DOC 55 **1817/001**

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

25 février 2021

# PROJET DE LOI

**modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne l'application du contrôle préalable des concentrations pour le réseautage clinique entre hôpitaux**

**SOMMAIRE**

Pages

Résumé ..... 3
Exposé des motifs ..... 4
Avant-projet ..... 10
Analyse d'impact ..... 11
Avis du Conseil d'État ..... 23
Projet de loi ..... 26
Coordination de l'article ..... 28

**LE GOUVERNEMENT DEMANDE L'URGENCE CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 51 DU RÈGLEMENT.**

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

25 februari 2021

# WETSONTWERP

**tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de toepassing van de voorafgaande controle op concentraties van de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft**

**INHOUD**

Blz.

Samenvatting ..... 3
Memorie van toelichting ..... 4
Voorontwerp ..... 10
Impactanalyse ..... 17
Advies van de Raad van State ..... 23
Wetsontwerp ..... 26
Coördinatie van het artikel ..... 29

**DE URGENTIEVERKLARING WORDT DOOR DE REGERING GEVRAAGD OVEREENKOMSTIG ARTIKEL 51 VAN HET REGLEMENT.**

04136

| | |
|---|---|
| *Le gouvernement a déposé ce projet de loi le 25 février 2021.* | *De regering heeft dit wetsontwerp op 25 februari 2021 ingediend.* |
| *Le "bon à tirer" a été reçu à la Chambre le 1er mars 2021.* | *De "goedkeuring tot drukken" werd op 1 maart 2021 door de Kamer ontvangen.* |

| | | |
|---|---|---|
| *N-VA* | : | *Nieuw-Vlaamse Alliantie* |
| *Ecolo-Groen* | : | *Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen* |
| *PS* | : | *Parti Socialiste* |
| *VB* | : | *Vlaams Belang* |
| *MR* | : | *Mouvement Réformateur* |
| *CD&V* | : | *Christen-Democratisch en Vlaams* |
| *PVDA-PTB* | : | *Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique* |
| *Open Vld* | : | *Open Vlaamse liberalen en democraten* |
| *sp.a* | : | *socialistische partij anders* |
| *cdH* | : | *centre démocrate Humaniste* |
| *DéFI* | : | *Démocrate Fédéraliste Indépendant* |
| *INDEP-ONAFH* | : | *Indépendant – Onafhankelijk* |

| *Abréviations dans la numérotation des publications:* | | *Afkorting bij de numering van de publicaties:* | |
|---|---|---|---|
| *DOC 55 0000/000* | *Document de la 55e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi* | *DOC 55 0000/000* | *Parlementair document van de 55e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer* |
| *QRVA* | *Questions et Réponses écrites* | *QRVA* | *Schriftelijke Vragen en Antwoorden* |
| *CRIV* | *Version provisoire du Compte Rendu Intégral* | *CRIV* | *Voorlopige versie van het Integraal Verslag* |
| *CRABV* | *Compte Rendu Analytique* | *CRABV* | *Beknopt Verslag* |
| *CRIV* | *Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)* | *CRIV* | *Integraal Verslag, met links het defi nitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)* |
| *PLEN* | *Séance plénaire* | *PLEN* | *Plenum* |
| *COM* | *Réunion de commission* | *COM* | *Commissievergadering* |
| *MOT* | *Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)* | *MOT* | *Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)* |

**RÉSUMÉ**

*Ce projet de loi vise à exclure les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux du contrôle préalable des concentrations de l'Autorité belge de la Concurrence.*

**SAMENVATTING**

*Dit wetsontwerp handelt over de uitsluiting van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken van het voorafgaande concentratietoezicht van de Belgische Mededingingsautoriteit.*

## EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

## EXPOSÉ GÉNÉRAL

En vertu de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, telle que modifiée par la loi du 28 février 2019 (loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux), chaque hôpital doit faire partie d'un seul et unique réseau hospitalier clinique locorégional (art. 2, § 1er, al. 3), compris comme une "collaboration dotée de la personnalité juridique, durable et juridiquement formalisée, agréée par les autorités compétentes pour la politique en matière de soins de santé […], entre au moins deux hôpitaux […] agréés distinctement au moment de la création du réseau […] qui se trouvent dans une zone géographiquement continue et qui proposent des missions de soins locorégionales de manière rationnelle et complémentaire" (art. 14/1, 1°).

Cette obligation est entrée en vigueur le 1er janvier 2020.

Une exception est prévue pour les hôpitaux psychiatriques, de même que pour les hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G). Ces hôpitaux peuvent toutefois s'affilier à un réseau hospitalier, sur une base volontaire. Notons par ailleurs qu'une évolution de la législation pourrait conduire à terme à l'inclusion dans les réseaux hospitaliers d'autres institutions de soins.

Le 22 Juillet 2020, l'auditorat de l'Autorité belge de la concurrence a publié une position selon laquelle le contrôle général des concentrations s'applique aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux.

Une exemption se justifie au regard de différents éléments.

Tout d'abord, le législateur a souhaité et a imposé la création des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et ce afin de maintenir à long terme des soins de qualité, accessibles et abordables (projet de loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et

## MEMORIE VAN TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

## ALGEMENE TOELICHTING

Op grond van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gewijzigd bij de wet van 28 februari 2019 (wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft), maakt elk ziekenhuis deel uit van één en slechts één locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk (art. 2, § 1, derde lid), begrepen als een "door de […] bevoegde overheden voor het gezondheidszorgbeleid erkende duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking met rechtspersoonlijkheid tussen minstens twee op het ogenblik van de oprichting van het […]netwerk afzonderlijk erkende […] ziekenhuizen, […] die zich binnen een geografisch aansluitend gebied bevinden en die complementair en rationeel locoregionale zorgopdrachten aanbieden" (art. 14/1, 1°).

Deze verplichting is op 1 januari 2020 van kracht geworden.

Een uitzondering is bepaald voor de psychiatrische ziekenhuizen, evenals voor 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). Die ziekenhuizen kunnen zich evenwel op vrijwillige basis aansluiten bij een ziekenhuisnetwerk. Ook moet worden opgemerkt dat wijzigingen in de wetgeving er op termijn ook toe kunnen leiden dat andere zorginstellingen in de ziekenhuisnetwerken worden opgenomen.

Op 22 juli 2020 heeft het auditoraat van de Belgische Mededingingsautoriteit een standpunt bekendgemaakt volgens hetwelk de algemene concentratiecontrole van toepassing is op de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.

Een vrijstelling is gerechtvaardigd in het licht van verschillende factoren.

Om te beginnen wenste de wetgever de oprichting van locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken, en heeft hij die ook opgelegd. Dit om op lange termijn kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg te behouden (wetsontwerp tot wijziging van de gecoördineerde wet

autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. représ., sess. ord. 2017-2018, n° 3275/1, p. 4) et de garantir une offre de soins plus efficients et de meilleure qualité. La collaboration clinique entre hôpitaux est considérée comme "un levier pour parvenir à une offre hospitalière de meilleure qualité et plus rationnelle, par l'optimalisation des moyens engagés" (projet de loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. représ., sess. ord. 2017-2018, n° 3275/1, p. 4) et constitue l'un des moyens "pour la préparation du secteur hospitalier à l'avenir et pour le maintien à long terme de soins de qualité, accessibles et abordables" (projet de loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. représ., sess. ord. 2017-2018, n° 3275/1, p. 4). Il s'agit d'amener les hôpitaux à collaborer et à passer des accords sur la répartition des tâches afin de permettre une meilleure coordination des soins, ceci en faveur des patients. En effet, dans un contexte d'innovation rapide et de moyens limités au sein d'un système solidaire, collaborer sur les éléments stratégiques offre les meilleures chances d'accompagner du mieux possible les évolutions du secteur. Ainsi, en adoptant la loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, le législateur a opéré un choix clair en faveur d'une réforme du paysage hospitalier.

Ensuite, l'impact de la création des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sur la concurrence dans le secteur est probablement limitée au vu notamment des raisons suivantes.

Premièrement, le secteur hospitalier est fortement réglementé et est soumis à des règles strictes, notamment quant aux prix appliqués, à la qualité des services et à l'offre de soins. Il n'est dès lors pas question d'un fonctionnement de marché classique. Des contrôles sont effectués à ce sujet par les autorités compétentes.

Le législateur a également explicitement prévu que les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux devaient être agréés.

Le secteur hospitalier n'est pas seulement fortement régulé, il est également financé, pour une part importante, par des moyens provenant de la sécurité sociale, via le Budget des Moyens Financiers et le remboursement

van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, Memorie van Toelichting, *Parl. St.*, Kamer, Zitting 2017-2018, nr. 3275/1, p. 4) en om te zorgen voor een efficiënter en kwalitatiever zorgaanbod. De klinische samenwerking tussen ziekenhuizen wordt gezien als "een hefboom voor een kwalitatiever en rationeler ziekenhuisaanbod, door het optimaliseren van de ingezette middelen" (wetsontwerp tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, Memorie van Toelichting, *Parl. St.*, Kamer, Zitting 2017-2018, nr. 3275/1, p. 4), en vormt een van de middelen "om de ziekenhuissector voor te bereiden op de toekomst en op lange termijn kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg te behouden" (wetsontwerp tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, Memorie van Toelichting, *Parl. St.*, Kamer, Zitting 2017-2018, nr. 3275/1, p. 4). Het gaat erom dat ziekenhuizen gestimuleerd worden om samen te werken en dat er afspraken worden gemaakt over de taakverdeling, met het oog op een betere zorgcoördinatie ten behoeve van de patiënten. In een context van snelle innovatie en beperkte middelen binnen een solidair systeem biedt strategisch samenwerken immers de beste kansen om deze evolutie zo goed mogelijk bij te blijven. Zo heeft de wetgever met de goedkeuring van de wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, een duidelijke keuze gemaakt voor een hervorming van het ziekenhuislandschap.

Vervolgens is de invloed van de oprichting van locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken op de mededinging in de sector, waarschijnlijk beperkt met name omwille van de volgende redenen.

Ten eerste is de ziekenhuissector sterk gereguleerd en onderworpen aan strenge regels, met name wat betreft de toegepaste prijzen, de kwaliteit van de dienstverlening en het zorgaanbod. Dit houdt in dat er van een normale marktwerking geen sprake is. De controles in dit verband worden verricht door de bevoegde autoriteiten.

De wetgever heeft ook uitdrukkelijk bepaald dat locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken moeten worden erkend.

De ziekenhuissector is niet enkel sterk gereguleerd, maar ook gefinancierd met middelen die in belangrijke mate afkomstig zijn van de sociale zekerheid, via het Budget Financiële Middelen en de terugbetaling van

des honoraires, des produits pharmaceutiques… Ainsi, environ 90 % du chiffre d'affaires d'un hôpital provient de moyens apportés par la collectivité. Les tarifs et les compensations sont fixés par les autorités, sauf lorsque le patient choisit explicitement pour un séjour dans une chambre individuelle. Dans ce cas, des suppléments à déterminer librement peuvent être demandés. Le patient a toujours la possibilité de choisir une chambre de deux ou plusieurs personnes pour lesquelles les suppléments ne sont pas autorisés. L'accord de gouvernement fédéral du 30 septembre 2020 mentionne par ailleurs que "la croissance des suppléments d'honoraires sera régulée, stabilisée et ensuite diminuée".

Si les hôpitaux doivent être considérés comme des entreprises, ils fournissent un service à la collectivité avec les moyens de celle-ci. Il ne s'agit dès lors pas d'un fonctionnement de marché classique.

En outre, leur prestation de services n'est pas perçue comme un produit commercial par les utilisateurs. Ceci est également reflété dans le fait que les hôpitaux n'ont en général pas de but de lucre et ne se comportent dès lors pas comme des acteurs économiques "classiques". On ne peut dès lors pas considérer que les hôpitaux seront, comme des acteurs économiques "classiques", enclins à augmenter les prix non réglementés ou à détériorer la qualité des services prestés lorsque c'est économiquement profitable, ou encore à fermer pour des questions purement financières un service fort fréquenté par les patients.

A cet égard, il convient de rappeler que les hôpitaux remplissent une mission d'intérêt général, comme l'indique l'actuel art. 2, § 1er, al. 2, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008. Il en va de même, par extension, de toute collaboration entre eux. La constitution et le développement d'un réseau hospitalier clinique locorégional répondent ainsi à un objectif d'intérêt général. Le développement d'une stratégie locorégionale dans la réalisation de cette mission d'intérêt général permet également de mieux aligner l'offre sur la demande et ainsi de répondre de manière plus adéquate à celle-ci.

Par ailleurs, la marge de manœuvre des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sera limitée par la qualification des missions de soins qui sera opérée par le Roi, qualification comme missions de soins locorégionales, générales ou spécialisées, ou comme missions de soins suprarégionales. Les missions de soins générales sont les missions de soins locorégionales qui peuvent être proposées dans chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional tandis que les missions de soins spécialisées sont les missions de

erelonen, farmaceutische producten… Zo is ongeveer 90 % van de omzet van een ziekenhuis terug te brengen op middelen die door de samenleving worden aangeleverd. De tarieven en vergoedingen worden vastgelegd door de overheid, en alleen als de patiënt expliciet opteert voor opname in een individuele kamer kunnen bijkomende en vrij te bepalen supplementen gevraagd worden. De patiënt heeft altijd de keuze te opteren voor een meer of tweepersoonskamer waar supplementen niet zijn toegelaten. Het federale regeerakkoord van 30 september 2020 stelt bovendien dat "de groei van de ereloonsupplementen moet worden gereguleerd, gestabiliseerd en vervolgens afgebouwd."

Ziekenhuizen zijn te beschouwen als ondernemingen, maar ze ondernemen om een dienst te leveren aan die samenleving met geld van diezelfde samenleving. Er is met andere woorden geen sprake van een normale marktwerking.

Bovendien wordt hun dienstverlening niet gepercipieerd als een commercieel product door de gebruiker. Dit wordt ook weerspiegeld in het feit dat ziekenhuizen in het algemeen geen winstdoel hebben en daarom gedragen ze zich niet als "klassieke" economische spelers. Er kan dus niet worden aangenomen dat ziekenhuizen, zoals "klassieke" economische actoren, geneigd zullen zijn om niet-gereglementeerde prijzen te verhogen of de kwaliteit van de zorgverlening te verlagen omdat dit economisch rendabel zou zijn, of om een druk bezochte patiëntenafdeling te sluiten om louter financiële redenen.

In dit verband zij eraan herinnerd dat de ziekenhuizen een opdracht van algemeen belang vervullen, zoals vermeld in het huidige artikel 2, § 1, tweede lid, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008. Hetzelfde geldt, in het verlengde daarvan, voor de onderlinge samenwerking. De oprichting en ontwikkeling van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk beantwoordt dus aan een doelstelling van algemeen belang. Door de ontwikkeling van een locoregionale strategie in het aanpakken van deze missie van algemeen belang, kan het aanbod eveneens beter op de vraag worden afgestemd, waardoor de vraag gepaster kan worden beantwoord.

Daarenboven zal de manoeuvreerruimte van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken eerder beperkt zijn, aangezien de Koning bij het kwalificeren van zorgopdrachten een onderscheid kan maken tussen locoregionale, algemene en gespecialiseerde zorgopdrachten, of ook nog, supraregionale zorgopdrachten. Algemene zorgopdrachten zijn locoregionale zorgopdrachten die in elk ziekenhuis kunnen worden aangeboden dat deel uitmaakt van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Gespecialiseerde zorgopdrachten daarentegen

soins locorégionales qui ne peuvent pas être proposées dans chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional (Voy. article 14/4 de la loi du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *Moniteur belge* du 7 novembre 2008). Quant aux missions de soins suprarégionales, il s'agit des missions de soins qui ne peuvent pas être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional.

Il ne faut pas perdre de vue que les structures des soins de santé doivent disposer d'une expertise suffisante avec un volume d'activités minimum qui est le garant d'une prestation de soins de qualité. Cette relation entre des volumes plus élevés et une meilleure qualité est fortement étayée par la littérature scientifique (Voy. entre autres les différents rapports du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé concernant la concentration des soins. Rapports KCE n° 219A, 113A, 289A).

Quatrièmement, dans le cadre des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, la liberté de choix du patient demeure ainsi que la liberté thérapeutique des médecins (Projet de loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. représ., sess. ord. 2017-2018, n° 3275/1, p. 4; Commentaire des articles, *Doc. parl.*, Ch. représ., sess. ord. 2017-2018, n° 3275/1, pp. 18 et 27. Voir également l'art. 16 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, qui mentionne de manière explicite le libre choix du patient). La restriction éventuelle du choix, qui peut résulter de la répartition des missions de soins au sein du réseau, peut être justifiée par la volonté de parvenir à une offre hospitalière de meilleure qualité et plus rationnelle, assurée par l'optimisation des moyens engagés.

Enfin, la volonté du législateur, en 2019, était que la réforme du paysage hospitalier par la création des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux entre en vigueur le 1er janvier 2020. Le contrôle des concentrations opéré par l'Autorité belge de la concurrence retarderait de manière conséquente la mise en pratique de cette réforme et gèlerait sa mise en œuvre rapide, vu l'obligation contenue dans l'article IV.10, § 4, du Code de droit économique et suivant lequel "tant que l'Autorité belge de la concurrence n'a pas rendu de décision sur l'admissibilité de la concentration, les entreprises concernées ne peuvent mettre en œuvre la concentration". Le non-respect de cette obligation est passible d'amendes élevées, pouvant aller jusqu'à 10 % du chiffre d'affaires des entreprises concernées. Afin de ne pas retarder l'application effective de la réforme, il y a lieu d'exclure

kunnen niet in elk ziekenhuis van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk worden aangeboden (zie artikel 14/4 van de wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, *Belgisch Staatsblad* 7 november 2008). Supraregionale zorgopdrachten zijn dan weer zorgopdrachten die niet noodzakelijk in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moeten aangeboden worden.

Men mag niet uit het oog verliezen dat de structuren in de gezondheidszorg over voldoende expertise moeten beschikken met een minimumvolume aan activiteiten die garant staan voor een kwaliteitsvolle zorgverlening. Deze relatie tussen hogere volumes en betere kwaliteit is sterk onderbouwd door de wetenschappelijke literatuur (Zie onder meer de verschillende rapporten van het federaal Kenniscentrum van de gezondheidszorg omtrent concentratie van de zorg. KCE rapporten nr. 219A, 113A, 289A).

Ten vierde blijft de keuzevrijheid van de patiënt bestaan in het kader van locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken alsook de therapeutische vrijheid van de artsen (wetsvoorstel tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, Memorie van Toelichting, *Parl. St.*, Kamer, Zitting 2017-2018, nr. 3275/1, p. 4; Artikelsgewijze toelichting, Parl.Doc., Kamer, zitting 2017-2018, nr. 3275/1, p. 18 en 27. Zie ook artikel 16 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, waar expliciet sprake is van de vrije keuze van de patiënt). De eventuele beperking van de keuze, die kan voortvloeien uit de verdeling van de zorgopdrachten binnen het netwerk, kan gerechtvaardigd zijn door de wens om een kwalitatiever en rationeler ziekenhuisaanbod te garanderen via een optimalisering van de ingezette middelen.

Tot slot had de wetgever, in 2019, voor ogen om de hervorming van het ziekenhuislandschap via de oprichting van locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken, in werking te laten treden op 1 januari 2020. De door de Belgische Mededingingsautoriteit verrichte controle op concentraties zou de implementering van deze hervorming aanzienlijk vertragen en de snelle toepassing ervan bevriezen, aangezien in artikel IV.10, § 4, van het Wetboek van economisch recht wordt bepaald dat "zolang de Belgische Mededingingsautoriteit geen beslissing neemt betreffende de toelaatbaarheid van de concentratie, de betrokken ondernemingen de concentratie niet tot uitvoering mogen brengen". Niet-nakoming van deze verplichting wordt bestraft met hoge boetes, tot 10 % van de omzet van de betrokken ondernemingen. Om de daadwerkelijke toepassing van de hervorming niet

le contrôle préalable en matière de concentration de l'Autorité belge de la concurrence.

## COMMENTAIRE DES ARTICLES

CHAPITRE 2

### Modification de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux

Art. 2

A la lumière de l'ensemble des considérations énoncées dans l'exposé des motifs, l'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins est complété par un paragraphe nouveau indiquant de manière explicite que la constitution d'un réseau hospitalier clinique locorégional ainsi que toute modification ultérieure de sa composition ne sont pas soumises au contrôle préalable des concentrations organisé par le livre IV du Code de droit économique.

CHAPITRE 3

### Entrée en vigueur

Art. 3

Il est prévu que le nouvel article 2, § 3, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins produise ses effets le 28 février 2019, c'est-à-dire à la date de la promulgation de la loi créant l'obligation pour chaque hôpital de faire partie d'un réseau hospitalier clinique locorégional contenue dans l'article 2, § 1er, alinéa 3, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

Cet effet rétroactif est indispensable à la bonne réalisation de la réforme du secteur voulue par le législateur de 2019 et permet ainsi de poursuivre de manière plus optimale l'objectif d'avoir des soins de santé efficaces et de qualité par la création des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux.

En outre, le contrôle des concentrations étant un contrôle préalable et l'obligation de faire partie d'un

te vertragen, moet de voorafgaande concentratiecontrole van de Belgische Mededingingsautoriteit worden uitgesloten.

## ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

HOOFDSTUK 2

### Wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft

Art. 2

In het licht van de in de memorie van toelichting uiteengezette overwegingen wordt artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen aangevuld met een nieuwe paragraaf, waarin expliciet wordt aangegeven dat de oprichting van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, noch enige latere wijziging van de samenstelling ervan, onderworpen zijn aan de voorafgaande controle op concentraties zoals ingevoerd door boek IV van het Wetboek van economisch recht.

HOOFDSTUK 3

### Inwerkingtreding

Art. 3

Er wordt in voorzien dat het nieuwe artikel 2, § 3, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen uitwerking zal hebben met ingang van 28 februari 2019, dus op de datum van de afkondiging van de wet die verplichting voor elk ziekenhuis om deel uit te maken van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk in plaats stelt zoals bepaald in artikel 2, § 1, derde lid, van de wet van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.

Deze terugwerkende kracht is onontbeerlijk voor de goede realisatie van de door de wetgever in 2019 gewilde hervorming en laat zo toe op een meer optimale wijze de doelstelling te realiseren om efficiënte en kwalitatieve gezondheidszorgen te verkrijgen via de oprichting van locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.

Bovendien is het concentratietoezicht een voorafgaande controle en is de verplichting om tot een

réseau étant entrée en vigueur le 1er janvier 2020, il est nécessaire de prévoir un effet rétroactif bien avant le 1er janvier 2020. La date du 28 février 2019 a été retenue, car il s'agit d'une date objective, à savoir la date de la promulgation de la loi ayant créé l'obligation pour les hôpitaux de faire partie d'un réseau hospitalier clinique locorégional.

*Le ministre de l'Économie,*

Pierre-Yves DERMAGNE

*Le ministre de la Santé publique,*

Frank VANDENBROUCKE

ziekenhuisnetwerk te behoren op 1 januari 2020 in werking kracht getreden. Het is dus noodzakelijk een terugwerkende kracht vóór 1 januari 2020 te voorzien. De datum van 28 februari 2019 wordt genomen, want het is een objectieve datum, i.e. de datum van de afkondiging van de wet die de verplichting voor de ziekenhuizen om tot een ziekenhuisnetwerk te behoren, heeft vastgelegd.

*De minister van Economie,*

Pierre-Yves DERMAGNE

*De minister van Volksgezondheid,*

Frank VANDENBROUCKE

## AVANT-PROJET DE LOI

**soumis à l'avis du Conseil d'État**

**Avant-projet de loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne l'application du contrôle préalable des concentrations pour le réseautage clinique entre hôpitaux**

**Chapitre 1er. Disposition générale**

**Article 1er**. La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

**Chapitre 2. Modification de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins**

**Art. 2.** L'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, modifié par la loi du 28 février 2019, est complété par un paragraphe 3 rédigé comme suit:

"§ 3. Sans préjudice de la compétence de l'Union européenne et, en particulier, du règlement n°139/2004 du Conseil du 20 janvier 2004 relatif au contrôle des concentrations entre entreprises, la constitution d'un réseau hospitalier clinique locorégional ainsi que toute modification ultérieure de sa composition ne sont pas soumises au contrôle préalable des concentrations institué par le livre IV, titre 1er, chapitre 2 du Code de droit économique."

**Chapitre 3. Entrée en vigueur**

**Art. 3.** La présente loi produit ses effets le 28 février 2019.

## VOORONTWERP VAN WET

**onderworpen aan het advies van de Raad van State**

**Voorontwerp van wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de toepassing van de voorafgaande controle op concentraties van de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft**

**Hoofdstuk 1. Algemene bepaling**

**Artikel 1.** Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

**Hoofdstuk 2. Wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen**

**Art. 2.** Artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gewijzigd bij de wet van 28 februari 2019, wordt aangevuld met een paragraaf 3, luidende:

"§ 3. Onverminderd de bevoegdheid van de Europese Unie en, in het bijzonder, verordening nr. 139/2004 van de Raad van 20 januari 2004 betreffende de controle op concentraties van ondernemingen, is de oprichting van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, noch enige latere wijziging van de samenstelling ervan, onderworpen aan het voorafgaande toezicht op concentraties zoals ingesteld door boek IV, titel 1, hoofdstuk 2 van het Wetboek van economisch recht."

**Hoofdstuk 3. Inwerkingtreding**

**Art. 3.** Deze wet heeft uitwerking met ingang van 28 februari 2019.

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

# Analyse d'impact de la réglementation

## RiA-AiR

:: Remplissez de préférence le formulaire en ligne ria-air.fed.be
:: Contactez le Helpdesk si nécessaire ria-air@premier.fed.be
:: Consultez le manuel, les FAQ, etc. www.simplification.be

## Fiche signalétique

**Auteur .a.**

| | |
|---|---|
| Membre du Gouvernement compétent | Pierre-Yves Dermagne, Ministre de l'Economie et Frank Vandenbroucke, Ministre de la Santé publique |
| Contact cellule stratégique (nom, email, tél.) | Benoît Lagasse ; benoit.lagasse@dermagne.fed.be; 0494212543 _ _ |
| Administration compétente | SPF Economie |
| Contact administration (nom, email, tél.) | Julie Léonard ; Julie.leonard@economie.fgov.be 02 277 86 14 |

**Projet .b.**

| | | |
|---|---|---|
| Titre du projet de réglementation | Projet de loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne l'application du contrôle préalable des concentrations pour le réseautage clinique entre hôpitaux | |
| Description succincte du projet de réglementation en mentionnant l'origine réglementaire (traités, directive, accord de coopération, actualité, …), les objectifs poursuivis et la mise en œuvre. | Ce projet de loi vise à exclure les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux du contrôle préalable des concentrations de l'Autorité belge de la Concurrence. | |
| Analyses d'impact déjà réalisées | ☐ Oui<br>☒ Non | Si oui, veuillez joindre une copie ou indiquer la référence du document : _ _ |

**Consultations sur le projet de réglementation .c.**

| | |
|---|---|
| Consultations obligatoires, facultatives ou informelles : | Inspecteur des finances et secrétaire d'Etat au budget |

**Sources utilisées pour effectuer l'analyse d'impact .d.**

| | |
|---|---|
| Statistiques, documents de référence, organisations et personnes de référence : | Néant |

**Date de finalisation de l'analyse d'impact .e.**

26 février 2021

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

## Quel est l'impact du projet de réglementation sur ces 21 thèmes ?

>

Un projet de réglementation aura généralement des impacts sur un nombre limité de thèmes.

Une liste non-exhaustive de mots-clés est présentée pour faciliter l'appréciation de chaque thème.

S'il y a des **impacts positifs et / ou négatifs, expliquez-les** (sur base des mots-clés si nécessaire) et indiquez les mesures prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs.

Pour les thèmes 3, 10, 11 et 21, des questions plus approfondies sont posées.

Consultez le manuel ou contactez le helpdesk ria-air@premier.fed.be pour toute question.

### Lutte contre la pauvreté .1.

Revenu minimum conforme à la dignité humaine, accès à des services de qualité, surendettement, risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (y compris chez les mineurs), illettrisme, fracture numérique.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

– –

### Égalité des chances et cohésion sociale .2.

Non-discrimination, égalité de traitement, accès aux biens et services, accès à l'information, à l'éducation et à la formation, écart de revenu, effectivité des droits civils, politiques et sociaux (en particulier pour les populations fragilisées, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les minorités).

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

– –

### Égalité entre les femmes et les hommes .3.

Accès des femmes et des hommes aux ressources : revenus, travail, responsabilités, santé/soins/bien-être, sécurité, éducation/savoir/formation, mobilité, temps, loisirs, etc.

Exercice des droits fondamentaux par les femmes et les hommes : droits civils, sociaux et politiques.

1. Quelles personnes sont directement et indirectement concernées par le projet et quelle est la composition sexuée de ce(s) groupe(s) de personnes ?

   Si aucune personne n'est concernée, expliquez pourquoi.

   Les patients se rendant dans les hopitaux.

↓ Si des personnes sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les éventuelles différences entre la situation respective des femmes et des hommes dans la matière relative au projet de réglementation.

   Néant

↓ S'il existe des différences, répondez aux questions 3 et 4.

3. Certaines de ces différences limitent-elles l'accès aux ressources ou l'exercice des droits fondamentaux des femmes ou des hommes (différences problématiques) ? [O/N] > expliquez

   – –

4. Compte tenu des réponses aux questions précédentes, identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur l'égalité des femmes et les hommes ?

   – –

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 5.

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   – –

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

**Santé .4.**

Accès aux soins de santé de qualité, efficacité de l'offre de soins, espérance de vie en bonne santé, traitements des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabètes et maladies respiratoires chroniques), déterminants de la santé (niveau socio-économique, alimentation, pollution), qualité de la vie.

☒ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☐ Pas d'impact

Mise en œuvre plus rapide de la loi du 28 février 2019 ;dans ce cadre, le législateur a estimé qu'une plus grande collaboration entre hôpitaux était souhaitable en termes d'efficacité et de qualité de soins :

**Emploi .5.**

Accès au marché de l'emploi, emplois de qualité, chômage, travail au noir, conditions de travail et de licenciement, carrière, temps de travail, bien-être au travail, accidents de travail, maladies professionnelles, équilibre vie privée - vie professionnelle, rémunération convenable, possibilités de formation professionnelle, relations collectives de travail.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

– –

**Modes de consommation et production .6.**

Stabilité/prévisibilité des prix, information et protection du consommateur, utilisation efficace des ressources, évaluation et intégration des externalités (environnementales et sociales) tout au long du cycle de vie des produits et services, modes de gestion des organisations.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

– –

**Développement économique .7.**

Création d'entreprises, production de biens et de services, productivité du travail et des ressources/matières premières, facteurs de compétitivité, accès au marché et à la profession, transparence du marché, accès aux marchés publics, relations commerciales et financières internationales, balance des importations/exportations, économie souterraine, sécurité d'approvisionnement des ressources énergétiques, minérales et organiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Certaines particularités du secteur peuvent justifier un traitement différent, notamment la forte réglementation de celui-ci et le fait que les hôpitaux ne poursuivent (généralement) pas un objectif de lucre

**Investissements .8.**

Investissements en capital physique (machines, véhicules, infrastructures), technologique, intellectuel (logiciel, recherche et développement) et humain, niveau d'investissement net en pourcentage du PIB.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

– –

**Recherche et développement .9.**

Opportunités de recherche et développement, innovation par l'introduction et la diffusion de nouveaux modes de production, de nouvelles pratiques d'entreprises ou de nouveaux produits et services, dépenses de recherche et de développement.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

– –

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

**PME .10.**

Impact sur le développement des PME.

1. Quelles entreprises sont directement et indirectement concernées par le projet ?
   Détaillez le(s) secteur(s), le nombre d'entreprises, le % de PME (< 50 travailleurs) dont le % de micro-entreprise (< 10 travailleurs).
   Si aucune entreprise n'est concernée, expliquez pourquoi.

   Aucune, si ce n'est les hôpitaux (si on les considère comme des entreprises)

↓ Si des PME sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur les PME.
   N.B. les impacts sur les charges administratives doivent être détaillés au thème 11

   _ _

↓ S'il y a un impact négatif, répondez aux questions 3 à 5.

3. Ces impacts sont-ils proportionnellement plus lourds sur les PME que sur les grandes entreprises ? [O/N] > expliquez

   _ _

4. Ces impacts sont-ils proportionnels à l'objectif poursuivi ? [O/N] > expliquez

   _ _

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

   _ _

**Charges administratives .11.**

Réduction des formalités et des obligations administratives liées directement ou indirectement à l'exécution, au respect et/ou au maintien d'un droit, d'une interdiction ou d'une obligation.

↓ Si des citoyens (cf. thème 3) et/ou des entreprises (cf. thème 10) sont concernés, répondez aux questions suivantes.

1. Identifiez, par groupe concerné, les formalités et les obligations nécessaires à l'application de la réglementation.
   S'il n'y a aucune formalité ou obligation, expliquez pourquoi.

   a. _ _réglementation actuelle*

   b. _ _ réglementation en projet**

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation actuelle*, répondez aux questions 2a à 4a.

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation en projet**, répondez aux questions 2b à 4b.

2. Quels documents et informations chaque groupe concerné doit-il fournir ?

   a. Formulaire de notification des concentrations de l'Autorité belge de la Concurrence*

   b. Néant**

3. Comment s'effectue la récolte des informations et des documents, par groupe concerné ?

   a. _ _*

   b. _ _**

4. Quelles est la périodicité des formalités et des obligations, par groupe concerné ?

   a. _ _*

   b. _ _**

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs ?

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

**Énergie .12.**

Mix énergétique (bas carbone, renouvelable, fossile), utilisation de la biomasse (bois, biocarburants), efficacité énergétique, consommation d'énergie de l'industrie, des services, des transports et des ménages, sécurité d'approvisionnement, accès aux biens et services énergétiques.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

– –

**Mobilité .13.**

Volume de transport (nombre de kilomètres parcourus et nombre de véhicules), offre de transports collectifs, offre routière, ferroviaire, maritime et fluviale pour les transports de marchandises, répartitions des modes de transport (modal shift), sécurité, densité du trafic.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

– –

**Alimentation .14.**

Accès à une alimentation sûre (contrôle de qualité), alimentation saine et à haute valeur nutritionnelle, gaspillages, commerce équitable.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

– –

**Changements climatiques .15.**

Émissions de gaz à effet de serre, capacité d'adaptation aux effets des changements climatiques, résilience, transition énergétique, sources d'énergies renouvelables, utilisation rationnelle de l'énergie, efficacité énergétique, performance énergétique des bâtiments, piégeage du carbone.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

– –

**Ressources naturelles .16.**

Gestion efficiente des ressources, recyclage, réutilisation, qualité et consommation de l'eau (eaux de surface et souterraines, mers et océans), qualité et utilisation du sol (pollution, teneur en matières organiques, érosion, assèchement, inondations, densification, fragmentation), déforestation.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

– –

**Air intérieur et extérieur .17.**

Qualité de l'air (y compris l'air intérieur), émissions de polluants (agents chimiques ou biologiques : méthane, hydrocarbures, solvants, SOx, NOx, NH3), particules fines.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

– –

**Biodiversité .18.**

Niveaux de la diversité biologique, état des écosystèmes (restauration, conservation, valorisation, zones protégées) , altération et fragmentation des habitats, biotechnologies, brevets d'invention sur la matière biologique, utilisation des ressources génétiques, services rendus par les écosystèmes (purification de l'eau et de l'air, …), espèces domestiquées ou cultivées, espèces exotiques envahissantes, espèces menacées.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

– –

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

**Nuisances .19.**

Nuisances sonores, visuelles ou olfactives, vibrations, rayonnements ionisants, non ionisants et électromagnétiques, nuisances lumineuses.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

– –

**Autorités publiques .20.**

Fonctionnement démocratique des organes de concertation et consultation, services publics aux usagers, plaintes, recours, contestations, mesures d'exécution, investissements publics.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif ↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

– –

**Cohérence des politiques en faveur du développement .21.**

Prise en considération des impacts involontaires des mesures politiques belges sur les intérêts des pays en développement.

1. Identifiez les éventuels impacts directs et indirects du projet sur les pays en développement dans les domaines suivants :

   - sécurité alimentaire
   - santé et accès aux médicaments
   - travail décent
   - commerce local et international
   - revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation)
   - mobilité des personnes
   - environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre)
   - paix et sécurité

   Expliquez si aucun pays en développement n'est concerné.

   Législation ne concernant que la Belgique. Pas d'impact sur un pays en développement.

↓ S'il y a des impacts positifs et/ou négatifs, répondez à la question 2.

2. Précisez les impacts par groupement régional ou économique (lister éventuellement les pays). Cf. manuel

   – –

↓ S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 3.

3. Quelles mesures sont prises pour les alléger / compenser les impacts négatifs ?

   – –

RIA formulier - v2 - oct. 2014

# Regelgevingsimpactanalyse

## RiA-AiR

:: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
:: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
:: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.vereenvoudiging.be

## Beschrijvende fiche

### Auteur .a.

| | |
|---|---|
| Bevoegd regeringslid | **Pierre-Yves Dermagne, Minister van Economie ; Frank Vandenbroucke, Minister van Volksgezondheid** |
| Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.) | **Benoît Lagasse ; benoit.lagasse@dermagne.fed.be; 0494212543** |
| Overheidsdienst | FOD Economie |
| Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.) | **Julie Léonard ; Julie.leonard@economie.fgov.be 02 277 86 14** |

### Ontwerp .b.

| | |
|---|---|
| Titel van het ontwerp van regelgeving | Ontwerp van wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andereverzorgingsinrichtingen, wat de toepassing van de voorafgaande controle op concentraties van de klinischenetwerking tussen ziekenhuizen betreft_ |
| Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, …), de beoogde doelen van uitvoering. | Dit wetsontwerp handelt over de uitsluiting van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken van het voorafgaande concentratietoezicht van de Belgische Mededingingsautoriteit. |
| Impactanalyses reeds uitgevoerd | ☐ Ja ☒ Nee — Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: _ _ |

### Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

| | |
|---|---|
| Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen: | Adviezen IF en Staatssecretaris voor begroting |

### Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

| | |
|---|---|
| Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en contactpersonen: | Geen |

### Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

26 februari 2021

RIA formulier - v2 - oct. 2014

## Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?

>

Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's 3, 10, 11 en 21, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de handleiding of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

### Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

### Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

### Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

   Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

   Patienten die naar een ziekenhuis gaan

↓ Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

   Geen

↓ Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

   – –

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

   – –

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   – –

**Gezondheid .4.**

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☒ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☐ Geen impact

Snellere implementatie van de wet van 28 februari 2019; in dit kader heeft de wetgever geoordeeld dat het meer laten samenwerken van ziekenhuizen wenselijk was in termen van efficiëntie en kwaliteit van de zorg

**Werkgelegenheid .5.**

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

**Consumptie- en productiepatronen .6.**

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

**Economische ontwikkeling .7.**

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

Bepaalde specificiteiten van de sector kunnen een verschillende behandeling ervanrechtvaardigen, met name de sterke regulering ervan en het feit dat de ziekenhuizen (in het algemeen) geen winstdoel nastreven

**Investeringen .8.**

Investeringen in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuren), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

**Onderzoek en ontwikkeling .9.**

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

**Kmo's .10.**

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?
   Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).
   Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.

   Geen, behalve de ziekenhuizen (indien ziekenhuizen als ondernemingen beswouwd zijn)

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.
   N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

   _ _

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

   _ _

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

   _ _

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

**Administratieve lasten .11.**

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving.
   Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

   a. _ _huidige regelgeving*

   b. _ _ontwerp van regelgeving**

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?

   a. Aanmeldingsformulier voor concentraties bij de Belgische Mededingingsautoriteit

   b. Geen

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?

   a. _ _*

   b. _ _**

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?

   a. _ _*

   b. _ _**

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   _ _

RIA formulier - v2 - oct. 2014

**Energie .12.**

Energiemix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

**Mobiliteit .13.**

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

**Voeding .14.**

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

**Klimaatverandering .15.**

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

**Natuurlijke hulpbronnen .16.**

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

**Buiten- en binnenlucht .17.**

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

**Biodiversiteit .18.**

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

**Hinder .19.**

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

**Overheid .20.**

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.

☐ Positieve impact ☐ Negatieve impact ↓ Leg uit. ☒ Geen impact

– –

**Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.**

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.

1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van:

   - voedselveiligheid
   - gezondheid en toegang tot geneesmiddelen
   - waardig werk
   - lokale en internationale handel
   - inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)
   - mobiliteit van personen
   - leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)
   - vrede en veiligheid

   Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.

   Wetgeving betreffende alléén maar België. Geen invloed op een ontwikkelingsland.

↓ Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.

2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage

   – –

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.

3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

   – –

## ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE NR. 68.625/3 VAN 29 JANUARI 2021

Op 5 januari 2021 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de minister van Economie en Werk verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een voorontwerp van wet "tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de toepassing van de voorafgaande controle op concentraties van de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft".

Het voorontwerp is door de derde kamer onderzocht op 26 januari 2021. De kamer was samengesteld uit Wilfried Van Vaerenbergh, kamervoorzitter, Jeroen Van Nieuwenhove en Koen Muylle, staatsraden, Jan Velaers en Bruno Peeters, assessoren, en Astrid Truyens, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Tim Corthaut, auditeur.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Jeroen Van Nieuwenhove, staatsraad.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 29 januari 2021.

*

### STREKKING VAN HET VOORONTWERP

1. Het voor advies voorgelegde voorontwerp van wet beoogt de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken[1] vrij te stellen van het voorafgaande toezicht door de Belgische Mededingingsautoriteit in het kader van de Belgische concentratiecontrole, zoals ingericht bij boek IV, titel 1, hoofdstuk 2, van het Wetboek van Economisch Recht. Daartoe voegt artikel 2 van het voorontwerp een paragraaf 3 toe aan artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 "op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen" (hierna: de ziekenhuiswet).

De aan te nemen wet heeft uitwerking met ingang van 28 februari 2019 (artikel 3 van het voorontwerp).

### ONDERZOEK VAN DE TEKST

#### Artikel 2

2. Aangezien de concentratiecontrole in boek IV, titel 1, hoofdstuk 2, van het Wetboek van Economisch Recht is beperkt tot de Belgische marktwerking, kan de federale wetgever er ook uitzonderingen op bepalen, zolang daarbij geen afbreuk wordt gedaan aan de Europese concentratiecontrole ingesteld door verordening (EG) nr. 139/2004 van de Raad van 20 januari 2004 "betreffende de controle op concentraties van ondernemingen". Aangezien de toepassing van die verordening als

[1] Zie artikel 14/1, 1°, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 "op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen"

## AVIS DU CONSEIL D'ÉTAT N° 68.625/3 DU 29 JANVIER 2021

Le 5 janvier 2021, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et le ministre de l'Économie et du Travail à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, sur un avant-projet de loi "modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne l'application du contrôle préalable des concentrations pour le réseautage clinique entre hôpitaux".

L'avant-projet a été examiné par la troisième chambre le 26 janvier 2021. La chambre était composée de Wilfried Van Vaerenbergh, président de chambre, Jeroen Van Nieuwenhove et Koen Muylle, conseillers d'État, Jan Velaers et Bruno Peeters, assesseurs, et Astrid Truyens, greffier.

Le rapport a été présenté par Tim Corthaut, auditeur.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Jeroen Van Nieuwenhove, conseiller d'État.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 29 janvier 2021.

*

### PORTÉE DE L'AVANT-PROJET

1. L'avant-projet de loi soumis pour avis a pour objet d'exempter les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux[1] du contrôle préalable par l'Autorité belge de la concurrence, dans le cadre du contrôle belge des concentrations, institué par le livre IV, titre 1er, chapitre 2, du Code de droit économique. À cet effet, l'article 2 de l'avant-projet ajoute un paragraphe 3 à l'article 2 de la loi "sur les hôpitaux et autres établissements de soins", coordonnée le 10 juillet 2008 (ci-après: la loi sur les hôpitaux).

La loi à adopter produit ses effets le 28 février 2019 (article 3 de l'avant-projet).

### EXAMEN DU TEXTE

#### Article 2

2. Dès lors que le contrôle des concentrations prévu dans le livre IV, titre 1er, chapitre 2, du Code de droit économique est limité au fonctionnement du marché belge, le législateur fédéral peut également y prévoir des exceptions, pour autant qu'il ne soit pas ainsi porté atteinte au contrôle européen des concentrations instauré par le règlement (CE) n° 139/2004 du Conseil du 20 janvier 2004 "relatif au contrôle des concentrations entre entreprises". L'application de ce règlement n'étant

[1] Voir l'article 14/1, 1°, de la loi "sur les hôpitaux et autres établissements de soins", coordonnée le 10 juillet 2008.

dusdanig niet wordt ingeperkt door het ontworpen artikel 2, § 3, van de ziekenhuiswet, rijst er op dat vlak geen probleem.

Gezien de uitvoerige motivering in de memorie van toelichting kan de ontworpen bepaling ook verenigbaar geacht worden met het gelijkheidsbeginsel.

Artikel 3

3. Overeenkomstig artikel 3 heeft de aan te nemen wet uitwerking met ingang van 28 februari 2019.

De niet-retroactiviteit van wetten is een waarborg ter voorkoming van rechtsonzekerheid. Die waarborg vereist dat de inhoud van het recht voorzienbaar en toegankelijk is, zodat de rechtzoekende in redelijke mate de gevolgen van een bepaalde handeling kan voorzien op het tijdstip dat die handeling wordt verricht. De terugwerkende kracht kan enkel worden verantwoord wanneer ze onontbeerlijk is voor de verwezenlijking van een doelstelling van algemeen belang.[2] Indien bovendien blijkt dat de terugwerkende kracht tot doel heeft de afloop van een gerechtelijke procedure in een welbepaalde zin te beïnvloeden of de rechtscolleges te verhinderen zich uit te spreken over een welbepaalde rechtsvraag, vergt de aard van het in het geding zijnde beginsel dat uitzonderlijke omstandigheden of dwingende motieven van algemeen belang een verantwoording bieden voor het optreden van de wetgever, dat ten nadele van een categorie van burgers afbreuk doet aan de jurisdictionele waarborgen die aan allen worden geboden.[3]

Met het ontworpen artikel 2, § 3, van de ziekenhuiswet wordt gereageerd op een stellingname in een nota van het auditoraat bij de Belgische Mededingingsautoriteit. In de memorie van toelichting wordt uitvoerig betoogd dat het nooit de bedoeling was om de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken als door de overheid opgelegde samenwerkingsverbanden van grotendeels door de overheid gefinancierde actoren die hun eigenheid blijven behouden, aan een voorafgaande concentratiecontrole te onderwerpen, en dat die controle de implementatie van die netwerken in het gedrang kan brengen. Er kan dan ook worden aangenomen dat de rechtszekerheid juist gebaat is bij de terugwerkende kracht en dat die bijgevolg onontbeerlijk is voor de verwezenlijking van een doelstelling van algemeen belang. Voor zover de voormelde stellingname van het auditoraat bij de Belgische Mededingingsautoriteit al

[2] Vaste rechtspraak van het Grondwettelijk Hof, zie o.m.: GwH 21 november 2013, nr. 158/2013, B.24.2; GwH 19 december 2013, nr. 172/2013, B.22; GwH 29 januari 2014, nr. 18/2014, B.10; GwH 9 oktober 2014, nr. 146/2014, B.10.1; GwH 22 januari 2015, nr. 1/2015, B.4; GwH 7 mei 2015, nr. 54/2015, B.12; GwH 14 januari 2016, nr. 3/2016, B.22; GwH 3 februari 2016, nr. 16/2016, B.12.1; GwH 28 april 2016, nr. 58/2016, B.9.2; GwH 9 februari 2017, nr. 15/2017, B.9.2.

[3] Vaste rechtspraak van het Grondwettelijk Hof. Zie bv.: GwH 21 november 2013, nr. 158/2013, B.24.2; GwH 9 oktober 2014, nr. 146/2014, B.10.1; GwH 28 mei 2015, nr. 77/2015, B.4.1; GwH 24 maart 2016, nr. 48/2016, B.6; GwH 6 oktober 2016, nr. 126/2016, B.7.3.

pas, en tant que telle, limitée par l'article 2, § 3, en projet, de la loi sur les hôpitaux, aucun problème n'apparaît à cet égard.

Au vu de la motivation circonstanciée figurant dans l'exposé des motifs, la disposition en projet peut également être jugée conciliable avec le principe d'égalité.

Article 3

3. Conformément à l'article 3, la loi à adopter produit ses effets le 28 février 2019.

La non-rétroactivité des lois est une garantie ayant pour but de prévenir l'insécurité juridique. Cette garantie exige que le contenu du droit soit prévisible et accessible, de sorte que le justiciable puisse prévoir, à un degré raisonnable, les conséquences d'un acte déterminé au moment où cet acte est accompli. La rétroactivité peut uniquement être justifiée lorsqu'elle est indispensable à la réalisation d'un objectif d'intérêt général[2]. S'il s'avère en outre que la rétroactivité a pour but d'influencer dans un sens déterminé l'issue d'une procédure judiciaire ou d'empêcher les juridictions de se prononcer sur une question de droit bien déterminée, la nature du principe en cause exige que des circonstances exceptionnelles ou des motifs impérieux d'intérêt général justifient l'intervention du législateur, laquelle porte atteinte, au préjudice d'une catégorie de citoyens, aux garanties juridictionnelles offertes à tous[3].

L'article 2, § 3, en projet, de la loi sur les hôpitaux constitue une réaction à une position figurant dans une note de l'auditorat près l'Autorité belge de la concurrence. L'exposé des motifs explique d'une manière circonstanciée que l'intention n'a jamais été de soumettre à un contrôle préalable de concentration les réseaux hospitaliers locorégionaux, en tant qu'associations, imposées par l'autorité, d'acteurs qu'elle finance pour une part importante et qui conservent leur identité propre, et que ce contrôle est susceptible de mettre en péril la mise en œuvre de ces réseaux. Il est dès lors permis de considérer que la rétroactivité contribue justement à la sécurité juridique et qu'elle est par conséquent indispensable pour réaliser un objectif d'intérêt général. Pour autant que la position de l'auditorat près l'Autorité belge de la concurrence, précitée, ait déjà donné lieu à des procédures en cours, on peut également

[2] Jurisprudence constante de la Cour constitutionnelle, voir entre autres: C.C., 21 novembre 2013, n° 158/2013, B.24.2; C.C., 19 décembre 2013, n° 172/2013, B.22; C.C., 29 janvier 2014, n° 18/2014, B.10; C.C., 9 octobre 2014, n° 146/2014, B.10.1; C.C., 22 janvier 2015, n° 1/2015, B.4; C.C., 7 mai 2015, n° 54/2015, B.12; C.C., 14 janvier 2016, n° 3/2016, B.22; C.C., 3 février 2016, n° 16/2016, B.12.1; C.C., 28 avril 2016, n° 58/2016, B.9.2; C.C., 9 février 2017, n° 15/2017, B.9.2.

[3] Jurisprudence constante de la Cour constitutionnelle. Voir, par ex., C.C., 21 novembre 2013, n° 158/2013, B.24.2; C.C., 9 octobre 2014, n° 146/2014, B.10.1; C.C., 28 mai 2015, n° 77/2015, B.4.1; C.C., 24 mars 2016, n° 48/2016, B.6; C.C., 6 octobre 2016, n° 126/2016, B.7.3.

aanleiding zou hebben gegeven tot hangende rechtsgedingen, kan ook worden aanvaard dat dwingende motieven van algemeen belang het optreden van de wetgever verantwoorden.

*De griffier,* *De voorzitter,*

Astrid TRUYENS Wilfried VAN VAERENBERGH

considérer que des motifs impérieux d'ordre général justifient l'intervention du législateur.

*Le greffier,* *Le président,*

Astrid TRUYENS Wilfried VAN VAERENBERGH

## PROJET DE LOI

PHILIPPE,

ROI DES BELGES,

*À tous, présents et à venir,*
SALUT.

Sur la proposition du ministre de l'Économie et du ministre de la Santé publique,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS:

Le ministre de l'Économie et le ministre de la Santé publique sont chargés de présenter en notre nom à la Chambre des représentants le projet de loi dont la teneur suit:

CHAPITRE 1ER

**Disposition générale**

Article 1er

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

CHAPITRE 2

**Modification de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins**

Art. 2

L'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, modifié par la loi du 28 février 2019, est complété par un paragraphe 3 rédigé comme suit:

"§ 3. Sans préjudice de la compétence de l'Union européenne et, en particulier, du règlement n°139/2004 du Conseil du 20 janvier 2004 relatif au contrôle des concentrations entre entreprises, la constitution d'un réseau hospitalier clinique locorégional ainsi que toute modification ultérieure de sa composition ne sont pas soumises au contrôle préalable des concentrations institué par le livre IV, titre 1er, chapitre 2 du Code de droit économique."

## WETSONTWERP

FILIP,

KONING DER BELGEN,

*Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,*
ONZE GROET.

Op de voordracht van de minister van Economie en van de minister van Volksgezondheid,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ:

De minister van Economie en de minister van Volksgezondheid zijn ermee belast het ontwerp van wet, waarvan de tekst hierna volgt, in onze naam bij de Kamer van volksvertegenwoordigers in te dienen:

HOOFDSTUK 1

**Algemene bepaling**

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2

**Wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen**

Art. 2

Artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gewijzigd bij de wet van 28 februari 2019, wordt aangevuld met een paragraaf 3, luidende:

"§ 3. Onverminderd de bevoegdheid van de Europese Unie en, in het bijzonder, verordening nr. 139/2004 van de Raad van 20 januari 2004 betreffende de controle op concentraties van ondernemingen, is de oprichting van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, noch enige latere wijziging van de samenstelling ervan, onderworpen aan het voorafgaande toezicht op concentraties zoals ingesteld door boek IV, titel 1, hoofdstuk 2 van het Wetboek van economisch recht."

CHAPITRE 3

**Entrée en vigueur**

Art. 3

La présente loi produit ses effets le 28 février 2019.

Donné à Bruxelles, le 25 février 2021

**PHILIPPE**

PAR LE ROI:

*Le ministre de l'Économie,*

Pierre-Yves DERMAGNE

*Le ministre de la Santé publique,*

Frank VANDENBROUCKE

HOOFDSTUK 3

**Inwerkingtreding**

Art. 3

Deze wet heeft uitwerking met ingang van 28 februari 2019.

Gegeven te Brussel, 25 februari 2021

**FILIP**

VAN KONINGSWEGE:

*De minister van Economie,*

Pierre-Yves DERMAGNE

*De minister van Volksgezondheid,*

Frank VANDENBROUCKE

| **Coordination de l'article** | |
|---|---|
| **TEXTE DE BASE** | **TEXTE DE BASE ADAPTE AU PROJET DE LOI** |
| | |
| **CHAPITRE 2. Modification de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins (article 2 du projet)** | |
| | |
| **Art. 2.** § 1er. Pour l'application de la présente loi coordonnée sont considérés comme hôpitaux, les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais.<br>Ces hôpitaux remplissent une mission d'intérêt général.<br>A l'exception des hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G) et à l'exception des hôpitaux psychiatriques, chaque hôpital fait partie d'un seul et unique réseau hospitalier clinique locorégional tel que visé à l'article 14/1, 1°.<br>§ 2. Le Roi peut déterminer des conditions et des modalités en vertu desquelles les hôpitaux visés au § 1er qui ne sont pas tenus d'entrer dans un réseau hospitalier clinique locorégional, peuvent être, sur une base volontaire, repris dans un réseau hospitalier clinique locorégional. | **Art. 2.** § 1er. Pour l'application de la présente loi coordonnée sont considérés comme hôpitaux, les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais.<br>Ces hôpitaux remplissent une mission d'intérêt général.<br>A l'exception des hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G) et à l'exception des hôpitaux psychiatriques, chaque hôpital fait partie d'un seul et unique réseau hospitalier clinique locorégional tel que visé à l'article 14/1, 1°.<br>§ 2. Le Roi peut déterminer des conditions et des modalités en vertu desquelles les hôpitaux visés au § 1er qui ne sont pas tenus d'entrer dans un réseau hospitalier clinique locorégional, peuvent être, sur une base volontaire, repris dans un réseau hospitalier clinique locorégional.<br>**§ 3. Sans préjudice de la compétence de l'Union européenne et, en particulier, du règlement n°139/2004 du Conseil du 20 janvier 2004 relatif au contrôle des concentrations entre entreprises, la constitution d'un réseau hospitalier clinique locorégional ainsi que toute modification ultérieure de sa composition ne sont pas soumises au contrôle préalable des concentrations institué par le livre IV, titre 1er, chapitre 2 du Code de droit économique.** |

1

| Coördinatie van het artikel | |
|---|---|
| **BASISTEKST** | **BASISTEKST AANGEPAST AAN HET WETSONTWERP** |
| | |
| **HOOFDSTUK 2. Wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (artikel 2 van het ontwerp)** | |
| | |
| **Art. 2.** § 1. Met het oog op de toepassing van deze gecoördineerde wet worden als ziekenhuizen beschouwd, 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.<br>Deze ziekenhuizen vervullen een opdracht van algemeen belang.<br>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, maakt elk ziekenhuis deel uit van één en slechts één locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk als bedoeld in artikel 14/1, 1°.<br><br>§ 2. De Koning kan voorwaarden en modaliteiten bepalen volgens dewelke de in paragraaf 1 bedoelde ziekenhuizen die niet verplicht tot een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moeten toetreden op vrijwillige basis in een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk worden opgenomen. | **Art. 2.** § 1. Met het oog op de toepassing van deze gecoördineerde wet worden als ziekenhuizen beschouwd, 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.<br>Deze ziekenhuizen vervullen een opdracht van algemeen belang.<br>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, maakt elk ziekenhuis deel uit van één en slechts één locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk als bedoeld in artikel 14/1, 1°.<br><br>§ 2. De Koning kan voorwaarden en modaliteiten bepalen volgens dewelke de in paragraaf 1 bedoelde ziekenhuizen die niet verplicht tot een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moeten toetreden op vrijwillige basis in een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk worden opgenomen.<br><br>**§ 3. Onverminderd de bevoegdheid van de Europese Unie en, in het bijzonder, verordening nr. 139/2004 van de Raad van 20 januari 2004 betreffende de controle op concentraties van ondernemingen, is de oprichting van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, noch enige latere wijziging van de samenstelling ervan, onderworpen aan het voorafgaande toezicht op concentraties zoals ingesteld door boek IV, titel 1, hoofdstuk 2 van het Wetboek van economisch recht.** |

2



Imprimerie centrale – Centrale drukkerij