekeurd door het Bestuursorgaan.

**Ereloonsupplementen:** de tarieven die Ziekenhuisartsen mogen aanrekenen die afwijken van de Verbintenistarieven of tarieven die afwijken van de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming indien er geen bedoeld akkoord van kracht is.

**Financiële Regeling:** de financiële schikkingen met betrekking tot de medische activiteit, met inbegrip van de wijze van vergoeding van de artsen en de kostenregeling alsmede de standaardbepalingen die hierop betrekking hebben. Deze financiële schikkingen maken onderdeel uit van de in artikel 144 van de Ziekenhuiswet bedoelde algemene regeling van de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de artsen.

**Gezondheidsindex:** de index zoals gedefinieerd in artikel 2, §1 van de Wet van 23 april 2015 tot verbetering van de werkgelegenheid.

**GZA:** GasthuisZusters Antwerpen vzw, gevestigd te Oosterveldlaan 24, 2610 Antwerpen, België met ondernemingsnummer 0428.651.017.

**GZA-campussen:** Sint-Augustinus, Sint-Vincentius en Sint-Jozef.

**Hoofdarts:** De arts belast met de verantwoordelijkheid voor de goede gang van zaken in het medisch departement van het ziekenhuis. Het juridisch kader van het statuut van hoofdarts wordt bepaald in het Koninklijk Besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen, zoals gecoördineerd door het Koninklijk Besluit van 7 augustus 1987.

**Huidige:** op de datum van de Beslissing.

**Kamersupplementen:** het supplement dat per dag mag aangerekend worden voor het verblijf in een individuele kamer, met inbegrip van de daghospitalisatie, boven het budget van financiële middelen, ten laste van de patiënt die zulke kamer heeft geëist.

**Locoregionaal Klinisch Ziekenhuisnetwerk:** een juridisch geformaliseerd en door de overheid erkend samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen zoals gedefinieerd in artikel 14/1 van de Ziekenhuiswet.

**[VERTROUWELIJK]:** [VERTROUWELIJK].

**Locoregionaal Klinisch Ziekenhuisnetwerk ZAS:** Netwerk ZAS vzw, gevestigd te Leopoldstraat 26, 2000 Antwerpen, België met ondernemingsnummer 0671.631.364.

**Management van ZAS:** het management van ZAS bestaat uit alle personen met een functieweging ZAS 117 en hoger, wat ongeveer overeenkomt met een HAY weging 17 en hoger.

**Maximale Ereloonsupplementen:** de maximumtarieven die conform artikel 152 van de Ziekenhuiswet zijn vastgelegd in de algemene regeling en aan de Nationale Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen en, via het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, aan de verzekeringsinstellingen zijn meegedeeld.

**Mededingingscollege:** het beslissingsorgaan van de BMA.

**Opnameverklaring:** Het document zoals bedoeld in artikel 2, 1° van het Koninklijk Besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis dat door de patiënt of de vertegenwoordiger van de patiënt bij aanvang van een opname ter ondertekening wordt aangeboden.

**Raadplegingen op Afspraak:** de raadplegingen uit artikel 2B, 2D en 2E van de nomenclatuur (klassieke raadplegingen) en de raadplegingen uit artikel 5 van de nomenclatuur (tandheelkunde) waarvoor de patiënt op voorhand een afspraak bij de Ziekenhuisarts heeft gemaakt.

**Verbintenistarieven:** de tarieven vastgesteld op basis van een akkoord tussen artsen en ziekenfondsen zoals bedoeld in artikel 50 van de (gecoördineerde) Wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

**Verbonden Vennootschappen:** ondernemingen gecontroleerd door Aanmeldende Partijen waarbij het begrip controle zal worden geïnterpreteerd in het licht van de Geconsolideerde Mededeling van de Commissie over bevoegdheidskwesies op grond van Verordening (EG) nr. 139/2004 betreffende de controle op concentraties van ondernemingen.

**ZAS-campus:** een locatie waar de activiteiten onder het beheer van ZAS plaatsvinden en die onder de ziekenhuiserkenning van GZA of ZNA vallen.

**ZAS-site:** een ZAS-campus of een polikliniek onder beheer van ZAS.

**Ziekenhuisartsen:** de artsen verbonden aan de ziekenhuizen beheerd door ZAS.

**Ziekenhuiswet:** de (gecoördineerde) Wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.

**ZNA:** Ziekenhuisnetwerk Antwerpen vzw, gevestigd te Leopoldstraat 26, 2000 Antwerpen, België met ondernemingsnummer 0862.382.656.

**ZNA-campusen:** Cadix, Hoge Beuken, Jan Palfijn, Joostens, Koningin Paola Kinderziekenhuis – Middelheim – Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie (één campus), Erasmus en Sint-Elisabeth.

### **III. Verbintenis 1: Bevriezing Maximale Ereloonsupplementen (Dag)hospitalisatie**

7. De Aanmeldende Partijen verbinden er zich toe om in de nieuwe Financiële Regeling voor ZAS het Huidige Maximaal Ereloonsupplement voor gehospitaliseerde patiënten die kiezen voor een eenpersoonskamer voor de hierna bepaalde periode te bevriezen, dit betekent concreet niet te verhogen boven 200%.

Daarnaast verbinden de Aanmeldende Partijen zich ertoe om in de nieuwe Financiële Regeling voor ZAS nadrukkelijk te voorzien dat in principe een Ereloonsupplement kan worden aangerekend van 0%, 100%, 150% tot maximaal 200%.

Tot slot verbinden de Aanmeldende Partijen zich ertoe om in de nieuwe Financiële Regeling voor ZAS te voorzien dat enkel een Ereloonsupplement hoger dan 150% (en maximum tot 200%) kan worden aangerekend, na melding aan de Hoofdarts en indien dit voorzien is in de Opnameverklaring.

Aanmeldende partijen gaan Verbintenis 1 aan voor een periode van drie jaar die ingaat op de datum van de Beslissing.

Indien er na Closing nog geen nieuwe eengemaakte Financiële Regeling voor ZAS is of in werking is getreden, dan verbinden Aanmeldende Partijen zich ertoe om, bij een latere wijziging van de individuele Financiële Regelingen van ZNA en GZA die betrekking zou hebben op de Ereloonsupplementen voor (Dag)hospitalisatie of bij de totstandkoming en invoering van een nieuwe eengemaakte Financiële Regeling voor ZAS, bovenvermelde verbintenis na te leven en dit gedurende een periode van drie jaar die ingaat op de datum van de Beslissing.

#### **IV. Verbintenis 2: Voldoende mogelijkheid tot ambulante activiteit aan conventietarief en Maximaal Ereloonsupplement voor Raadplegingen op Afspraak**

8. De Aanmeldende Partijen verbinden zich ertoe om in de nieuwe Financiële Regeling voor ZAS een dwingende bepaling op te nemen dat voor elke medische discipline, op elke ZAS-site waar de medische discipline Ambulante Zorg verricht, een voldoende mogelijkheid wordt voorzien voor Ambulante Zorg aan Verbintenistarieven.

Daarnaast verbinden Aanmeldende Partijen zich ertoe om in de nieuwe Financiële Regeling voor ZAS op te nemen dat er een maximum aan Ereloonsupplementen van 100% wordt voorzien voor Raadplegingen op Afspraak.

Aanmeldende partijen gaan Verbintenis 2 aan voor een periode van drie jaar die ingaat op de datum van de Beslissing.

Indien er na Closing nog geen nieuwe eengemaakte Financiële Regeling voor ZAS is, dan verbinden Aanmeldende Partijen zich ertoe om bij een latere wijziging van de individuele Financiële Regelingen van ZNA en GZA die betrekking zou hebben op de Verbintenistarieven van toepassing op Ambulante Zorg en de Ereloonsupplementen voor Raadplegingen op Afspraak bovenvermelde verbintenis na te leven en dit gedurende een periode van drie jaar die ingaat op de datum van de Beslissing.

#### **V. Verbintenis 3: Handhaving van de Maximale Kamersupplementen**

9. De Aanmeldende Partijen verbinden zich ertoe de Huidige Maximale Kamersupplementen per type kamer zoals van toepassing per ZAS-campus te handhaven, dit betekent concreet niet te verhogen boven de hieronder vastgestelde Kamersupplementen (per dag):

<b>Kamersupplementen GZA-campussen</b>	
eenpersoonskamer	65 euro
eenpersoonskamer materniteit	80 euro
luxekamer materniteit	140 euro

<b>Kamersupplementen ZNA-campussen</b>	
eenpersoonskamer	65 euro
eenpersoonskamer in een dienst voor langdurig verblijf	50 euro
eenpersoonskamer in Paola Kinderziekenhuis	65 euro
luxekamer materniteit Middelheim	80 euro

Eventuele verhogingen van deze Maximale Kamersupplementen kunnen wel gedurende de looptijd van de verbintenis doorgevoerd worden op basis van volgende parameters:

- [VERTROUWELIJK]; en/of
- [VERTROUWELIJK].

Aanmeldende partijen gaan Verbintenis 3 aan voor een periode van drie jaar die ingaat op de datum van de Beslissing.

#### **VI. Verbintenis 4: [VERTROUWELIJK]**

10. [VERTROUWELIJK].

#### **VII. Verbintenis 5: Handleiding mededingingsrecht en opleiding**

11. De Aanmeldende Partijen verbinden er zich toe [VERTROUWELIJK] na de Beslissing een handleiding aangaande de naleving van het Europees en Belgisch mededingingsrecht ter beschikking te stellen [VERTROUWELIJK]. [VERTROUWELIJK] na de Beslissing hieromtrent zullen Aanmeldende Partijen ook een opleiding voorzien [VERTROUWELIJK]. [VERTROUWELIJK].

#### **VIII. Verbintenis 6: Rapportering aan het Auditoraat**

12. Aanmeldende partijen zullen jaarlijks een schriftelijk verslag indienen bij het Auditoraat met betrekking tot de naleving van de verbintenissen 1 tot 5. De schriftelijk verslagen zullen worden opgesteld en geattesteerd door de bedrijfsrevisor van ZAS (het "Verslag").

Het eerste schriftelijk Verslag zal worden ingediend in de laatste week van de twaalfde maand volgende op de kennisgeving van de Beslissing, waarna om de twaalf maanden een nieuw Verslag zal volgen zolang de Verbintenissen gelden.

Dit Verslag zal de volgende punten behandelen:

- Met betrekking tot **Verbintenis 1**: er zal geverifieerd worden of gedurende de looptijd van deze verbintenis aangaande de Ereloonsupplementen voor (Dag)hospitalisatie de verbintenis opgenomen in de Financiële Regeling voor ZAS (of in voorkomend geval bij een latere wijziging van de individuele Financiële Regelingen van ZNA en GZA) ongewijzigd is gebleven en dus de Ziekenhuisartsen nog steeds bindt en of de Ereloonsupplementen zoals gefactureerd aan de patiënten gedurende de looptijd van de verbintenis de maximum grens van 200% niet hebben overschreden. Dit zal gebeuren op basis van ingebouwde begrenzings in de facturatiesoftware en interne controlelijsten en de attestering hiervan door de bedrijfsrevisor. Dit zal geattesteerd worden door de bedrijfsrevisor.
- Met betrekking tot **Verbintenis 2**: er zal geverifieerd worden of de verbintenis opgenomen in de Financiële Regeling voor ZAS (of in voorkomend geval bij een latere wijziging van de individuele Financiële Regelingen van ZNA en GZA) aangaande de Ambulante Zorg en Ereloonsupplementen voor Raadplegingen op Afspraak gedurende de looptijd van de verbintenis ongewijzigd is gebleven en dus de Ziekenhuisartsen nog steeds bindt. Dit zal geattesteerd worden door de bedrijfsrevisor.
- Met betrekking tot **Verbintenis 3**: er zal geverifieerd worden of de Maximale Kamersupplementen zoals gefactureerd aan de patiënten gedurende de looptijd van de verbintenis niet gewijzigd zijn [VERTROUWELIJK].  
Dit zal gebeuren op basis van een overzicht  
basis van de vastgestelde parameters en attestering hiervan door de bedrijfsrevisor.
- Met betrekking tot **Verbintenis 4**: [VERTROUWELIJK].
- Met betrekking tot **Verbintenis 5**: de bedrijfsrevisor zal verifiëren of [VERTROUWELIJK] een handleiding aangaande de naleving van het Europees en Belgisch mededingingsrecht ter beschikking is gesteld van [VERTROUWELIJK]  
en er een opleiding is voorzien [VERTROUWELIJK]. [VERTROUWELIJK].

In het eerste Verslag zal de bedrijfsrevisor bevestigen of Verbintenis 5 werd uitgevoerd.

## **IX. Opheffing en wijziging van Verbintenissen 1 tot 6**

13. De Aanmeldende Partijen kunnen te allen tijde een verzoek richten tot het Mededingingscollege tot opheffing of wijziging van de Verbintenissen. Het indienen, onderzoeken en beoordelen van dit verzoek zal gebeuren conform de procedure en de termijnen zoals bepaald in het WER (en de toepasselijke uitvoeringsbesluiten) met betrekking tot de controle van concentraties van ondernemingen, zoals zij dan van kracht is.

14. De Verbintenissen nemen automatisch een einde na verstrijking van de termijnen zoals uiteengezet onder Verbintenissen 1 tot 6.

\* \*

\*

Namens Aanmeldende Partijen,

Vilvoorde, 16 mei 2024

[HANDTEKENING]

[HANDTEKENING]

Wim De Meester, Advocaat Quinz

Diego Fornaciari, Advocaat resolut

**Bijlage E bij de Beslissing:  
Schriftelijke Opmerkingen aanmeldende partij**

**SCHRIFTELIJKE OPMERKINGEN**

**IN ZAAK MEDE-CC-23/0037**

**OVEREENKOMSTIG ARTIKEL IV.65, §1 VAN BOEK IV VAN HET WETBOEK VAN  
ECONOMISCH RECHT**

**BETREFFENDE DE AANMELDING VAN DE CONCENTRATIE  
BESTAANDE UIT DE FUSIE VAN**

**GASTHUISZUSTERS ANTWERPEN VZW**

**EN**

**HET ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN VZW**

**17 JUNI 2024**

## Inhoudsopgave

I.	INLEIDING.....	3
II.	FEITELIJKE CONTEXT.....	4
III.	HUIDIGE POSITIE PARTIJEN .....	5
IV.	MARKTAFBAKENING EN MARKTPOSITIE PARTIJEN .....	5
V.	SCHADETHEORIEËN – UNILATERALE EFFECTEN .....	8
VI.	SCHADETHEORIEËN – GECOÖRDINEERDE EFFECTEN.....	19
VII.	EFFICIENTIEWINSTEN .....	24
VIII.	AANGEBODEN VERBINTENISSEN .....	26

## I. INLEIDING

1. De aanmeldende partijen GasthuisZusters Antwerpen vzw (“GZA”) en het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen vzw (“ZNA”) namen kennis van het gemotiveerd voorstel van beslissing van het Auditoraat dat op 3 juni 2024 werd voorgelegd aan het Mededingingscollege (het “Voorstel”). Op 4 juni 2024 hebben partijen elektronisch toegang gekregen tot het onderzoeks- en proceduredossier overeenkomstig artikel IV.64, §3 van het Wetboek Economisch Recht (“WER”).
2. In het Voorstel geeft het Auditoraat aan dat er voor twee lokale markten, met name de markt voor hospitalisaties en de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg, ernstige twijfels zijn bij de toelaatbaarheid van de concentratie wegens risico’s van significante belemmering van de daadwerkelijke mededinging op de Belgische markt of een wezenlijk deel daarvan. Het Auditoraat besluit evenwel dat de voorgenomen concentratie toelaatbaar is onder voorwaarde dat de aanmeldende partijen de verbintenissen nakomen die zij op 16 mei 2024 hebben aangeboden (cf. Bijlage D bij het Voorstel).
3. In het bijzonder stellen aanmeldende partijen vast dat het Auditoraat in het Voorstel van beslissing besluit dat de concentratie **unilaterale effecten op de markt voor hospitalisaties** kan teweegbrengen doordat:
  - er een risico bestaat van verhoging boven 200% van het maximumpercentage van de ereloonsupplementen die artsen kunnen aanrekenen aan patiënten die gebruik maken van een eenpersoonskamer;
  - er een risico bestaat van een verhoging van de kamersupplementen door de huidige (lagere) kamersupplementen van ZNA te aligneren met de (hogere) kamersupplementen van GZA.

Voorts besluit het Auditoraat dat de concentratie **unilaterale effecten op de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg** kan teweegbrengen door:

- een toenemend gebruik van niet-geconventioneerde tarieven en een verhoging van maximumtarieven voor ereloonsupplementen voor niet-geconventioneerde prestaties.

Tot slot besluit het Auditoraat dat de concentratie ook **gecoördineerde effecten op de markt voor hospitalisaties** kan teweegbrengen, in het bijzonder voor wat betreft het maximumpercentage van de ereloonsupplementen.

4. Partijen merken op dat het Auditoraat tot het besluit kwam dat de concentratie **geen bezorgdheden** aan het licht bracht aangaande (i) het niveau van afdrachten op de erelonen van artsen (titel VII.2.2.d van het Voorstel); (ii) de kwaliteit van het zorgaanbod van partijen (titel VII.2.3. van het Voorstel) en (iii) de toegankelijkheid tot het aanbod van de partijen. Het marktonderzoek, in het bijzonder het Departement Zorg<sup>1</sup> en de FOD Volksgezondheid, bevestigt

---

<sup>1</sup> Zie stuk Departement Zorg C2. PV\_Departement\_Zorg-NIET\_VERTROUWELIJK\_DEF, p. 5: “Wanneer de BMA vraagt of het Departement Zorg verwacht dat de fusie zal leiden tot een afname in kwaliteit van de geleverde zorg en investeringen, repliceert het Departement Zorg dat het zich geen zorgen maakt om een afname in kwaliteit van de geleverde zorg en dat de investeringen hetzelfde zullen blijven om het huidig niveau van de zorg op peil te houden. Daaraan wordt toegevoegd dat er hoe dan ook nog concurrentie blijft in de Antwerpse markt; dat patiënten ook kritischer zijn geworden en bereid zijn om verder te rijden voor kwaliteitsvolle zorg.”

dit ook.<sup>2</sup> Partijen sluiten zich aan bij deze positieve conclusie van het Auditoraat en zullen daarom in deze schriftelijke opmerkingen hier niet verder op ingaan.

5. Het feit dat bepaalde punten van het Voorstel in deze schriftelijke opmerkingen niet worden besproken betekent niet dat partijen per se akkoord gaat met het standpunt van het Auditoraat hieromtrent.

## II. FEITELIJKE CONTEXT

6. GZA baat het algemeen ziekenhuis met erkenningsnummer 7 10 099 38 uit. Het ziekenhuis beschikt over drie campussen en één polikliniek. ZNA baat het algemeen ziekenhuis met erkenningsnummer 7 10 009 31 uit. Haar ziekenhuisactiviteiten zijn gespreid over zeven campussen. Daarnaast beschikt ZNA over een polikliniek en een medisch centrum waar kleine traumatologie behandeld kan worden.
7. De voorgenomen concentratie betreft een inbreng om niet van een algemeenheid, opgesteld overeenkomstig artikel 13:10 jo. artikel 12:93-12:95 Wetboek van Vennootschappen en Verenigingen van 23 maart 2019, tussen GZA en ZNA. GZA is de inbrengende VZW en ZNA de verkrijgende VZW.

Hoewel partijen na de concentratie binnen één rechtspersoon zullen verdergaan, met name als Ziekenhuis aan de Stroom ("ZAS"), blijven binnen de rechtspersoon de twee erkende algemene ziekenhuizen werkzaam (de erkenningsnummers van de huidige ziekenhuizen worden aldus behouden). ZAS zal optreden als ziekenhuisbeheerder van beide erkende algemene ziekenhuizen.

8. Het doel van de fusie is om een gemeenschappelijk ziekenhuisproject te ontwikkelen dat adequaat tegemoetkomt aan de behoeften van de ruime Antwerpse regio en om de toegang tot kwaliteitsvolle en veilige gezondheidszorg te (blijven) garanderen voor alle patiënten. Bovendien zal het bundelen van hun gezondheidszorgactiviteiten de partijen in staat stellen het hoofd te bieden aan de maatschappelijke en financiële uitdagingen waarmee ziekenhuizen geconfronteerd worden, evenals het urgente probleem van het tekort aan medisch en verpleegkundig personeel dat in de ziekenhuissector blijft toenemen (para. 25 aanmeldingsformulier).
9. Aanmeldende partijen kiezen voor een fusie omdat de bestaande samenwerkingen tussen partijen in een groepering en het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk niet volstaan om de doelstellingen en ambities van partijen te realiseren en om het hoofd te bieden aan de maatschappelijke en financiële uitdagingen in de huidige ziekenhuiscontext. Dit is onder meer te wijten aan het gebrek aan financiering op het niveau van het netwerk en aan het feit dat er

---

<sup>2</sup> Zie stuk FOD Volksgezondheid C5. 27-03-2024 Antwoord VOI, p. 5: "In internationale vergelijkingen staat België steeds bovenaan wat betreft de toegankelijkheid van zorg en specifiek wat betreft ziekenhuiszorg. We hebben een heel sterk uitgebouwd aanbod aan tweedelijns- en derdelijnszorg. Als er al wachtlijsten zijn dan heeft dit te maken met een schaarste aan apparatuur (bijv. NMR-toestellen) en/of een schaarste aan personeel (bijv. bepaalde specialismen zoals dermatologie of tekort aan technisch personeel zoals medische beeldvormingstechnologen). Als de fusie gepaard gaat met een rationalisatie van het aanbod, kan de fusie enkel leiden tot een nog betere toegankelijkheid aangezien de schaarse middelen (personeel en/of apparatuur) op minder locaties moet worden ingezet dus men kan efficiënter werken."

nood is aan een eenheid van visie, leiding en vermogen tussen partijen om bepaalde (zorgstrategische) doelstellingen effectief te kunnen bereiken. Daarnaast gelden er zonder fusie grote beperkingen aan de wederzijdse inzet van personeel en artsen, die een efficiënte inzet van schaars personeel en artsen verhinderen. Zie voor meer details Afdeling 9, para. 295 e.v. van het aanmeldingsformulier.

10. Op 9 april 2024 werd de voorgenomen concentratie aangemeld. Hierdoor begon de onderzoekstermijn te lopen op 10 april 2024. In para. 26 van het Voorstel geeft het Auditoraat een overzicht van de onderzoekstermijn na aanmelding. Partijen bemerken dat de 40<sup>ste</sup> werkdag na aanmelding volgens hen op 10 juni 2024 valt en de 55<sup>ste</sup> werkdag na aanmelding op **1 juli 2024**, en **niet** op 11 juni 2024 en **2 juli 2024**, respectievelijk, zoals aangegeven in para. 26 van het Voorstel.

### III. HUIDIGE POSITIE PARTIJEN

11. Een constructieve dialoog met het Auditoraat heeft partijen er toe geleid om verbintenissen aan te bieden, teneinde een passend, effectief en proportioneel antwoord te bieden op alle geïdentificeerde bezorgdheden zoals meegedeeld per brief van 7 mei 2024. Zij deden dit onder alle voorbehoud en zonder nadelige erkenning.
12. Zoals reeds aangegeven in de memoranda bij de aangeboden verbintenissen (stuk ZG5. 14-05-2024 Derde memorandum.pdf bij het Voorstel), zijn Aanmeldende Partijen het niet noodzakelijk eens met de (hypothetische) bezorgdheden van het Auditoraat. Samen met het gegeven dat hier naar hun mening mogelijkheid noch prikkel toe is, herhalen partijen in deze schriftelijke opmerkingen een aantal belangrijke feiten die belangrijk zijn voor de mededingingsrechtelijke beoordeling van de transactie.
13. Indien het Mededingingscollege echter van mening is dat er alsnog twijfels zouden bestaan over de toelaatbaarheid van de transactie, dan lichten partijen in Hoofdstuk VIII toe waarom de aangeboden verbintenissen in ieder geval afdoende en effectief zijn om de transactie toelaatbaar te verklaren.

### IV. MARKTAFBAKENING EN MARKTPOSITIE PARTIJEN

14. Aanmeldende partijen zijn het eens met het Auditoraat dat voor de beoordeling van de marktaandeelen en de concurrentiedynamiek rekening dient te worden gehouden met de sterke regulering die de ziekenhuissector kent. Terecht besluit het Auditoraat dat daarom de hoogte van de marktaandeelen van partijen sterk gerelativeerd dient te worden bij het onderzoeken van de verwachte effecten van de voorgenomen concentratie. Partijen merken wel op dat deze belangrijke premisse niet consequent door het Auditoraat is in acht genomen bij de beoordeling van de mogelijke effecten. Zowel bij de beoordeling van de mogelijke unilaterale als van de gecoördineerde effecten vertrekt het Auditoraat onverwijld van het feit dat ZAS over voldoende marktmacht zou beschikken (para. 327, 356 en 561 Voorstel). Partijen stellen zich vragen bij de robuustheid van deze premisse. Dit geldt des te meer nu, zoals verder aangetoond, de

marktaandeelen van partijen niet van dien aard zijn dat marktmacht verondersteld mag worden (cf. *infra*, para. 22).

Volledigheidshalve merken partijen verder op dat zij ook in dit stadium van het aanmeldingsdossier niet in de mogelijkheid zijn om de berekeningen van de marktaandeelen door het Auditoraat te verifiëren. De ruwe data (van FOD Volksgezondheid en RIZIV) werden niet ter beschikking gesteld en maken ook geen deel uit van het onderzoeks- of proceduredossier. Evenmin heeft zij inzage gekregen in de robuustheidstests die zijn uitgevoerd om de gepastheid van de methodologie die het zwaartepunt vaststelt te beoordelen (para. 204 Voorstel). Gezien het gebrek aan beschikbare data voor partijen (cf. para. 88 aanmeldingsformulier), kunnen partijen geen alternatieve berekening van de marktaandeelen voorstellen (bv. op basis van een ruimere geografische markt). Partijen hebben aldus uitsluitend vanuit een pragmatisch oogpunt de concentratie aangemeld op basis van de marktaandeelen zoals door het Auditoraat berekend.

15. **Markt voor hospitalisaties** – De aanmeldende partijen sluiten zich aan bij de afbakening van de relevante productmarkt voor hospitalisaties, met name de markt voor hospitalisaties met uitzondering van psychiatrische hospitalisaties. Dit is in lijn met de beslissingspraktijk van de Belgische Mededingingsautoriteit en andere nationale autoriteiten. Aanmeldende partijen blijven bij het standpunt dat een definiëring van de markt conform *services lines* niet zinvol is. Hiervoor kan verwezen worden naar para. 79 van het aanmeldingsformulier. Ook het marktonderzoek, o.a. de FOD Volksgezondheid, bevestigt dit.<sup>3</sup> Aangezien het Auditoraat finaal geen verdere subsegmenten hanteert, gaan partijen hier niet verder op in.

Wat betreft de geografische markt maken partijen een voorbehoud bij de gehanteerde methodologie om een lokale geografische markt te definiëren op basis van een zorggebied in de regio Antwerpen (cf. para. 82 e.v. en para. 86 aanmeldingsformulier). Partijen vinden het positief dat het Auditoraat hen volgt door bij de lokale marktafbakening minstens rekening te houden met een zorggebied van 90% (d.i. een reistijd van 25 minuten). Partijen merken wel op dat het Auditoraat in haar Voorstel niet verduidelijkt waarom zij geen rekening houdt met een nog langere reistijd van 30 minuten. Naast de beslissingspraktijk van de Europese Commissie en de Franse Mededingingsautoriteit (para. 80 aanmeldingsformulier), bevestigt het marktonderzoek dat een reistijd van 30 minuten inderdaad een juist uitgangspunt is.<sup>4</sup>

Partijen zijn het niet eens met een lokale geografische marktafbakening (cf. para. 82 aanmeldingsformulier). Het marktonderzoek biedt ook geen ondersteuning voor een lokale marktafbakening.<sup>5</sup> Zo benadrukt de FOD Volksgezondheid:

---

<sup>3</sup> Zie stuk FOD Volksgezondheid C5. 27-03-2024 Antwoord VOI, p. 3: “Verder detailleren op niveau MDC of DRG heeft geen zin aangezien daarin niet kan worden ingegrepen van overheidswege (je kan niet verbieden dat deze of gene instelling niet meer actief mag zijn in deze of gene MDC/DRG) en verder worden de MDC/DRG enkel gebruikt om via het BFM bestaande activiteit te financieren via een vergelijkingssysteem waarbij de allesbepalende factor de verblijfsduur van de patiënt is, een parameter die niet afhankelijk is van concentratie/aanbod van zorg.”

<sup>4</sup> Zie stuk B2. 20-02-2024 antwoord op VOI NVV Ethias, p. 4; stuk B2. 23-02-2024 bijlage 1 bij antwoord op VOI van 16 02 2024 DKV, p. 3; zie stuk FOD Volksgezondheid C5. 27-03-2024 Antwoord VOI, p. 3.

<sup>5</sup> Zie bijvoorbeeld de antwoorden van het Departement Zorg (stuk B7. Antwoord Departement Zorg, p. 4-5), de FOD Volksgezondheid (stuk C5. 27-03-2024 Antwoord VOI, p. 3), Zorgnet Icuuro (stuk B2. 04-03-2024 Antwoord op VOI van 16 02 2024, p. 5-7), het Nationaal Intermutualistisch College (stuk B2. 29-02-2024 antwoord - 20240216\_VOI\_Mutualities def, p. 4) en de Christelijke Mutualiteit (stuk B2. 29-02-2024 Antwoord op VOI van 16 02 2024, p. 2-3).

*“Een afbakening in de grotere steden van het Rijk is dan ook irrelevant aangezien de patiënt steevast de keuze heeft (tenzij uiteraard bij dringend vervoer waarbij automatisch naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis dient te worden gereden).”<sup>6</sup>*

Het marktonderzoek bevestigt net dat de geografische markt ruimer moet worden gedefinieerd, met name minstens subnationaal/regionaal. Dit ligt ook in lijn met de argumentatie van partijen dat de geografische markt minstens de provincie Antwerpen omvat (para. 82 aanmeldingsformulier).

Op basis van de lokale marktafbakening besluit het Auditoraat dat partijen gezamenlijk een marktaandeel hebben van [40-50]% op de lokale markt voor hospitalisaties. Het spreekt voor zich dat indien de markt geografisch ruimer wordt gedefinieerd dit marktaandeel daalt. Zoals hoger toegelicht, zijn partijen evenwel niet in staat om dit zelf te simuleren.

16. **Markt voor gespecialiseerde ambulante zorg** – De aanmeldende partijen sluiten zich aan bij de afbakening van de relevante productmarkt voor ambulante zorg, met name de markt voor gespecialiseerde ambulante zorg. Dit is in lijn met de beslissingspraktijk van de Belgische Mededingingsautoriteit en andere nationale autoriteiten. Aanmeldende partijen blijven bij het standpunt dat een definiëring van de markt per specialisatie niet zinvol is. Hiervoor kan verwezen worden naar para. 83 tot 84 van het aanmeldingsformulier. Aangezien het Auditoraat finaal geen verdere specialisaties hanteert, gaan partijen hier ook niet verder op in.

Het Auditoraat besluit dat ambulante zorg verleend door huisartsen niet behoort tot dezelfde relevante productmarkt. Toch benadrukken partijen dat huisartsen in de regio ook aanzienlijke concurrentiedruk uitoefenen. Hiervoor kan nog verwezen worden naar het Ministerieel Besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen waarin wordt bepaald dat huisartsen moeten beschikken over specifieke competenties voor bepaalde categorieën patiënten, klachten en aandoeningen:

*“De huisarts moet voldoende kennis hebben van de acute en chronische problemen die belangrijk zijn omwille van prevalentie of ernst ervan, en dit voor alle leeftijden bij de algemene bevolking. De huisarts zal specifieke aandacht besteden aan volgende groepen: zwangere vrouwen, pasgeborenen, zuigelingen, kinderen, de actieve volwassen bevolking inclusief de sociaal kwetsbare groepen, bejaarde personen, chronische zieken, personen in de laatste levensfase.”*

Bovenstaande heeft tot gevolg dat patiënten voor specifieke klachten zich vaak (minstens in eerste instantie) zullen richten tot een huisarts en dus niet rechtstreeks tot de gespecialiseerde ambulante zorg van de ziekenhuizen. Partijen denken hierbij aan geriatrische patiënten, kinderen, zwangere vrouwen, enz.

Opnieuw zijn partijen het niet eens met een lokale geografische marktafbakening (cf. para. 86 aanmeldingsformulier). Het marktonderzoek ondersteunt deze bevinding niet.<sup>7</sup> Zo benadrukt de FOD Volksgezondheid:

---

<sup>6</sup> Zie stuk FOD Volksgezondheid C5. 27-03-2024 Antwoord VOI, p. 3.

<sup>7</sup> Zie bijvoorbeeld de antwoorden van DKV (stuk B2. 23-02-2024 bijlage 1 bij antwoord op VOI van 16 02 2024 DKV, p. 4), de FOD Volksgezondheid (C5. 27-03-2024 Antwoord VOI, p. 4), het Zorgnet Icoru (stuk B2. 04-03-2024 Antwoord op VOI van 16 02 2024, p. 7).

*“Voor bepaalde ‘types’ gezondheidszorg is er gewoonweg geen geografisch af te lijnen gebied (patiënten zullen zich zeer ver verplaatsen indien hun behandeling dat vereist bv patiënten met MS zullen zich naar het nationale MS referentieziekenhuis begeven indien dit nodig is) . Hoogstens kan men spreken van gebieden waar procentueel veel of heel veel patiënten vandaan komen doch een scherpe geografische aflijning is in België irrelevant.”<sup>8</sup>*

De markt moet ruimer worden gedefinieerd, met name minstens subnationaal/regionaal.

Op basis van de lokale marktafbakening besluit het Auditoraat dat partijen gezamenlijk een marktaandeel hebben van [30-40]% op de lokale markt voor gespecialiseerde ambulante zorg. Het spreekt voor zich dat indien de markt geografisch ruimer wordt gedefinieerd dit marktaandeel zou dalen.

## **V. SCHADETHEORIEËN – UNILATERALE EFFECTEN**

17. Partijen zijn het eens met het Auditoraat dat de concentratie geen invloed kan hebben op “*de overgrote meerderheid van de prijzen*” en dit ten gevolge van het sterk gereguleerde karakter van de sector (para. 272 en 288 Voorstel).

Partijen benadrukken dat het vermeende risico op unilaterale effecten hierdoor slechts zou kunnen afspelen op een absoluut marginaal stuk van de omzet van partijen. De ereloonsupplementen bij GZA en ZNA resp. maken slechts [VERTROUWELIJK]% en [VERTROUWELIJK]% van hun totale omzet uit.<sup>9</sup> Daarnaast maken kamersupplementen bij GZA en ZNA slechts resp. [VERTROUWELIJK]% en [VERTROUWELIJK]% van de totale omzet van ziekenhuizen uit.<sup>10</sup> Dit betekent concreet dat bij GZA en ZNA resp. [VERTROUWELIJK]% en [VERTROUWELIJK]% van de totale omzet volledig gereguleerd is.

Op bijna de volledige omzet kan de concentratie dus geen invloed hebben. Dit plaatst het risico van mededingingsbeperkende effecten op vlak van prijzen meteen in perspectief. In dit verband kan ook verwezen worden naar de Memorie van Toelichting bij het Wetsontwerp van 6 februari 2024 tot uitsluiting van ziekenhuizen van de concentratiecontrole van de Belgische Mededingingsautoriteit:

*“Men kan er dus niet van uitgaan dat ziekenhuizen, zoals “klassieke” economische spelers, geneigd zullen zijn om ongereguleerde prijzen te verhogen of de kwaliteit van de geleverde diensten te verslechteren wanneer dat economisch rendabel is, of zelfs om een dienst die erg populair is bij patiënten te sluiten om louter financiële redenen. In dit verband moet eraan worden herinnerd dat ziekenhuizen een opdracht van algemeen belang vervullen, zoals vermeld in het huidige artikel 2, §*

---

<sup>8</sup> Stuk FOD Volksgezondheid C5. 27-03-2024 Antwoord VOI, p. 4.

<sup>9</sup> Deze berekening is gebaseerd op de omzetcijfers van partijen (zoals gerapporteerd in de gepubliceerde jaarrekening voor 2022) en de effectief toegepaste ereloonsupplementen in absolute bedragen (zoals vermeld in het antwoord van partijen op het verzoek om inlichtingen van 15 maart 2024, stuk Z9. 25-03-2024, op p. 39 – 40).

<sup>10</sup> Deze berekening is gebaseerd op de omzetcijfers van partijen (zoals gerapporteerd in de gepubliceerde jaarrekening voor 2022) en de effectief toegepaste kamersupplementen in absolute bedragen (zoals vermeld in de Excel bestanden bij het antwoord van partijen op het verzoek om inlichtingen van 12 februari 2024, stuk P2. 12-02-2024).

1, tweede lid, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.”<sup>11</sup>

Partijen sluiten zich hier bij aan.

#### A. MARKT VOOR HOSPITALISATIES

18. Ondanks het voorgaande, ziet het Auditoraat een mogelijk risico op unilaterale effecten **op de markt voor hospitalisaties** doordat (i) er een risico bestaat van verhoging door ZAS boven 200% van het maximumpercentage van de ereloonsupplementen die artsen kunnen aanrekenen aan patiënten die gebruik maken van een eenpersoonskamer en (ii) er een risico bestaat van een verhoging door ZAS van de kamersupplementen door de huidige (lagere) kamersupplementen van ZNA te aligneren met de (hogere) kamersupplementen van GZA.

19. Hierna zullen partijen aantonen dat dit risico onbestaand, minstens overschat is en er geheel geen prikkel en mogelijkheid is voor de partijen om de prijzen te aligneren of te verhogen.

##### (i) Geen verhoging van maximumpercentage voor ereloonsupplementen

20. Vooreerst zijn partijen verward omtrent het standpunt van het Auditoraat aangaande het risico op prijsstijgingen van ereloonsupplementen. Enerzijds ziet het Auditoraat een risico maar tegelijk stelt zij verder in het Voorstel: “dit risico op prijsstijgingen bestaat niet voor erelonen voor medische prestaties tijdens een hospitalisatie, waarvoor de regels gelden die van toepassing zijn op supplementen in de algemene regeling” (para. 369 Voorstel).

21. Voorts stellen partijen vast dat de analyse van het Auditoraat steunt op een aantal foutieve feitelijke premisses:

- Het Auditoraat stelt foutief dat er bij ZNA en GZA voor hospitalisaties [VERTROUWELIJK] (para 308 Voorstel). Het enige maximum dat de ziekenhuizen heden opleggen aan de artsen – via de financiële regelingen, het enige afdwingbare document ten aanzien van de artsen en waar dit maximum wettelijk ook moet worden voorzien - is 200%. Alle artsen in beide ziekenhuizen kunnen voor hospitalisaties vandaag, op basis van de thans geldende financiële regelingen, dus maximum 200% aanrekenen. Het is echter hun eigen beslissing of ze dit maximumpercentage effectief hanteren, dan wel een lager ereloonsupplementenpercentage of zelfs geen ereloonsupplementen aanrekenen. Het ziekenhuis kan enkel afdwingen dat er niet boven 200% wordt gegaan, aangezien dit de enige grens is die binnen de huidige financiële regelingen wordt opgelegd.

Ook uit de ziekenhuisbarometer van het Intermutualistisch Agentschap (“**IMA**”) blijkt dat het maximumereloonsupplementenpercentage in ZNA 200% is (en niet 100%). Ook de FOD Volksgezondheid en het Nationaal Intermutualistisch College gaan uit van

---

<sup>11</sup> Wetsontwerp van 6 februari 2024 tot uitvoering van Verordening (EU) 2022/1925 van het Europees Parlement en de Raad van 14 september 2022 over betwistbare en eerlijke markten in de digitale sector, en tot wijziging van Richtlijnen (EU) 2019/1937 en (EU) 2020/1828 en tot wijziging van diverse bepalingen houdende de organisatie en de bevoegdheden van de Belgische Mededingingsautoriteit om de aanmelding van ziekenhuizen uit te sluiten, <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/3813/55K3813001.pdf>

200%.<sup>12</sup> Dit strookt ook met het wettelijk kader, meer bepaald artikel 152 van de Ziekenhuiswet, op basis waarvan GZA en ZNA 200% als maximumtarief voor de ereloonsupplementen hebben gemeld aan de Nationale Paritaire Commissie artsen – ziekenhuizen en het RIZIV.

De verwijzingen in de financiële regelingen naar mogelijke ereloonsupplementen van 100% of 150% voor respectievelijk ZNA en GZA hebben geen betrekking op maxima opgelegd door het ziekenhuis ten aanzien van de ziekenhuisartsen. Het zijn percentages die de artsen/diensten zelf hebben bepaald. Zij kunnen volstrekt eenzijdig, buiten de wil van het ziekenhuis, beslissen om hiervan af te wijken. Bepaalde diensten binnen de ziekenhuizen hebben beslist om een uniform beleid te hanteren, maar voor andere diensten kunnen de aangerekende ereloonsupplementen zelfs verschillen van arts tot arts. In ieder geval komen de ziekenhuizen hier niet in tussen. Er geldt m.a.w. heden bij ZNA en GZA geen maximum van 100% en 150% opgelegd door de ziekenhuizen aan hun artsen.

Het Auditoraat verwijst ook naar een lijst op de website van ZNA met weergave van de supplementen die gangbaar binnen de diensten van ZNA worden gehanteerd voor de aanrekening van de ereloonsupplementen (para. 304 Voorstel). De vermelding “max 100% supplement” is geen afdwingbaar maximum tussen ziekenhuis en ziekenhuisarts. Het is een maximum dat door de desbetreffende diensten zelf is bepaald en ten aanzien van de patiënten is gehanteerd.

Samengevat beslissen partijen niet over mogelijke ereloonsupplementen van 100% of 150%. De concentratie kan aldus op dit punt geen effecten hebben op het gedrag van partijen. Het is niet juist te stellen dat het maximum ereloonsupplement bij GZA en ZNA door de concentratie zou stijgen. [VERTROUWELIJK] maar dit betekent geen stijging van het maximum ereloonsupplement dat *partijen* zouden kunnen opleggen aan hun artsen.<sup>13</sup> Dat stond reeds op 200% en zal zo in ZAS blijven.

- Het Auditoraat stelt foutief dat de artsen van GZA substantieel meer ereloonsupplementen aanrekenen dan de artsen van ZNA (para. 315 en 328 Voorstel). Hierdoor zou ZNA druk uitoefenen op de ereloonsupplementen van GZA. Dit is onjuist.

Deze stelling is ingegeven door de vaststelling dat bij GZA voor [VERTROUWELIJK]% ereloonsupplementen (t.a.v. het bedrag dat volgens de verbintenistarieven kan worden aangerekend) worden aangerekend op de basis aangerekende bedragen voor (dag)hospitalisatie in 2023 en bij ZNA voor [VERTROUWELIJK]% in dezelfde periode (cf. para. 93 antwoord op het verzoek om inlichtingen van 15 maart 2024, stuk Z9. 25-03-2024 Antwoord op VOI.pdf). Het verschil in aangerekende ereloonsupplementen is vooral een gevolg van het feit dat er bij GZA een hoger aandeel patiënten is waarvoor

---

<sup>12</sup> Stuk FOD Volksgezondheid E2. 20240522\_VOI FOD, p. 2; stuk NIC D3. 20240529\_VOI derden\_finaal na NICpol - niet vertrouwelijke samenvatting def, p. 4.

<sup>13</sup> [VERTROUWELIJK].

een ereloonsupplement überhaupt kan worden aangerekend doordat o.a. (i) binnen ZNA vaker gekozen wordt voor een tweepersoonskamer en hiervoor geen ereloonsupplementen kunnen aangerekend worden. Concreet wordt er binnen GZA dus vaker gekozen voor de opname in een eenpersoonskamer en (ii) bij ZNA grotere afdelingen intensieve zorgen zijn waar geen supplementen mogen aangerekend worden.

22. Hierna tonen partijen aan dat er geen risico is op verhoging van het maximumpercentage voor ereloonsupplementen omwille van de fusie. De FOD Volksgezondheid benadrukt hieromtrent:

*“Ereloonsupplementen in ziekenhuizen zijn een complex gegeven en worden beïnvloed door vele factoren. Een causaal verband tussen enerzijds een stijging van de werkelijk aangerekende ereloonsupplementen en anderzijds de fusiebeweging, is in onze ogen nagenoeg onmogelijk te bewijzen gezien er zoveel factoren zijn die een impact hebben.”<sup>14</sup>*

Een onderbouwde conclusie inzake het effect van een fusie op de tariefzetting is in de ogen van de FOD Volksgezondheid nagenoeg onmogelijk.<sup>15</sup>

23. Vooreerst vertrekt het Auditoraat vanuit de premisse dat partijen marktmacht hebben die hen zou toelaten om het maximumpercentage voor ereloonsupplementen eenzijdig te verhogen. Hoger maakten partijen reeds voorbehoud bij de geografische marktdefinities die het Auditoraat hanteert voor de beoordeling van de concentraties (cf. *supra*, para. 15 en 16). Overeenkomstig de marktdefinitie van het Auditoraat zou ZAS een marktaandeel hebben van [40-50]%. Het Auditoraat besluit op basis hiervan dat ZAS voldoende marktmacht zou hebben om de prijzen te verhogen. Zoals hoger toegelicht, menen partijen dat de geografische markt ruimer gedefinieerd moet worden en hun gezamenlijk marktaandeel dus zeker onder 40% ligt. Minstens dient rekening te worden gehouden met het feit dat ziekenhuizen die buiten het zorggebied van ZAS gelegen zijn *“evenzeer concurrentiedruk kunnen uitoefenen in dat zorggebied”* (para. 212 Voorstel).

Zowel de Europese Commissie als de Belgische Mededingingsautoriteit aanvaarden dat concentraties met marktaandelen van minder dan 40% niet leiden tot een machtspositie, tenzij er uitzonderlijke omstandigheden voorhanden zijn.<sup>16</sup> Het Auditoraat heeft niet aangetoond dat deze uitzonderlijke omstandigheden zich *in casu* voordoen.

Het Auditoraat merkt zelf op dat er na de concentratie op de markt voor hospitalisaties nog vier concurrenten een marktaandeel van 5% of meer zouden hebben *“en aldus een aanzienlijke concurrentiedruk op de partijen uitoefenen. AZ Monica heeft een marktaandeel van [10%-20%], UZA heeft een marktaandeel van [0%-10%], AZ Klina heeft een marktaandeel van [0%-10%] en AZ Sint-Maarten heeft een marktaandeel van [0%-10%]. In het zorggebied zijn verschillende andere ziekenhuizen actief met een marktaandeel van 4% of minder”* (para. 240 Voorstel). In de Jolimont-beslissing<sup>17</sup> waren in de verschillende geografische markten gelijkaardige verdelingen

<sup>14</sup> Stuk FOD Volksgezondheid E2. 20240522\_VOI FOD, p. 1.

<sup>15</sup> Stuk FOD Volksgezondheid C5. 27-03-2024 Antwoord VOI, p. 5.

<sup>16</sup> Para. 17 Richtsnoeren Europese Commissie ter beoordeling van horizontale fusies; zie tevens, I. KOKKORIS and H. SHELANSKI, *EU Merger Control*, Oxford University Press 14, p. 229.

<sup>17</sup> Beslissing van 21 december 2023, nr. ABC-2023-C/C-50 in zaak nr. CONC-C/C-23/0018, *Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique De Mons Borinage Scrl / Asbl Pole Hospitalier Jolimont (“Jolimont-beslissing”)*.

van marktaandeelen tussen de concurrenten aan de orde.<sup>18</sup> Het Auditoraat besloot in zulk geval dat er geen risico's waren van significante belemmering van de daadwerkelijke mededinging op de Belgische markt of een wezenlijk deel daarvan. Er is geen reden waarom dit in deze zaak anders zou zijn. Voor een verdere situering van hun concurrenten verwijzen partijen naar hun uiteenzetting in para. 111 aanmeldingsformulier.

Het Auditoraat houdt ook geen rekening met het feit dat is aangetoond dat de marktaandeelen van GZA en ZNA in een snellere dalende lijn zijn dan bij haar concurrenten. Over de periode 2016-2023 daalden de verantwoorde bedden met 12,5% bij ZNA en met 14,2% bij GZA (para. 112 aanmeldingsformulier). Dit wijst ook duidelijk op concurrentiële druk.

24. Ten tweede benadrukken partijen dat zij niet de mogelijkheid hebben om aan de hand van de door het Auditoraat geïdentificeerde unilaterale effecten hun winst te verhogen. In haar richtsnoeren begrijpt de Europese Commissie onder "grotere marktmacht" immers onder meer "de mogelijkheid voor een of meer ondernemingen om op winstvergrotende wijze de prijzen te verhogen" (eigen onderlijning).<sup>19</sup> Zoals hoger toegelicht maken de ereloonsupplementen (en kamersupplementen) slechts een marginaal deel uit van de inkomsten van een ziekenhuis (cf. *supra*, para.17). Het is niet realistisch te denken dat een verhoging van deze supplementen werkelijk winstverhogend zal zijn, noch dat dit de nodige prikkel zou zijn voor de ziekenhuizen om hun prijzen te verhogen.

[VERTROUWELIJK].

In het licht hiervan bestaat er geen enkele prikkel voor ZAS om ereloonsupplementen te maximaliseren aangezien deze enkel de artsen en niet het ziekenhuis ten goede komen.

---

<sup>18</sup> Uit de studie van het Auditoraat bleek het volgende met betrekking tot de marktaandeelen (vrije vertaling), para. 214 Jolimont-beslissing:

- *In het verzorgingsgebied HAP-PHJ Bergen hebben drie concurrenten marktaandeelen groter dan of gelijk aan VERTROUWELIJK [0-10%] en oefenen dus een aanzienlijke concurrentiedruk uit op de partijen. Centre Hospitalier EpiCURA heeft een marktaandeel van VERTROUWELIJK [10-20%], CHU Tivoli heeft een marktaandeel van VERTROUWELIJK [10-20%] en CHR Haute Senne heeft een marktaandeel van [0-10%]. Verschillende andere ziekenhuizen zijn actief in de zorgzone HAP-PHJ Mons, maar met een marktaandeel van minder dan of gelijk aan VERTROUWELIJK [0-10%].*
- *In het verzorgingsgebied PHJ Warquignies heeft Centre Hospitalier EpiCURA een marktaandeel van VERTROUWELIJK [30-40%] en oefent daarmee een aanzienlijke concurrentiedruk uit op de partijen. Verschillende andere ziekenhuizen zijn actief in het verzorgingsgebied van PHJ Warquignies, maar met een marktaandeel van minder dan of gelijk aan VERTROUWELIJK [0-10%].*
- *In de verzorgingszone van PHJ Jolimont hebben vier concurrenten marktaandeelen groter dan of gelijk aan VERTROUWELIJK [0-10%] en oefenen zij dus een aanzienlijke concurrentiedruk uit op de partijen. CHU Charleroi en Grand Hopital de Charleroi hebben elk een marktaandeel van VERTROUWELIJK [10-20%], VERTROUWELIJK [CHU Tivoli heeft een marktaandeel van [10-20%] en Clinique Notre-Dame de Groce heeft een marktaandeel van [0-10%]. Verschillende andere ziekenhuizen zijn actief in de zorgzone PHJ Jolimont, maar met een marktaandeel van minder dan of gelijk aan VERTROUWELIJK [0-10%] (para. 214 analyse Auditoraat van de Jolimont-beslissing).*

<sup>19</sup> Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen, para. 8.

25. Ten derde merken partijen op dat net zoals dat het geval is voor verminderde toegankelijkheid (para. 465 Voorstel), het verhogen van ereloon-supplementen patiënten er toe zou kunnen aanzetten om zich te wenden tot andere ziekenhuizen.

Er is duidelijk een grote beschikbare capaciteit in de regio. Op basis hiervan kan worden besloten dat een patiënt in de regio voldoende alternatieven heeft (zie ook in deze lijn para. 257-258 Jolimont-beslissing). Dit bevestigt het Auditoraat ook in deze zaak: *“Het bevestigt dat er vandaag en in de toekomst verschillende alternatieven bestaan voor patiënten die in de geïdentificeerde zorgzone verblijven (...)”* (para. 416 van het Voorstel).

Zoals blijkt uit de beslissingspraktijk van de Europese Commissie zorgt overcapaciteit ervoor dat de mogelijkheid om enige marktmacht uit te oefenen na een concentratie beperkt is.<sup>20</sup> Dit is ook in lijn met de Richtsnoeren van de Europese Commissie voor de beoordeling van horizontale fusies die stellen dat:

*“Wanneer de marktomstandigheden daarentegen van dien aard zijn dat concurrerende ondernemingen over voldoende capaciteit beschikken, en het voldoende verhogen van de verkoop voor hen winstvergroten is, is de kans klein dat de Commissie tot de conclusie komt dat de fusie een machtspositie in het leven zal roepen of zal versterken, of anderszins de daadwerkelijke mededinging op significante wijze zal belemmeren.”<sup>21</sup>*

Het Auditoraat doet uitschijnen dat patiënten geen uitwijkmogelijkheden zouden hebben omdat *“afstand een cruciale rol speelt bij de keuze van een ziekenhuis, zodat de meeste patiënten naar de ziekenhuizen gaan die het dichtst bij hun woonplaats liggen en weinig andere alternatieven hebben”* (para 327 Voorstel). Dit is onjuist. Om deze stelling te onderbouwen verwijst het Auditoraat naar verschillende studies aangaande de ziekenhuissector in de VS en het VK. Het is sterk te betwijfelen of voor een dichtbevolkte regio als België dezelfde conclusies getrokken kunnen worden. Dat bevestigt de FOD Volksgezondheid ook:

*“Er valt niet te ontkennen dat België, in vergelijking met haar buurlanden, een enorm aanbod heeft aan ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.”<sup>22</sup>*

In dezelfde lijn stelt de FOD Volksgezondheid:

*“In België hebben patiënten absolute keuzevrijheid. Er is dus in theorie geen enkel obstakel voor de patiënten binnen de betrokken geografische zone om naar andere ziekenhuizen te gaan.”<sup>23</sup>*

De specifieke situatie in de Antwerpse regio waarbij het Netwerk ZAS en het ziekenhuisnetwerk Helix overlappend zijn, zorgt er bovendien voor dat de patiënt steeds toegang zal hebben tot (volwaardige) alternatieven op het vlak van het zorgaanbod. Het UZA heeft als universitair ziekenhuis een grote aantrekkingskracht en speelt dit ten volle uit. Bovendien maken de andere

---

<sup>20</sup> Zaak COMP/M.7631 - ROYAL DUTCH SHELL/ BG GROUP, para. 72. Zie ook, Affaire COMP/M.6101 - UPM/ Myllykoski and Rhein Papier en Zaak COMP/M.5109 - Danisco/Abitec, waarbij de concentraties toelaatbaar werden verklaard onder meer omwille van het bestaan van overcapaciteit.

<sup>21</sup> Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen, para. 33. Zie voor een toepassing : Gerecht 9 juli 2007, T-282/06, *Sun Chemical Group BV e.a. v Commission*, ECLI:EU:T:2007:203, para 171.

<sup>22</sup> Zie stuk C5. Antwoord FOD Volksgezondheid van 27 maart 2024, antwoord op vraag 5. Zie in diezelfde zin ook stuk Departement Zorg C2. PV\_Departement\_Zorg-NIET\_VERTROUWELIJK\_DEF, punt 16 en 23.

<sup>23</sup> Zie stuk C5. Antwoord FOD Volksgezondheid van 27 maart 2024, antwoord op vraag 11.

ziekenhuizen uit de onmiddellijke omgeving – waaronder AZ Klina en AZ Monica – deel uit van hetzelfde netwerk met UZA. Ook in de ruimere omgeving (maar nog binnen de provincie Antwerpen) zijn er verschillende aantrekkelijke ziekenhuizen, zoals AZ Rivierenland (deel van het Helix-netwerk met sites in Rumst, Bornem en Willebroek), AZ Sint-Maarten (Mechelen), Imeldaziekenhuis (Bonheiden), Heilig Hart Ziekenhuis (Lier), AZ Turnhout (Turnhout) en AZ Voorkempen (ook deel van het Helix netwerk, te Malle).

Partijen bemerken dat het Auditoraat ook onduidelijk is over het feit of patiënten al dan niet prijsgevoelig zijn. In para. 542 van het Voorstel (in het kader van de vermeende gecoördineerde effecten) stelt het Auditoraat immers dat *“een patiënt in principe een ziekenhuis kan kiezen op basis van het maximale ereloonsupplement.”* In para. 550 van het Voorstel stelt het Auditoraat dan weer dat *“patiënten over het algemeen niet erg prijsgevoelig zijn gezien de aard van hun vraag (die niet erg vermijdbaar is), die voornamelijk wordt beïnvloed door de afstand tot de ziekenhuislocatie en de kwaliteitsperceptie (al dan niet via de huisarts).”* Partijen benadrukken opnieuw dat ereloonsupplementen uitsluitend aangerekend kunnen worden aan patiënten die kiezen voor een eenpersoonskamer. Er geldt een algemeen wettelijk verbod op ereloonsupplementen in twee- en meerpersoonskamers. In bepaalde gevallen geldt ook een wettelijk verbod op ereloonsupplementen op éénpersoonskamers, zoals bijvoorbeeld bij intensieve zorgen (cf. para 226 aanmeldingsformulier). Het is dus, zoals ook bevestigd door het marktonderzoek<sup>24</sup>, finaal de patiënt die kiest voor een eenpersoonskamer en dus ook bepaalt of er ereloonsupplementen kunnen worden aangerekend door al dan niet te kiezen voor een eenpersoonskamer. In dat geval zijn het overigens doorgaans patiënten met een hospitalisatieverzekering.

Partijen besluiten dat er een reëel risico bestaat dat bij een verhoging van ereloonsupplementen patiënten niet langer zouden kiezen voor ZAS en dus hun marktaandeel (verder) zou kunnen dalen.

26. Ten vierde benadrukken partijen dat een verlies aan marktaandeel rechtstreeks een (negatieve) invloed heeft op het Budget van Financiële Middelen (“**BFM**”) van ZAS. Hoe lager het aantal verantwoorde bedden, hoe lager het toegekende BFM.<sup>25</sup> Het BFM is een van de enige inkomstenposten die volledig het ziekenhuis toekomt. Ereloonsupplementen moeten, zoals hiervoor toegelicht (cf. *supra*, para. 24), conform de financiële regeling van ZAS voor een zeer groot deel aan artsen doorgestort worden. Samen met het feit dat verhoogde ereloonsupplementen finaal er niet toe leidt dat de winst van het ziekenhuis (betekenisvol) zal stijgen (cf. *supra*, para. 24), benadrukken partijen dat zij het risico niet zullen nemen om hierdoor ook marktaandeel en dus ook BFM te verliezen. Dit geldt des te meer nu, zoals hoger toegelicht, het marktaandeel in hospitalisatie van zowel GZA als ZNA reeds in dalende lijn is (cf. *supra*, para. 22).
27. Ten vijfde benadrukken partijen dat er op heden sprake is van een “bevrozing” van de ereloonsupplementen die kunnen aangerekend worden bij prestaties voor patiënten die hebben

---

<sup>24</sup> Zie stuk E2. 20-02-2024 bijlage 1 ondertekend PV AZ Monica waarin de heer Geert Smits, CEO van AZ Monica het volgende stelt: “Supplementen zijn altijd een keuze dankzij het bestaan van het tweepersoonskamersysteem waar er geen supplementen gefactureerd mogen worden.”

<sup>25</sup> Het Budget Financiële Middelen - Naar een gezond België (gezondbelgie.be)

gekozen voor een éénpersoonskamer, de zogenaamde “standstill” (cf. para. 137 en 231 van het aanmeldingsformulier). Deze standstill houdt in dat ziekenhuizen ingevolge de collectieve overeenkomst van de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen, welke algemeen verbindend is verklaard bij KB van 20 juli 2022, vanaf januari 2022 tot 31 december 2023 hun maximumtarieven voor ereloonsupplementen zoals bepaald in de algemene regeling niet mogen verhogen.<sup>26</sup> Deze standstill is recent verlengd tot eind 2024.<sup>27</sup> Zoals het Departement Zorg ook heeft benadrukt, toont dit aan dat ereloonsupplementen steeds gereguleerd kunnen worden vanuit andere bevoegdheidsniveaus.<sup>28</sup>

28. Tot slot merken partijen op dat het Auditoraat geen rekening lijkt te houden met het feit dat hun eigen statuten de betaalbaarheid van de zorg verankeren. Zoals uitvoerig is toegelicht in het aanmeldingsformulier is de toegankelijkheid voor de patiënt, en dus ook de betaalbaarheid van zorg, een rode draad doorheen onder meer de toekomstige missie, visie en waarden van ZAS, de toekomstige statuten, de zorgstrategie, de werking van de sociale dienst, de financieel bemiddelaars, etc. (cf. para. 127 ev. aanmeldingsformulier). Een onverantwoorde stijging van supplementen strookt duidelijk niet met deze principes en neemt elke prikkel voor ZAS weg om dit te doen.<sup>29</sup> Tevens lijkt het Auditoraat geen rekening te houden met het zeer atypisch demografisch en sociaal profiel van de patiënten (para. 136 aanmeldingsformulier). Gezien deze specifieke populatie en noden is het aldus niet mogelijk voor ZAS om bijvoorbeeld prijzen significant te doen stijgen of de kwaliteit af te bouwen of te doen dalen. Het is opvallend dat het Auditoraat dit element wel duidelijk in acht nam in de Jolimont-beslissing om te besluiten dat het risico op prijsverhoging onbestaand is (para. 322-323 Jolimont-beslissing). Het is niet duidelijk waarom dit in deze zaak ook niet het geval zou zijn.

(ii) Geen verhoging van de kamersupplementen

29. Partijen wijzen ook met betrekking tot de kamersupplementen op een foutieve premisse van het Auditoraat. Het Auditoraat veronderstelt dat ZNA lagere kamersupplementen hanteert dan GZA. Dit is onjuist.

De tarieven voor de “normale” eenpersoonskamers zijn identiek bij GZA en ZNA (met name 65 euro) (zie tevens de tabel in para. 344 en 345 Voorstel). Deze maken het overgrote deel uit van het aantal eenpersoonskamers. Van het aantal eenpersoonskamers waarvoor in 2024 minstens

---

<sup>26</sup> Koninklijk besluit van 11 juli 2023 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, BS 2 oktober 2023.

<sup>27</sup> Collectieve Overeenkomst van 22 februari 2024, algemeen verbindend verklaard bij koninklijk besluit van 3 mei 2024 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve overeenkomst van 22 februari 2024, gesloten binnen de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen, over het stabiliseren van de honorariumsupplementen en afdrachten.

<sup>28</sup> Zie stuk Departement Zorg C2. PV\_Departement\_Zorg-NIET\_VERTROUWELIJK\_DEF, p. 5. Zie in diezelfde zin ook stuk FOD Volksgezondheid E2. 20240522\_VOI FOD, p. 2 (antwoord op vraag 1).

<sup>29</sup> [VERTROUWELIJK].

1 facturatie is gebeurd, maken de “normale” eenpersoonskamers binnen GZA [VERTROUWELIJK]% van het totale aantal eenpersoonskamers uit en binnen ZNA [VERTROUWELIJK]% van het totale aantal eenpersoonskamers. Gelet op dit alles, kan dus bezwaarlijk gesteld worden dat GZA duurder is dan ZNA voor wat betreft kamersupplementen.

30. Hierna tonen partijen aan dat er ook geen risico is op verhoging van de kamersupplementen.
31. Vooreerst gelden veel van de argumenten aangehaald in het kader van het maximum ereloonsupplement ook voor de kamersupplementen. Er is geen marktmacht (cf. *supra*, para. 22).
32. Ten tweede [VERTROUWELIJK].

33. Ten derde vreest het Auditoraat dat na de concentratie de kamersupplementen tussen GZA en ZNA geharmoniseerd zullen worden op het duurste niveau van GZA. Partijen veronderstellen dat het hier dan gaat over andere kamers dan de “normale” eenpersoonskamers, met name de kamers voor materniteit bij ZNA (d.i. “eenpersoonskamer materniteit” (80 euro) en “luxekamer materniteit” (140 euro)) aangezien de kamersupplementen voor de “normale” eenpersoonskamers reeds dezelfde zijn.

Het Auditoraat meent dat dit het gevolg zou kunnen zijn van de zorgverschuivingen tussen de verschillende campussen (para. 358 Voorstel).

[VERTROUWELIJK].

Mocht dat toch het geval zijn, dan zal de patiënt, zoals wettelijk bepaald, nog steeds de vrijheid hebben om te kiezen voor een eenpersoonskamer of een twee- of meerpersoonskamer. Kamersupplementen kunnen enkel aangerekend worden aan patiënten die effectief gevraagd hebben naar een eenpersoonskamer en deze ook hebben gekregen. De meest kwetsbare patiënten vallen niet in deze categorie. Ook patiënten zonder hospitalisatieverzekering kiezen doorgaans niet voor een eenpersoonskamer.

In tegenstelling tot wat het Auditoraat lijkt te blijven aannemen, zullen er geen zorgverschuivingen plaatsvinden op het vlak van [VERTROUWELIJK]. Er is aldus geen enkele prikkel voor ZAS om na de concentratie deze kamersupplementen te uniformiseren. [VERTROUWELIJK].

Voor cardio-thoraco-vasculaire activiteiten (para. 348 Voorstel) gelden de tarieven voor “normale” eenpersoonskamers. Deze zijn nu reeds gelijk waardoor de concentratie op dit punt ook geen effect kan hebben.

Indien er na de concentratie toch zorgverschuivingen zouden plaatsvinden, dan zal de patiënt in principe kiezen om zijn arts te volgen en mee te verschuiven met de activiteit naar een andere site. In dit geval spreken we over dezelfde patiënt die op een andere site langs komt en dus hetzelfde sociale profiel heeft. Voor deze patiënt heeft het geen zin om een hoger supplement (eventueel eigen aan die nieuwe site) aan te rekenen, aangezien het risico te hoog is dat deze patiënt dat niet kan betalen.

34. Ten vierde hebben partijen geen prikkel om de kamersupplementen te doen stijgen. De inkomsten van kamersupplementen vertegenwoordigen resp. [VERTROUWELIJK]% en [VERTROUWELIJK]% van de totale omzet van ziekenhuizen (cf. *supra*, para. 17). Een verhoging van de kamersupplementen zal er dus niet toe leiden dat de winst van de ziekenhuizen stijgt (cf. *supra*, para. 24). In tegendeel, het zou het marktaandeel van ZAS en dus ook het belangrijke BFM verder kunnen doen dalen. Er zijn immers voldoende uitwijkmogelijkheden voor de patiënten (cf. *supra*, para. 25), ook binnen hetzelfde ziekenhuis. Zoals ook bevestigd in de Jolimont-beslissing (para 324 Jolimont-beslissing), hebben patiënten steeds de keuze hebben voor een twee- of meerpersoonskamer waar geen kamersupplementen kunnen worden aangerekend.

#### **B. MARKT VOOR GESPECIALISEERDE AMBULANTE ZORG**

35. Het Auditoraat identificeert een risico op toename in het gebruik van ereloonsupplementen voor ambulante zorg – d.w.z. de *frequentie* waarmee ze worden toegepast – en een potentiële toename in de omvang van de ereloonsupplementen voor ambulante zorg (para. 362 Voorstel).
36. Hierna tonen partijen aan dat er ook geen risico is op verhoging van de ereloonsupplementen voor gespecialiseerde ambulante zorg.
37. Vooreerst is het niet duidelijk op welke basis het Auditoraat besluit dat er voldoende marktmacht is om eenzijdig de ereloonsupplementen voor gespecialiseerde ambulante zorg te verhogen. Zo lijkt het Auditoraat uit het oog te verliezen dat artsen in de overgrote meerderheid van de gevallen zelfstandigen zijn. De FOD Volksgezondheid benadrukt dat dit inhoudt dat het aanbod van de zorg niet alleen door het ziekenhuis (of de overheid), maar ook door het

artsenkorps gestuurd wordt.<sup>30</sup> Meer en meer zien ziekenhuizen de ambulante activiteit “wegdraineren” naar de privépraktijken, omdat gedeconventioneerde artsen zich in die privépraktijken op geen enkele wijze geconfronteerd zien met contractuele beperkingen qua ereloonsupplementen en volledig vrij zijn om de hoogte van hun ereloon te bepalen. Zo ondervinden ziekenhuizen vandaag reeds ernstige moeilijkheden om bv. dermatologen en oogartsen te vinden die nog ambulante prestaties in het ziekenhuis willen verrichten. De ambulante activiteit van het ziekenhuis is voor het ziekenhuis één van de belangrijke toegangspoorten tot patiënten. Het is daarom van belang dat er een goed evenwicht wordt gevonden tussen enerzijds de toegankelijkheid van de ambulante zorg in het ziekenhuis door een maximum te voorzien voor de ereloonsupplementen, en anderzijds de instandhouding van de ambulante praktijk in het ziekenhuis waarbij het ambulante ereloonsupplementenbeleid niet dusdanig streng wordt gemaakt dat artsen voor ambulante prestaties uit het ziekenhuis trekken.

Het Auditoraat heeft vastgesteld dat de verschillende zorginstellingen die gespecialiseerde ambulante zorg verlenen buiten een ziekenhuis een gezamenlijk marktaandeel hebben van [30-40%]. Aanmeldende partijen begrijpen niet waarom deze zorginstellingen geen concurrentiële druk zouden uitoefenen, te meer gelet op het gegeven dat deze zorginstellingen niet gebonden zijn aan beperkingen inzake de aanrekening van ereloonsupplementen (cf. para. 133 aanmeldingsformulier). Ze zijn een zeer reëel alternatief voor de patiënten en nemen steeds meer in aantal toe (cf. para. 112 aanmeldingsformulier). Net zoals in de Jolimont-beslissing (cf. para. 327 Jolimont-beslissing) moet worden vastgesteld dat er grote concurrentie is, niet enkel met andere ziekenhuizen, maar met tal van zorgverleners, zoals gezondheidshuizen, radiologiepraktijken, privépraktijken. Deze vormen een reëel alternatief voor de patiënt en hier gelden geen beperkingen inzake de aanrekening van ereloonsupplementen. Dit werd ook bevestigd door o.a. het Departement Zorg<sup>31</sup>, het RIZIV<sup>32</sup>, de FOD Volksgezondheid<sup>33</sup>, Dr. Joost Baert CEO van AZ Klina<sup>34</sup>, de Christelijke Mutualiteit<sup>35</sup> en Zorgnet Icuuro<sup>36</sup>.

Tot slot stelt het Auditoraat zelf vast dat in het marktonderzoek geen expliciete bezorgdheden zijn overgemaakt met betrekking tot de supplementen van ambulante zorg (para 376 van het Voorstel). Dit zou volgens het Auditoraat wel blijken uit twee studies van het IMA, waarin bepaalde vaststellingen zijn gedaan over ereloonsupplementen op de ambulante medische beeldvorming. Zoals het Departement Zorg ook heeft benadrukt in het marktonderzoek,

---

<sup>30</sup> Stuk FOD Volksgezondheid C5. 27-03-2024 Antwoord VOI, p. 5.

<sup>31</sup> Zie stuk B7. Antwoord Departement Zorg, p. 5 waarin het departement o.a. verwijst naar “privéklinieken” en “particuliere medische praktijken.”

<sup>32</sup> Zie stuk C8. Antwoord, p. 3 waarin het RIZIV het volgende stelt: “Alle ambulante zorgverstrekkers die buiten de muren van het ziekenhuis werken oefenen een concurrentiedruk op de ambulante zorg verleend door het ziekenhuis.”

<sup>33</sup> Zie stuk C5. 27-03-2024 Antwoord VOI, p. 4 waar de FOD Volksgezondheid verwijst naar “kabinetten van artsen en medische centra.”

<sup>34</sup> Zie stuk D2. 21-03-2024 Ondertekende versie PV, p. 3: “De auditeur komt terug op de privépraktijken voor wat betreft ambulante zorg en vraagt of AZ Klina concurrentiële druk ondervindt. Dr. Baert beaamt dit [...]” en “verder stelt dr. Baert dat de corebusiness van ziekenhuizen in de toekomst zou kunnen veranderen door deze tendens, waarbij ziekenhuizen enkel nog de complexe en dure behandelingen zullen uitvoeren.”

<sup>35</sup> Zie stuk B2. 29-02-2024 Antwoord op VOI van 16 02 2024, p. 3 waarin de Christelijke Mutualiteit het volgende stelt: “De concurrentie van diverse “private” initiatieven ontwikkeld door zorgverleners neemt spectaculair toe. Dit evolueert naar een duale gezondheidszorg, gerelateerd aan de socio-economische positie van de betrokken patiënten.”

<sup>36</sup> Zie stuk B2. 04-03-2024 Antwoord op VOI van 16 02 2024, p. 7 waarin Zorgnet Icuuro poneert dat “Alle spelers die zich kwalificeren en gemachtigd zijn dergelijke ambulante zorgen te verstrekken” concurrentiedruk uitoefenen op de aanmeldende partijen, m.i.v. “artsen in privépraktijken, privéklinieken [...]”

worden de ereloonsupplementen gereguleerd vanuit andere bevoegdheidsniveaus.<sup>37</sup> Eind vorig jaar is de federale wetgever immers (naar aanleiding van de IMA studie) tussen gekomen om de aanrekening van ereloonsupplementen op medische beeldvorming in de ambulante setting te beperken (cf. Para. 232 van het aanmeldingsformulier).

38. Ten tweede hebben partijen geen prikkel om hun ereloonsupplementen in ambulante context te verhogen gezien het marginale aandeel van de ereloonsupplementen in ambulante context in de totale omzet [VERTROUWELIJK] (Bijlage 52 bij het antwoord op het verzoek om inlichtingen van 31 januari 2024).

Bovendien is de polikliniek (en heel de ambulante context) een van de grootste toegangspoorten tot het ziekenhuis. Dit is meestal het eerste contact met het ziekenhuis en kan mogelijk leiden tot een opname (en dus een verhoging van het BFM). Het is dan ook volstrekt onlogisch om patiënten voor ambulante zorg af te schrikken met hoge ereloonsupplementen.

## VI. SCHADETHEORIEËN – GECOÖRDINEERDE EFFECTEN

39. Het Auditoraat besluit in het Voorstel dat door de concentratie op de lokale markt voor hospitalisaties een mogelijkheid tot gecoördineerde effecten bestaat waardoor er ernstige twijfels bestaan over de toelaatbaarheid van de concentratie (para. 576 Voorstel). Het Auditoraat verduidelijkt dat de coördinatie zich specifiek zou kunnen afspelen op *“het gebied van het maximale niveau aan ereloonsupplementen die door artsen mogen aangerekend worden en in de algemene regeling van het ziekenhuis moeten opgenomen worden”* (para. 575 Voorstel). Partijen zijn het eens met het Auditoraat dat zulk risico in elk geval niet bestaat op de andere relevante markten en evenmin op het vlak van kwaliteit of toegankelijkheid (para. 540 Voorstel).

Het is niet duidelijk of het Auditoraat ook een risico op coördinatie op het vlak van kamersupplementen ziet. In para. 537 en 540 van het Voorstel wordt immers ook verwezen naar coördinatie op het vlak van kamersupplementen. Dit wordt evenwel niet verder uitgewerkt. Dit wordt later in het besluit ook niet hernomen (para. 576 Voorstel).

40. Net als bij de vermeende unilaterale effecten, benadrukken partijen voorafgaandelijk dat het vermeende risico op gecoördineerde effecten op het vlak van het maximumereloonsupplement slechts zou kunnen afspelen op een marginaal stuk van de omzet van de ziekenhuizen [VERTROUWELIJK] (cf. *supra*, para. 17). Hierdoor hebben de ziekenhuizen niet de nodige prikkel om op dit vlak te coördineren.
41. Hierna tonen partijen dat het risico op gecoördineerde effecten onbestaand, minstens overschat is en er geheel geen prikkel en mogelijkheid is voor de partijen om te coördineren op het vlak van supplementen.

---

<sup>37</sup> Zie stuk Departement Zorg C2. PV\_Departement\_Zorg-NIET\_VERTROUWELIJK\_DEF, p. 5. Zie in diezelfde zin ook stuk FOD Volksgezondheid E2. 20240522\_VOI FOD, p. 2 (antwoord op vraag 1).

De door het Auditoraat aangevoerde schadetheorieën moeten voldoende realistisch en plausibel zijn.<sup>38</sup> Het Auditoraat moet op basis van deugdelijk bewijs en met een voldoende mate van waarschijnlijkheid aantonen dat een gedraging zich daadwerkelijk zal voordoen.<sup>39</sup> Hierna zal worden aangetoond dat het Voorstel niet voldoet aan deze bewijsstandaard.

**A. GEEN STRUCTURELE KENMERKEN DIE BEVORDERLIJK ZIJN VOOR STILZWIJGENDE COÖRDINATIE IN HET ZORGBEBIED VAN DE PARTIJEN**

42. Het Auditoraat identificeert een aantal elementen die, conform de rechtspraak van het Hof van Justitie, de marktomstandigheden kunnen creëren die een stilzwijgende coördinatie zouden kunnen faciliteren. Partijen zullen hierna beknopt aanstippen waarom zij het niet eens zijn met de bevindingen van het Auditoraat.

43. Het Auditoraat besluit dat **de markt sterk geconcentreerd is** aangezien partijen samen met hun drie belangrijkste concurrenten, met name AZ Klina, AZ Monica en UZA, een gecombineerd marktaandeel van [60%-70%] (para. 501 Voorstel).

Partijen zijn het niet eens met deze bevinding. Korthedshalve verwijzen partijen hier naar wat hiervoor is uiteengezet omtrent (geografische) marktdefinitie (cf. *supra*, para. 15 en 16) en concurrentiële druk die wordt uitgeoefend door andere ziekenhuizen (cf. *supra*, para. 22). Het is overigens onduidelijk voor partijen waarom het Auditoraat hier geen rekening houdt met de andere concurrenten actief in de markt, waaronder AZ Sint Maarten, AZ Voorkempen, AZ Nikolaas en AZ Rivierenland (elk ook met een marktaandeel van [0%-10%]). Dit geldt des te meer voor AZ Rivierland en AZ Voorkempen die tevens deel zijn van het Helix-netwerk. Als het Auditoraat de rol van het tweede ziekenhuisnetwerk in Antwerpen benadrukt (para. 564-565 Voorstel), dan dient ze ook rekening te houden met alle leden van dit netwerk voor de beoordeling van vermeende gecoördineerde effecten.

44. Het Auditoraat besluit voorts dat na de concentratie partijen en haar naaste concurrenten “**een zekere mate van symmetrie vertonen op het vlak van zorgaanbod, en een zekere asymmetrie op het vlak van capaciteiten en marktaandelen**” (para. 509 Voorstel).

Dit besluit van het Auditoraat verbaast aangezien zij in de Jolimont-beslissing uitdrukkelijk bevestigt dat de dienstverlening van hospitalisatie naar haar aard en organisatie uiterst complex en heterogeen is (para. 232 analyse Auditoraat in de Jolimont-beslissing). Ingegeven door de complexiteit van pathologie, staan verschillende diensten naar gelang de patiënt in verband met elkaar. Elke patiënt doorloopt een ander traject en ondergaat andere behandelingen aangeboden door verschillende diensten. Het betreft daarenboven een enorme hoeveelheid aan verschillende diensten.

In dezelfde Jolimont-beslissing besloot het Auditoraat terecht dat deze complexiteit nog wordt versterkt door het feit dat ziekenhuizen en andere aanbieders van ambulante zorg onderhevig zijn aan een hoge mate van structurele asymmetrie die hun respectievelijke stimulansen

<sup>38</sup> K. Bourgeois, *Concentratiecontrole in België*, 2022, Intersentia, p. 95; BMA 25 oktober 2013, nr. 2013-C/C-03, *De oprichting van het Mediahuis door Corelio NV en Concentra NV*, [www.bma-abc.be/sites/default/files/content/download/attachment/2013CC03-BMA\\_pub.pdf](http://www.bma-abc.be/sites/default/files/content/download/attachment/2013CC03-BMA_pub.pdf), punten 672 – 674.

<sup>39</sup> Ger.EU, 11 december 2013, *Cisco Systems Inc./Commissie*, T-79/12, punt 62; Ger.EU, 14 december 2005, *General Electric/Commissie*, T-210/01, punt 464.

beïnvloedt (para. 232 analyse Auditoraat in de Jolimont-beslissing). Naast de locoregionale basiszorg die elk ziekenhuis dient aan te bieden, bieden de ziekenhuizen elk nog daarnaast een veelheid aan specifieke, gespecialiseerde, diensten aan die niet steeds met elkaar te vergelijken zijn. Dit is zeer vaak gelinkt aan de specialiteiten en interesses van specifieke artsen.

De grote mate van asymmetrie bestaat ook op het vlak van financiële regelingen. Elke ziekenhuis heeft een eigen financiële regeling afgesloten met haar artsen.

Het Auditoraat erkent dat asymmetrie in de regel zowel het coördinatie- als handhavingsprobleem in de weg staan (para. 502 Voorstel). Het Auditoraat wijst echter op een uitzondering hierop waar ondanks asymmetrie door de concentratie de fuserende entiteit marktleider wordt (para. 567 Voorstel). Het Auditoraat verwijst hiervoor naar de beslissing van de Europese Commissie inzake *ABF-GBI Business*, waarbij het gecombineerde marktaandeel van de fuserende entiteit op een oligopolistische markt na de fusie meer dan 80% bedraagt en naar de beslissing van de Europese Commissie inzake *Robers Wissemans/Scottish Milk Dairy* waar het gecombineerde marktaandeel van de fuserende entiteit na de concentratie tussen de 60% en 70% bedraagt. In deze zaak is geen sprake van zulk hoge gecombineerde marktaandeel (met name op de (lokale) markt voor hospitalisaties [40-50]%). Evenmin is sprake van een oligopolistische markt met 7 concurrenten, met name AZ Klina, AZ Monica, UZA, AZ Sint Maarten, AZ Voorkempen, AZ Nikolaas en AZ Rivierenland. Bovendien toont het Auditoraat niet aan waarom ZAS dan wel als marktleider zou worden beschouwd door haar concurrenten. Het Auditoraat vergeet daarbij bijvoorbeeld de aantrekkelijkheid van UZA als universitair ziekenhuis. Partijen menen dan ook dat de verwijzing naar marktleiderschap van ZAS hier louter hypothetisch is en de aanwezige asymmetrie enige coördinatie hier net verhindert.

45. Voorts stelt het Auditoraat dat de markt voor hospitalisaties gekenmerkt wordt door **een grote mate van transparantie** op het vlak van prijzen en capaciteiten (para. 522 Voorstel). Partijen ontkennen niet dat het maximumereloonsupplement dat van toepassing is bij de ziekenhuizen inderdaad publiek bekend is (via het IMA). Dit betekent evenwel nog niet dat er transparantie bestaat omtrent de *effectieve* inkomsten die via ereloonsupplementen gegenereerd worden (want artsen bepalen binnen het maximum vastgestelde percentage vrij of en welke ereloonsupplement zij aanrekenen en daarop hebben andere ziekenhuizen geen zicht) en welke bedragen finaal de ziekenhuizen toekomen. De specifieke afspraken tussen ziekenhuizen en artsen in de financiële regelingen van de ziekenhuizen zijn niet publiek. Evenmin is er actuele data beschikbaar omtrent het volume van patiënten die bij de concurrentie kiezen voor een eenpersoonskamer (en waaraan dus ereloonsupplementen mogen worden aangerekend). Om tot enige coördinatie te kunnen komen zou daarover minstens ook transparantie moeten zijn.

Voorts merken partijen op dat dit concentratiedossier heeft aangetoond dat ziekenhuizen niet in staat zijn om hun eigen marktaandeel of dat van hun concurrenten te berekenen op het granulair niveau waarop het Auditoraat meent dat concurrentie zich afspeelt. Het is hypothetisch te denken dat ziekenhuizen zouden overgaan tot coördinatie zonder enigszins een idee te hebben van hun respectievelijke marktposities.

46. Het Auditoraat besluit tevens dat er **reeds frequente uitwisselingen tussen de partijen en tussen de partijen en andere ziekenhuizen zijn** (para. 528 Voorstel). De vraag die zich hier stelt is of er door de concentratie coördinatie kan plaatsvinden tussen de fuserende entiteit en haar

concurrenten. Het Auditoraat hinkt hier ook op twee gedachten door enerzijds te stellen dat coördinatie tussen ziekenhuizen “wenselijk kan zijn omdat het de follow-up en zorgtrajecten van patiënten kan verbeteren (...) en dus meer in het algemeen het beheer van de volksgezondheid kan vergemakkelijken” (Voorstel 524). Anderzijds stelt het Auditoraat dat dit de kiem zou kunnen zijn voor uitwisseling van gevoelige informatie (para. 530 Voorstel).

De contacten en samenwerkingen tussen de ziekenhuizen en de netwerken in het zorggebied zijn, zoals uitgebreid aangetoond in para. 195 e.v. van het aanmeldingsformulier, juist gericht op een verbetering van (de kwaliteit van) het zorgaanbod in de zorgregio ten behoeve van de patiënten. Partijen verwijzen in dit kader ook naar het antwoord op het verzoek om inlichtingen van 15 maart 2024 waarin geduid is welk overleg er binnen de zorgregio is en wat het opzet is van dit overleg (stuk Z9. 25-03-2024 Antwoord op VOI.pdf). Aanmeldende partijen begrijpen niet waarom het Auditoraat meent dat deze samenwerkingen en overlegmomenten (stilzwijgende) coördinatie bevorderen. Overleg tussen de ziekenhuizen in het kader van de afstemming omtrent de zorgstrategische planning is nodig en bovendien een wettelijke verplichting. Zonder enige indicaties gaat het Auditoraat er van uit dat in dit verband ook mededingingsbeperkende uitwisselingen zouden plaatsvinden. Partijen vonden hiervan in elk geval geen spoor van terug in het dossier.

47. Tot slot verwijst het Auditoraat naar indicaties van **een mogelijke “no-poaching overeenkomst” tussen ziekenhuizen in de Antwerpse regio** (para. 531 e.v. Voorstel). Het Auditoraat steunt hierbij op een verklaring van de CEO van UZA die door het Auditoraat geïnterviewd werd. Het betreft een eenzijdige verklaring zonder verdere context of bewijs. Partijen hebben geen kennis van zulke overeenkomst. Het is onduidelijk of het Auditoraat hier in het kader van de concentratiecontrole verder onderzoek naar heeft gedaan teneinde de juistheid van deze stelling te verifiëren. Het is ook onduidelijk of het Auditoraat deze stelling juridisch verder heeft getoetst.

#### **B. GEEN RISICO OP EEN STILZWIJGENDE VERSTANDHOUDING**

48. Het Auditoraat stelt dat de kans op een duurzame coördinatie groot is omdat er gemakkelijk controle kan worden uitgeoefend (op de maximum ereloonsupplementen) maar ook omdat het afwijken van de coördinatie (met name bv. lagere maximum ereloonsupplementen hanteren) niet voordelig zou zijn omdat patiënten zich niet snel zouden richten tot een ander ziekenhuis.
49. Vooreerst menen partijen dat het Auditoraat onvoldoende heeft aangetoond dat zij daadwerkelijk de nodige prikkel zouden hebben om de maxima voor ereloonsupplementen na de concentratie te verhogen. Korthedshalve verwijzen partijen naar hun argumentatie dat er geen prikkel is om ereloonsupplementen te doen stijgen (cf. *supra*, para. 22).
50. Voorts is het enigszins opmerkelijk dat het onderzoek in voorliggend dossier heeft uitgewezen dat verzekeraars niet over voldoende compenserende marktmacht zouden beschikken, daar waar hospitalisatieverzekeraars in de marktbevraging uitgevoerd in het kader van de Jolimont-beslissing bevestigden dat zij de mogelijkheid hebben om de vrijheid van ziekenhuizen met betrekking tot hun supplementenbeleid te beperken door een plafond te voorzien voor de ereloonsupplementen die worden terugbetaald. Zo kunnen zij werken met een lijst van ziekenhuizen waarvoor de dekking van ereloonsupplementen al dan niet beperkt is. Zoals

toegelicht in het aanmeldingsformulier (cf. para. 137 aanmeldingsformulier), bevestigen partijen dat verzekeraars zelf kunnen beslissen om een ziekenhuis op te nemen in een dergelijke lijst. Partijen merken op dat bijvoorbeeld één van de grootste verzekeraars, DKV, een lijst publiceert van “partnerziekenhuizen”, waarin ziekenhuizen zijn opgenomen waarvoor een onbeperkte terugbetaling van ereloon-supplementen geldt. Het al dan niet opgenomen worden in deze lijst kan een invloed hebben op de stroom van patiënten richting de ziekenhuizen.

51. Het Auditoraat heeft ook niet heeft aangetoond dat er effectief mogelijkheden zijn om afspraken over overdracht van patiënten te beëindigen (para. 549 Voorstel). Dit geldt des te meer waar die afspraken door de wetgever opgelegd zijn. Het is evenmin een realistisch scenario dat ziekenhuizen disciplinerend zouden kunnen optreden door opnieuw te concurreren op het vlak van het maximum ereloon-supplement. Zoals hoger toegelicht betreft dit een essentieel onderdeel van de financiële regeling tussen ziekenhuis en artsen dat niet zomaar eenzijdig door het ziekenhuis kan worden aangepast. Er kan dus niet snel en effectief disciplinerend worden opgetreden.

#### **C. GEEN IMPACT VAN DE TRANSACTIE OP DE LOKALE MARKT VOOR HOSPITALISATIES**

52. In het Voorstel acht het Auditoraat het realistisch dat coördinatie in de lokale markt voor hospitalisaties gemakkelijker, stabielere of doeltreffender gaat worden door de concentratie, door ofwel de coördinatie te verstevigen, of door de resterende ziekenhuizen de kans te geven te coördineren bij hogere supplementen in geval van hospitalisatie in een éénpersoonskamer. Deze conclusie onderbouwt het Auditoraat op verschillende elementen die evenwel (minstens gedeeltelijk) gebaseerd zijn op onjuiste informatie.
53. Volgens het Auditoraat zal het aantal voornaamste spelers op de lokale markt voor hospitalisaties afnemen, wat coördinatie zal vergemakkelijken. Het Auditoraat stelt dat van vijf naar vier concurrenten wordt gegaan (para. 561 Voorstel). Zoals hoger toegelicht is het onduidelijk voor partijen waarom het Auditoraat hier geen rekening houdt met de vier overige concurrenten actief in de markt: AZ Sint Maarten, AZ Voorkempen, AZ Nikolaas en AZ Rivierenland (elk ook met een marktaandeel van [0%-10%]) (cf. *supra*. para. 43). Coördinatie tussen acht concurrerende ziekenhuizen is niet realistisch.
54. Het is onduidelijk waarom de transparantie op netwerkniveau zou vergroten. Zowel voor als na de fusie zullen er twee netwerken in Antwerpen actief zijn. Het Auditoraat oppert in dit verband ook dat er een mogelijkheid bestaat dat de netwerken zouden fuseren. Dit is louter speculatie. Het Auditoraat verwijst hiervoor naar een verklaring van de CEO van UZA (para. 565 Voorstel). Deze eenzijdige verklaring mist opnieuw alle context en verklaart bovendien niet dat er plannen zijn om tot één netwerk te komen. Partijen kunnen in elk geval (opnieuw) bevestigen dat het netwerk ZAS heden niet zulke intentie heeft.
55. Partijen lezen in elk geval nergens in het dossier waarom zij én haar concurrenten na de concentratie een bijkomende prikkel zouden hebben om te coördineren. Bij gebrek aan zulk bewijs ontbreekt elk oorzakelijk verband tussen de concentratie en eventuele gecoördineerde effecten.

## VII. EFFICIENTIEWINSTEN

56. Uit het Voorstel blijkt dat het Auditoraat van oordeel is dat aanmeldende partijen geen efficiëntiewinsten hebben aangetoond die mogelijke verhogende effecten op niet-gereguleerde tarievencomponenten op beide lokale markten teniet zouden kunnen doen.
57. Aanmeldende partijen zijn verbaasd over deze stelling aangezien het marktonderzoek nochtans net het bestaan van efficiëntiewinsten bevestigt. Partijen verwijzen hiervoor naar para. 446; 448 van het Voorstel waar het Auditoraat zelf efficiëntiewinsten beschrijft.
58. In het aanmeldingsformulier is uitvoering aangetoond dat de concentratie voor partijen een belangrijk instrument is om hen in staat te stellen om nog meer voordelen te realiseren voor de patiënten, medewerkers, artsen én voor de samenleving. De mogelijke efficiëntiewinsten zijn de bestaansreden en de drijfveer voor de concentratie. In het bijzonder wordt verwezen naar afdeling 9 van het aanmeldingsformulier waarin partijen uitvoerig aantonen welke efficiëntieverbeteringen binnen de medische praktijkvoering en in de bedrijfsvoering mogelijk gerealiseerd kunnen worden. Het gaat o.a. om de verhoging van expertise bij zorgverleners, de verbetering van de kwaliteit van zorgprocessen, de optimalisatie van de continuïteit van zorg, de optimalisatie van investeringen in hoogtechnologische, diagnostische en therapeutische instrumenten en de efficiënte inzet van schaars personeel.
59. De realisatie van deze efficiëntieverbeteringen is overigens ook noodzakelijk om de betaalbaarheid van de zorg te behouden zoals ook bevestigd door het Departement Zorg. Zie document C2, para. 23:

*“Gevraagd door de BMA waarom het Departement Zorg stelt dat er veel ziekenhuizen zijn, antwoordt het Departement Zorg dat het uitbaten van ziekenhuizen veel kosten met zich meebrengt en dat de situatie daarom onbetaalbaar wordt. Om het huidige niveau aan kwaliteit te behouden dient het aantal bedden afgebouwd te worden. Het aanbod moet afgestemd worden op de vraag om zo de zorg betaalbaar te houden.”*

60. Eén van de doelstellingen van de fusie is het rationaliseren en optimaliseren van de investeringen in de infrastructuur binnen ZAS door gerichte modernisering en uitrusting van de verschillende sites. Ook de (zorg)ondersteunende diensten van de ziekenhuizen zullen daarbij geconsolideerd worden. Dit zal zonder twijfel leiden tot belangrijke efficiëntieverbeteringen, hetgeen overigens ook door de marktbevraging wordt bevestigd:

- FOD Volksgezondheid:

*“De bevoegde overheidsadministraties hopen vooral op een **rationalisatie van het aanbod** wat trouwens juridisch gezien de uitdrukkelijke doelstelling moet zijn van een fusie. Ongetwijfeld zal deze fusie gepaard gaan met enerzijds een vermindering van het aanbod daar waar er sprake is van een overaanbod, en anderzijds mogelijk een uitbouw van nieuw aanbod waar men tekorten detecteert. De fusionerende ziekenhuizen zijn verplicht om deze elementen te documenteren in een fusieplan. Verder valt te verwachten dat door de concentratie van zorg op de diverse camp*eerder minder verplaatsingen en transport van patiënten* nodig zal zijn.”<sup>40</sup> [eigen markering]*

---

<sup>40</sup> Stuk FOD Volksgezondheid C5. 27-03-2024 Antwoord VOI, p. 5.

*“Als de fusie gepaard gaat met een **rationalisatie van het aanbod**, kan de fusie enkel leiden tot een nog **betere toegankelijkheid** aangezien de schaarse middelen (personeel en/of apparatuur) op minder locaties moet worden ingezet dus men kan **efficiënter werken**.”<sup>41</sup> [eigen markering]*

Over de impact van de fusie op de beschikbaarheid van medische apparatuur: *“Door een **rationalisatie van het aanbod** (en een daarmee verbonden **betere personeelsbezetting**) valt eerder te verwachten dat dit zal verbeteren met **dalende wachttijden** tot gevolg.”<sup>42</sup> [eigen markering]*

- RIZIV:

*“Dit [i.e. de fusie] zou kunnen leiden tot een **rationalisering van het aanbod**, wat tot op zekere hoogte wenselijk is met het oog op **schaalvoordelen** en de **juiste toewijzing van middelen**.”<sup>43</sup> [eigen markering]*

- Departement Zorg:

*“[O]m het huidige niveau aan kwaliteit te behouden dient het aantal bedden afgebouwd te worden. Het **aanbod moet afgestemd worden op de vraag** om zo de zorg **betaalbaar** te houden.”<sup>44</sup> [eigen markering]*

61. Dat een fusie tussen ziekenhuizen zal leiden tot besparingen wordt aangetoond door een ING-rapport<sup>45</sup> dat ook in het aanmeldingsformulier werd toegelicht (para. 299). De besparingen zijn o.a. mogelijk door het centraliseren van diensten, door het schrappen van dubbele rollen, door een schaalvoordeel waardoor een reductie van kosten of minstens geen (nog) grotere stijging van de kosten (administratief, IT, wasserij, catering) die anders door één ziekenhuis op zich moeten worden gedragen, enz. Enkele voorbeelden worden gegeven op p. 35 e.v. van het rapport. Zo werden, bijvoorbeeld, binnen het ziekenhuisnetwerk Kempen schaalvoordelen behaald door volumeconcentratie. Het delen van diensten heeft daar geleid tot meer investeringen, voordelen op het gebied van HR, met name in de context van trainingen die nu kunnen worden gebundeld, evenals het opzetten van subspecialisaties.

Partijen verwijzen in dit verband ook naar para. 374 van de Jolimont-beslissing waar de realisatie van besparingen als gevolg van een fusie tussen ziekenhuizen als efficiëntieverbetering werd aanvaard:

*“En quatrième lieu, les Parties font mention de l’existence d’économies d’échelle en termes de réduction de coûts. La Concentration permettrait de réduire les coûts des services de support (administratifs, IT, buanderie, catering, etc.) et d’optimiser l’offre hospitalière en évitant la duplication d’équipements de pointe.”*

*“Ten vierde wijzen de partijen op het bestaan van schaalvoordelen op het gebied van kostenvermindering. De fusie zou de kosten van ondersteunende diensten (administratie, IT, wasserij, catering, etc.) verlagen en het ziekenhuisaanbod optimaliseren door duplicatie van state-of-the-art apparatuur te voorkomen.” (vrije vertaling)*

---

<sup>41</sup> Stuk FOD Volksgezondheid C5. 27-03-2024 Antwoord VOI, p. 5.

<sup>42</sup> Stuk FOD Volksgezondheid C5. 27-03-2024 Antwoord VOI, p. 6.

<sup>43</sup> Stuk RIZIV C8. Antwoord, p. 3.

<sup>44</sup> Stuk Departement Zorg C2. PV\_Departement\_Zorg-NIET\_VERTROUWELIJK\_DEF, punt 23.

<sup>45</sup> Zie hiervoor:

[https://gcm.rmnet.be/clients/rmnet/content/medias/pdf/antares\\_healthprospecting\\_antares\\_2021\\_nl\\_1.pdf](https://gcm.rmnet.be/clients/rmnet/content/medias/pdf/antares_healthprospecting_antares_2021_nl_1.pdf).

62. [VERTROUWELIJK], maar dit belet niet dat er kan worden aangenomen dat de fusie effectief zal leiden tot besparingen.

#### **VIII. AANGEBODEN VERBINTENISSEN**

63. Partijen hebben op 16 mei 2024, onder voorbehoud van alle rechten en zonder enige nadelige erkenning, verbintenissen aangeboden om tegemoet te komen aan de bezwaren geformuleerd in de brief van het Auditoraat van 7 mei 2024, dit voor zover het Mededingingscollege van oordeel zou zijn dat deze verbintenissen noodzakelijk zijn voor een goedkeuring van de transactie.
64. Indien het Mededingingscollege van mening is dat er alsnog twijfels zouden bestaan over de toelaatbaarheid van de transactie, dan zijn de op 16 mei 2024 aangeboden verbintenissen in ieder geval afdoende en effectief zijn om de transactie toelaatbaar te verklaren.
65. Partijen verwijzen naar Bijlage D bij het Voorstel voor een gedetailleerde uiteenzetting van de aangeboden verbintenissen. Hieronder wordt enkel toegelicht waarom de verbintenissen effectief zijn.

#### **A. VERBINTENIS 1: BEVRIEZING MAXIMALE ERELOONSUPPLEMENTEN (DAG)HOSPITALISATIE**

66. Partijen bieden een verbintenis aan waarbij zij zich ertoe verbinden om in de nieuwe financiële regeling voor het ZAS het huidige maximale ereloonsupplement van 200% te bevriezen. Daarnaast verbinden zij zich er eveneens toe om in deze financiële regeling uitdrukkelijk de mogelijkheid te voorzien om een ereloonsupplement aan te rekenen van 0%, 100%, 150% tot maximaal 200%. Voor een aanrekening van ereloonsupplementen boven de 150%, verbinden de partijen zich ertoe om in de financiële regeling te voorzien dat dit enkel kan na melding aan de hoofddarts en mits voorzien in de opnameverklaring voor de patiënten. Deze verbintenis zal gelden voor een periode van drie jaar vanaf de datum van de beslissing van het Mededingingscollege overeenkomstig artikel IV.66, §2, 1° WER (de “Beslissing”).
67. Deze verbintenis is effectief omdat deze het niet mogelijk maakt voor ZAS om na de concentratie het maximumpercentage van ereloonsupplementen in het kader van een hospitalisatie in een eenpersoonskamer te doen stijgen boven 200%.

De verbintenis dat een ereloonsupplement hoger dan 150% enkel kan aangerekend worden na melding aan de hoofddarts en indien dit voorzien is in de opnameverklaring, is een bijkomende garantie voor de betaalbaarheid van zorg voor patiënten. ZAS is daarmee strikter dan wettelijk voorzien of gangbaar in de markt.

68. De verbintenis is bindend omdat de financiële regeling (d.i. het wettelijk kader waarin wordt vastgelegd welke ereloonsupplementen mogen worden aangerekend) integraal deel uitmaakt van de rechtsverhouding tussen ZAS en de ziekenhuisartsen werkzaam binnen ZAS. Een eventuele aanpassing van de financiële regeling is slechts mogelijk overeenkomstig de strenge

beslissingsmodaliteiten zoals bepaald in de statuten van ZAS en in de Ziekenhuiswet van 10 juli 2008.<sup>46</sup>

69. Gezien (i) de onvoorspelbaarheid van de impact van de nakende hervorming van de nomenclatuur die reeds geruime tijd op de politieke agenda staat, (ii) de vele financiële uitdagingen in de huidige ziekenhuiscontext<sup>47</sup> en (iii) de beperking van de concurrentiële positie van partijen met betrekking tot de imminente nood om artsen te kunnen aantrekken en het behouden van artsen,<sup>48</sup> is een duurtijd van drie jaar voldoende lang en proportioneel.

70. De marktbevraging bevestigt over het algemeen de effectiviteit van deze verbintenis.

71. Er is heden nog steeds geen nieuwe eengemaakte financiële regeling. Indien er na closing van de voorgenomen concentratie nog geen nieuwe eengemaakte financiële regeling voor ZAS is of in werking is getreden, dan verbinden partijen zich ertoe om, bij een latere wijziging van de individuele financiële regelingen van ZNA en GZA die betrekking zou hebben op de ereloon-supplementen voor (dag)hospitalisatie of bij de totstandkoming en invoering van een nieuwe eengemaakte financiële regeling voor ZAS, bovenvermelde verbintenis na te leven en dit gedurende een periode van drie jaar die ingaat op de datum van de Beslissing.

**A. VERBINTENIS 2: VOLDOENDE MOGELIJKHEID TOT AMBULANTE ACTIVITEIT AAN CONVENTIETARIEF EN MAXIMAAL ERELOONSUPPLEMENT VOOR RAADPLEGINGEN OP AFSpraak**

72. Partijen bieden een verbintenis aan waarbij zij zich ertoe verbinden om in de nieuwe financiële regeling voor ZAS een dwingende bepaling op te nemen volgens welke voor elke medische discipline op elke ZAS-site waar de medische discipline ambulante zorg wordt verricht, een voldoende mogelijkheid wordt voorzien om ambulante zorg aan te bieden aan geconventioneerde tarieven. Verder verbinden de partijen zich ertoe om een maximum van 100% aan ereloon-supplementen te voorzien voor raadplegingen op afspraak. Deze verbintenis zal gelden voor een periode van drie jaar vanaf de datum van de Beslissing.

73. Deze verbintenis is effectief omdat deze verzekert dat er voldoende mogelijkheid wordt voorzien om ambulante zorg aan te bieden aan geconventioneerde tarieven en dat ereloon-supplementen voor raadplegingen op afspraak niet kunnen stijgen boven 100%.

Deze verbintenis gaat veel verder dan wat de wetgever vooropstelt<sup>49</sup> en waaraan de andere zorgactoren binnen deze productmarkt gebonden zijn.

74. De snel evoluerende wettelijke, economische en maatschappelijke context waarin de ziekenhuizen actief zijn, maken dat de duurtijd van deze verbintenis voldoende lang en proportioneel. Het is belangrijk dat ziekenhuizen de mogelijkheid behouden om in te kunnen spelen op de evoluties binnen de sector en aantrekkelijk kunnen blijven voor artsen, in een context waar steeds meer artsen wegtrekken uit het ziekenhuis omdat er in de privépraktijken geen beperkingen gelden.

---

<sup>46</sup> Meer bepaald bij beslissing van het bestuursorgaan van ZAS met een bijzondere  $\frac{3}{4}$  meerderheid en na verzwaard advies van de Medische Raden, respectievelijk.

<sup>47</sup> Zie o.a. para. 43 en 292 e.v. van het aanmeldingsformulier.

<sup>48</sup> Zie o.a. para. 186 van het aanmeldingsformulier.

<sup>49</sup> Zie para. 133 en 233 van het aanmeldingsformulier.

75. De marktbevraging bevestigt over het algemeen de effectiviteit van deze verbintenis.
76. Indien er na closing van de voorgenomen concentratie nog geen nieuwe eengemaakte financiële regeling voor ZAS is of in werking is getreden, geldt de regeling zoals uiteengezet in para. 70.

**B. VERBINTENIS 3: HANDHAVING VAN DE MAXIMALE KAMERSUPPLEMENTEN**

77. Partijen bieden een verbintenis aan waarbij zij zich ertoe verbinden om de huidige kamersupplementen per type kamer en per ZAS-campus (ZNA of GZA) niet te verhogen. Eventuele verhogingen van de maximale kamersupplementen kunnen wel gedurende de looptijd van de verbintenis doorgevoerd worden op basis van volgende parameters: (i) [VERTROUWELIJK]; en/of (ii) [VERTROUWELIJK]. Deze verbintenis zal gelden voor een periode van drie jaar vanaf de datum van de Beslissing.
78. Deze verbintenis is effectief omdat de kamersupplementen in het kader van een hospitalisatie in een eenpersoonskamer niet zullen verhogen na de concentratie.
79. De marktbevraging bevestigt over het algemeen de effectiviteit van deze verbintenis.
80. De snel evoluerende wettelijke, economische en maatschappelijke context waarin de ziekenhuizen actief zijn, maken dat de duurtijd van deze verbintenis voldoende lang en proportioneel. De herzieningsmogelijkheid op basis van [VERTROUWELIJK] en/of [VERTROUWELIJK] is verantwoord.

**C. VERBINTENIS 4: [VERTROUWELIJK]**

81. [VERTROUWELIJK].

82. [VERTROUWELIJK].

[VERTROUWELIJK]<sup>50</sup>, [VERTROUWELIJK]<sup>51</sup> [VERTROUWELIJK]<sup>52</sup>.

83. [VERTROUWELIJK].

84. [VERTROUWELIJK].

**D. VERBINTENIS 5: HANDLEIDING MEDEDINGINGSRECHT EN OPLEIDING**

85. Partijen bieden een verbintenis aan waarbij zij zich ertoe verbinden om na de beslissing een handleiding Europees en Belgisch mededingingsrecht intern ter beschikking te stellen en hierover eveneens opleidingen te voorzien.

86. Partijen komen hierbij tegemoet aan de bezorgdheid dat de fusie gecoördineerde effecten zou kunnen teweegbrengen in het kader van bestaande samenwerkingen.

87. De marktbevraging bevestigt de effectiviteit van deze verbintenis.

---

<sup>50</sup> [VERTROUWELIJK].

<sup>51</sup> [VERTROUWELIJK].

<sup>52</sup> [VERTROUWELIJK].

**E. VERBINTENIS 6: RAPPORTERING AAN HET AUDITORAAT**

88. Partijen verbinden zich ertoe om jaarlijks een schriftelijk verslag in te dienen bij het Auditoraat met betrekking tot de naleving van de verbintenissen. Het verslag zal opgesteld worden door de bedrijfsrevisor van de nieuwe entiteit ZAS op basis van een vooraf overeengekomen methodologie. Hiermee kan het Auditoraat de naleving van de verbintenissen effectief monitoren.

**Om deze redenen verzoeken partijen met eerbied het Mededingingscollege:**

- in hoofdorde, de aangemelde transactie goed te keuren zonder verbintenissen;
- in ondergeschikte orde, indien er twijfels zouden zijn over de toelaatbaarheid van de transactie, akte te nemen van de op 16 mei 2024 aangeboden verbintenissen, deze verbintenissen, geheel of gedeeltelijk, te aanvaarden en aldus de aangemelde transactie goed te keuren onder voorwaarde van deze verbintenissen.

Namens Aanmeldende Partijen,

Vilvoorde, 17 juni 2024

[HANDTEKENING]

Wim De Meester, Advocaat Quinz

Diego Fornaciari, Advocaat resolut