

DECYZJA KOMISJI (UE) 2016/2327

z dnia 5 lipca 2016 r.

**w sprawie pomocy państwa nr SA.19864 – 2014/C (ex 2009/NN54) wdrożonej przez Belgię –
Finansowanie szpitali publicznych sieci IRIS w Regionie Stołecznym Brukseli***(notyfikowana jako dokument nr C(2016) 4051)***(Jedynie teksty w językach francuskim i niderlandzkim są autentyczne)****(Tekst mający znaczenie dla EOG)**

KOMISJA EUROPEJSKA,

uwzględniając Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, w szczególności jego art. 108 ust. 2 akapit pierwszy ⁽¹⁾,

uwzględniając Porozumienie o Europejskim Obszarze Gospodarczym, w szczególności jego art. 62 ust. 1 lit. a),

po wezwaniu zainteresowanych stron do przedstawienia uwag ⁽²⁾ zgodnie z przywołanymi artykułami i uwzględniając otrzymane odpowiedzi,

a także mając na uwadze, co następuje:

1. PROCEDURA

- (1) Pismami z dnia 7 września 2005 r. i z dnia 17 października 2005 r. zarejestrowanymi odpowiednio dnia 12 września 2005 r. i dnia 19 października 2005 r. Komisja otrzymała skargę skierowaną przeciwko państwu belgijskiemu, dotyczącą domniemanego przyznawania począwszy od 1995 r. pomocy niezgodnej z prawem i niezgodnej z rynkiem wewnętrznym na rzecz pięciu szpitali publicznych ⁽³⁾ (zwanymi dalej „szpitalami IRIS”) ⁽⁴⁾ należących do sieci IRIS ⁽⁵⁾ (zwanej dalej „IRIS”) w Regionie Stołecznym Brukseli. Skargę złożyły dwa stowarzyszenia (brukselskie stowarzyszenie instytucji społecznych i instytucji zdrowia publicznego (fr. Coordination bruxelloise d'institutions sociales et de santé, CBI) oraz brukselskie stowarzyszenie prywatnych instytucji opieki (fr. Association bruxelloise des institutions de soins privées, ABISP)) reprezentujące szpitale zarządzane przez osoby prawne prawa prywatnego („zwane dalej „szpitalami prywatnymi”) oraz *ut singuli* kilka szpitali będących członkami tych stowarzyszeń ⁽⁶⁾.
- (2) Skarga zawierała w szczególności zestawy argumentów dotyczące następujących kwestii: i) braku lub niewystarczającej przejrzystości określenia i zasad powierzenia zadań w zakresie świadczenia usługi publicznej jedynie szpitalom IRIS, a nie brukselskim szpitalom prywatnym; ii) wyrównania przez organy publiczne strat ponoszonych przez szpitale IRIS; iii) nadwyżki rekompensaty kosztów związanych z zadaniami w zakresie świadczenia usług publicznych przez szpitale IRIS za pośrednictwem brukselskiego regionalnego funduszu refinansowania gminnych środków pieniężnych (fr. Fonds Régional Bruxellois de Refinancement des Trésoreries

⁽¹⁾ Ze skutkiem od dnia 1 grudnia 2009 r. art. 87 i 88 Traktatu WE stały się odpowiednio art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej („TFUE”). W obu przypadkach treść postanowień jest zasadniczo identyczna. Do celów niniejszej decyzji odniesienia do art. 107 i 108 TFUE należy rozumieć, w stosownych przypadkach, jako odniesienia odpowiednio do art. 87 i 88 Traktatu WE. W TFUE wprowadzono także pewne zmiany terminologii, na przykład termin „Wspólnota” zastąpiono terminem „Unia”, „wspólny rynek” terminem „rynek wewnętrzny”, a „Sąd Pierwszej Instancji” terminem „Sąd”. W niniejszej decyzji stosuje się terminologię TFUE.

⁽²⁾ Dz.U. C 437 z 5.12.2014, s. 10.

⁽³⁾ W ujęciu łącznym wspomnianych pięć szpitali publicznych zarządza ok. 2 425 z około 7 260 łóżek należących do szpitali ogólnych i szpitali uniwersyteckich Regionu Stołecznego Brukseli (z wyłączeniem szpitali psychiatrycznych, geriatrycznych i innych szpitali specjalistycznych). Szpitale te zatrudniają około 10 000 osób. Udziela się w nich ponad milion konsultacji medycznych rocznie. Władze belgijskie (po konsultacji z Komisją Wspólnotową i federalną służbą publiczną ds. zdrowia publicznego) podały liczbę zatwierdzonych łóżek szpitalnych za 2015 r. Pozostałe informacje są dostępne na stronie internetowej IRIS (zob. <http://www.iris-hopitaux.be>).

⁽⁴⁾ Zob. sekcje 2.2 i 2.4, w których przedstawiono więcej informacji na temat tych szpitali publicznych i ich działalności.

⁽⁵⁾ Skrót „IRIS” oznacza międzyszpitalną regionalną sieć zakładów opieki zdrowotnej (fr. Interhospitalière régionale des infrastructures de soins).

⁽⁶⁾ Skarżący zwrócili się z wnioskiem o nieujawnianie ich poszczególnych tożsamości. Z powodu skargi o stwierdzenie nieważności złożonej przez te strony i wyroku stwierdzającego nieważność z dnia 7 listopada 2012 r. wydanego przez Sąd w sprawie T-137/10 tożsamości te są jednak obecnie publiczne znane (zob. motywy 4 i 6). Należy również zauważyć, że stowarzyszenie ABISP i jego członkowie wycofali skargę.

Communales); iv) braku przejrzystości sposobu finansowania publicznego szpitali IRIS; oraz v) występowania subsydiowania skrośnego działalności pozaszpitalnej szpitali IRIS poprzez rekompensaty otrzymywane na realizację ich zadań szpitalnych ⁽⁷⁾.

- (3) W nawiązaniu do dodatkowych informacji przekazanych przez władze belgijskie dnia 10 stycznia 2008 r. służby Komisji w piśmie wysłanym do skarżących poinformowały skarżących o swojej wstępnej opinii dotyczącej skargi ⁽⁸⁾ i wezwały zainteresowane strony do dostarczenia nowych informacji, które pozwoliłyby im na ponowne zbadanie przeprowadzonej wstępnej oceny skargi, zaznaczając przy tym, że bez dostarczenia tych nowych informacji wstępna ocena zostanie utrzymana. Po otrzymaniu odpowiedzi skarżących służby Komisji potwierdziły swoją wstępną ocenę pismem z dnia 10 kwietnia 2008 r.
- (4) Następnie skarżący poinformowali Komisję, że wnieśli skargę o stwierdzenie nieważności do Sądu Pierwszej Instancji Wspólnot Europejskich (obecnie, od dnia 1 grudnia 2009 r. – Sąd Unii Europejskiej, zwany dalej „Sądem”) w odniesieniu do pisma z dnia 10 stycznia 2008 r., które uważali za decyzję Komisji ⁽⁹⁾. Ponadto dnia 20 czerwca 2008 r. skarżący wnieśli skargę o stwierdzenie nieważności pisma służb Komisji z dnia 10 kwietnia 2008 r. ⁽¹⁰⁾. Obydwa postępowania toczące się przed Sądem zostały zawieszone przez Sąd do dnia 31 października 2009 r., ponieważ Komisja poinformowała Sąd, że ma zamiar przyjąć decyzję na podstawie rozporządzenia Rady (WE) nr 659/1999 ⁽¹¹⁾. W celu przyjęcia tej decyzji służby Komisji zwróciły się do władz belgijskich i do skarżących o udzielenie dodatkowych informacji.
- (5) W decyzji z dnia 28 października 2009 r. ⁽¹²⁾ (zwanej dalej „decyzją Komisji z 2009 r.”, zob. również sekcja 4.1) Komisja zdecydowała o niewnoszeniu zastrzeżeń w odniesieniu do pomocy na finansowanie szpitali publicznych IRIS w Regionie Stołecznym Brukseli ze względu na to, że przedmiotowe finansowanie uznano za zgodne ze wspólnym rynkiem z uwzględnieniem warunków określonych w decyzji Komisji 2005/842/WE ⁽¹³⁾ (zwanej dalej „decyzją w sprawie UOIG z 2005 r.”), jak również z uwzględnieniem bezpośrednio art. 86 ust. 2 Traktatu WE (obecnie art. 106 ust. 2 TFUE) odnośnie do zadań w zakresie świadczenia usług publicznych powierzonych przed wejściem w życie decyzji w sprawie UOIG z 2005 r. w dniu 19 grudnia 2005 r.
- (6) Następnie skarżący wnieśli do Sądu skargę o stwierdzenie nieważności tej decyzji Komisji. Sąd stwierdził nieważność decyzji Komisji wyrokiem z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie T-137/10 ⁽¹⁴⁾ (zob. również sekcja 4.2), uznając, że decyzja ta została wydana z naruszeniem praw proceduralnych skarżących. W szczególności Sąd stwierdził, że Komisja powinna była żywić poważne wątpliwości co do zgodności przedmiotowych środków z rynkiem wewnętrznym, biorąc pod uwagę argumenty podniesione w tym względzie przez skarżących. Sąd stwierdził zatem, że Komisja była zobowiązana wszcząć formalne postępowanie wyjaśniające, aby zebrać wszystkie informacje istotne do weryfikacji zgodności wszystkich omawianych środków pomocy z rynkiem wewnętrznym oraz umożliwić skarżącym i innym zainteresowanym stronom przedstawienie uwag w ramach tego postępowania ⁽¹⁵⁾.
- (7) Pismem z dnia 1 października 2014 r. Komisja poinformowała Belgię o swojej decyzji o wszczęciu postępowania określonego w art. 108 ust. 2 TFUE w odniesieniu do środków publicznego finansowania na rzecz szpitali IRIS w Regionie Stołecznym Brukseli.
- (8) Decyzję Komisji o wszczęciu postępowania (zwaną dalej „decyzją o wszczęciu postępowania”) opublikowano w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej* ⁽¹⁶⁾. Komisja wezwała zainteresowane strony do przedstawienia uwag na temat środków.

⁽⁷⁾ Argument dotyczący tej ostatniej kwestii skarżący podnieśli po raz pierwszy w piśmie z dnia 15 grudnia 2008 r.

⁽⁸⁾ Zasadniczo służby Komisji uznały wstępnie, że szpitale IRIS były niewątpliwie należycie uprawnione do wykonywania zadań w zakresie świadczenia usług publicznych, że rekompensata, którą otrzymywały, była wyraźnie określona i że nie była ona nadmierna. W związku z tym służby Komisji stwierdziły, że odnośna sytuacja nie stanowi problemu w świetle zasad pomocy państwa. Stwierdziły ponadto, że przestrzegano również, jak się wydaje, wymogów w zakresie przejrzystości. Służby Komisji stwierdziły zatem, że wobec braku nowych elementów dostarczonych przez skarżących nie ma wystarczających powodów, aby kontynuować postępowanie wyjaśniające.

⁽⁹⁾ Sprawa T-128/08, dotychczas nieopublikowana.

⁽¹⁰⁾ Sprawa T-241/08, dotychczas nieopublikowana.

⁽¹¹⁾ Rozporządzenie Rady (WE) nr 659/1999 z dnia 22 marca 1999 r. ustanawiające szczegółowe zasady stosowania art. 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz.U. L 83 z 27.3.1999, s. 1).

⁽¹²⁾ Dz.U. C 74 z 24.3.2010, s. 1.

⁽¹³⁾ Decyzja Komisji 2005/842/WE z dnia 28 listopada 2005 r. w sprawie stosowania art. 86 ust. 2 Traktatu WE do pomocy państwa w formie rekompensaty z tytułu świadczenia usług publicznych, przyznawanej przedsiębiorstwom zobowiązanym do zarządzania usługami świadczonymi w ogólnym interesie gospodarczym (Dz.U. L 312 z 29.11.2005, s. 67).

⁽¹⁴⁾ Sprawa T-137/10, CBI/Komisja, ECLI:EU:T:2012:584.

⁽¹⁵⁾ *Ibidem*, pkt 313.

⁽¹⁶⁾ Zob. przypis 2.

- (9) Pismem z dnia 22 października 2014 r. władze belgijskie wystąpiły z wnioskiem o przedłużenie terminu na zgłaszanie uwag w odpowiedzi na decyzję o wszczęciu postępowania. Komisja zgodziła się na to przedłużenie pismem z dnia 23 października 2014 r. Pismem z dnia 1 grudnia 2014 r. wystąpiono z wnioskiem o ponowne przedłużenie, a Komisja wyraziła na nie zgodę pismem z dnia 2 grudnia 2014 r. Pismem z dnia 16 grudnia 2014 r. Królestwo Belgii przedstawiło swoje uwagi dotyczące decyzji o wszczęciu postępowania.
- (10) Komisja otrzymała uwagi od zainteresowanych stron (zob. sekcja 5 poniżej) w dniach 15 grudnia 2014 r., 5 stycznia 2015 r. i 9 stycznia 2015 r. Pismami z dnia 13 i z dnia 20 lutego 2015 r. Komisja przekazała te uwagi Belgii, która miała możliwość odniesienia się do nich. Uwagi Belgii otrzymano pismem z dnia 13 marca 2015 r., zarejestrowanym dnia 17 marca 2015 r.
- (11) Na tej podstawie Komisja ponownie zbadała sprawę i zinterpretowała niektóre elementy w odmienny sposób niż w ramach oceny przedstawionej w jej decyzji z 2009 r., co do której stwierdzono nieważność.

2. KONTEKST

- (12) Szpitale IRIS działają w złożonym środowisku legislacyjnym i regulacyjnym ustalonym przez różne organy publiczne. Ogólna ocena zgodności finansowania publicznego, z którego korzystają te szpitale, z zasadami pomocy państwa wymaga najpierw krótkiego opisanie ram legislacyjnych i regulacyjnych mających zastosowanie do szpitali IRIS. Opis ten obejmuje przedstawienie ustawy o CPAS (na podstawie której utworzono szpitale IRIS), zarys historyczny utworzenia szpitali IRIS, wykaz dokumentów ustawodawczych i innych dokumentów regulujących działalność szpitali IRIS, krótki opis głównych rodzajów działalności szpitali IRIS, jak również wykaz różnych mechanizmów finansowania, które mają zastosowanie.

2.1. Prawo do pomocy społecznej i ustawa o CPAS

- (13) W Belgii prawo do pomocy społecznej jest prawem zagwarantowanym w konstytucji. W szczególności art. 23 konstytucji belgijskiej stanowi, co następuje:

„Każdy ma prawo do życia zgodnego z wymaganiami godności ludzkiej. W tym celu w ustawie, dekrete lub przepisie, o którym mowa w art. 134, gwarantuje się, uwzględniając odpowiednie obowiązki, prawa ekonomiczne, społeczne i kulturalne oraz ustala się warunki ich wykonywania. Prawa te obejmują w szczególności:

[...]

2° prawo do zabezpieczenia społecznego, ochrony zdrowia i do pomocy społecznej, medycznej i prawnej”.

- (14) Skuteczny dostęp obywateli do pomocy społecznej reguluje głównie ustawa organiczna z dnia 8 lipca 1976 r. ⁽¹⁷⁾ (zwana dalej „ustawą o CPAS”) ustanawiająca publiczne ośrodki działań społecznych (fr. Centres Publics d'Action Sociale) (zwane dalej „CPAS”). Są one podmiotami publicznymi posiadającymi osobowość prawną działającymi w każdej belgijskiej gminie. Ośrodki CPAS są zarządzane przez radę, której członków wybiera rada danej gminy. Zgodnie z art. 1 ustawy o CPAS:

„Każdy ma prawo do pomocy społecznej. Jej celem jest zagwarantowanie wszystkim obywatelom życia zgodnego z wymaganiami godności ludzkiej. Tworzy się publiczne ośrodki pomocy społecznej, których zadaniem jest zapewnienie tej pomocy na warunkach określonych w niniejszej ustawie”.

- (15) W praktyce ośrodek CPAS świadczy pomoc społeczną osobom, które nie dysponują środkami niezbędnymi do życia zgodnego z wymaganiami godności ludzkiej i które nie mogą korzystać z innych form zabezpieczenia społecznego (np. z zasiłku dla bezrobotnych). W tym kontekście w art. 57 ust. 1 ustawy o CPAS uściśla się, że zadaniem ośrodka CPAS jest zapewnienie osobom i rodzinom pomocy należytej ze strony samorządu. Zadanie to opisuje się w nim w następujący sposób:

„Zapewnia on nie tylko pomoc paliatywną lub leczniczą, lecz także pomoc zapobiegawczą. Zachęca korzystających do uczestnictwa społecznego. Pomoc ta może być pomocą materialną, społeczną, medyczną, medyczno-społeczną lub psychologiczną”.

⁽¹⁷⁾ Moniteur belge z dnia 5 sierpnia 1976 r., s. 9876.

- (16) Każdy ośrodek CPAS jest zobowiązany do świadczenia pomocy społecznej osobom i rodzinom, przy czym dysponuje jednak pewną swobodą uznania w odniesieniu do sposobu, w jaki udziela tej pomocy. Ścisłej rzecz ujmując, ośrodek CPAS może świadczyć tę pomoc:
- albo samodzielnie w sposób bezpośredni,
 - albo „w razie potrzeby oraz w stosownych przypadkach w ramach istniejącego programowania” (zob. również motyw 19) za pośrednictwem placówek lub służb, które tworzy (na podstawie art. 60 ust. 6, art. 79 i art. 118 ustawy o CPAS) – w takim przypadku ośrodek CPAS, który tworzy taką placówkę lub służbę jest zobowiązany również do określenia celu jej działalności. Wszystkie obowiązki społeczne delegowane przez ośrodek CPAS do tej placówki lub służby należy następnie wypełniać zgodnie z tym celem;
 - albo za pośrednictwem placówek lub służb, z którymi współpracuje (art. 61 ustawy o CPAS) – w takim przypadku odnośne placówki lub służby musiały zostać utworzone:
 - albo przez sam ośrodek CPAS (zob. tiret poprzednie),
 - albo przez osobę trzecią, która również określiła cel ich działalności.
- (17) W dwóch ostatnich przypadkach ośrodek CPAS deleguje wszystkie swoje obowiązki w zakresie pomocy społecznej (lub ich część) wyłącznie w zakresie, w jakim delegowanie to jest zgodne z celem działalności placówki współpracującej. Z jednej strony, jeżeli placówka zostaje utworzona przez ośrodek CPAS, ośrodek ten kontroluje cel jej działalności. W przypadku placówki całkowicie oddzielnej (placówki będącej osobą trzecią) współpraca będzie natomiast ograniczona przez cel działalności tej placówki.
- (18) Obowiązek prawny nałożony na ośrodek CPAS dotyczący świadczenia pomocy społecznej bez względu na to, czy jest to pomoc materialna, społeczna, medyczna, medyczno-społeczna czy psychologiczna, jest identyczny niezależnie od tego, czy ośrodek CPAS świadczy tę pomoc bezpośrednio, czy za pośrednictwem placówek, które tworzy lub z którymi współpracuje. W art. 57 ustawy CPAS nakłada się na ośrodek CPAS (i tylko na ośrodek CPAS) obowiązek świadczenia tej pomocy we wszystkich przypadkach. Każdy rodzaj delegowania stanowi formę wykonywania tego obowiązku i nie zwalnia ośrodka CPAS z odpowiedzialności za spełnienie i ciągłe spełnianie jego obowiązku.
- (19) Wymogi mające zastosowanie w przypadkach, w których ośrodek CPAS ma zamiar utworzyć placówkę lub służbę (na przykład szpital) w celu spełnienia (części) swoich zadań związanych z pomocą społeczną, określono w art. 60 ust. 6 ustawy o CPAS:
- „Publiczny ośrodek pomocy społecznej tworzy w razie potrzeby oraz w stosownych przypadkach w ramach istniejącego programowania placówki lub służby o charakterze społecznym, leczniczym lub zapobiegawczym oraz rozszerza ich działalność i zarządza nimi.
- Konieczność utworzenia lub rozszerzenia działalności placówki lub służby musi wynikać z dokumentacji zawierającej badanie dotyczące potrzeb gminy lub regionu oraz podobnych placówek lub służb już działających, opis funkcjonowania, dokładną kalkulację kosztów i wydatków, które należy ponieść oraz, w miarę możliwości, informacje pozwalające na porównanie z podobnymi placówkami lub służbami.
- Decyzję o utworzeniu lub o rozszerzeniu działalności placówek lub służb, które mogłyby skorzystać z dotacji inwestycyjnych albo operacyjnych, można podjąć wyłącznie na podstawie dokumentacji wskazującej na spełnienie warunków przewidzianych w przepisach ustawodawczych lub w regulacjach organicznych w odniesieniu do przyznawania tych dotacji.
- Bez uszczerbku dla zezwoleń, które należy otrzymać od innych organów publicznych, jeżeli decyzja o utworzeniu lub o rozszerzeniu działalności placówki lub służby może spowodować interwencję obciążającą budżet gminy lub zwiększyć takie obciążenia, podlega ona zatwierdzeniu przez radę gminy”.

- (20) Obowiązek nałożony w art. 57 ustawy o CPAS, dotyczący świadczenia pomocy (społecznej, medycznej, medyczno-społecznej lub psychologicznej) na rzecz osób i rodzin ma charakter:

- powszechny: pomoc należy świadczyć niezależnie od przekonań światopoglądowych, filozoficznych lub religijnych beneficjentów (art. 59 ustawy o CPAS) oraz od ewentualnego braku środków po stronie zainteresowanej osoby. Szczególnym zadaniem ośrodka CPAS jest świadczenie pomocy z uwzględnieniem stanu ubóstwa zainteresowanego. Na tej podstawie każdy ośrodek CPAS jest zobowiązany świadczyć pomoc wszystkim potrzebującym. Jeżeli tworzy on placówkę lub służbę, aby wywiązać się ze swojego zadania, ta placówka lub służba podlega temu samemu obowiązkowi,
- nieograniczony w czasie: pomoc należy świadczyć tak długo, jak długo istnieje potrzeba społeczna. Ośrodek CPAS jest zatem zobowiązany do zapewnienia ciągłości pomocy, a co za tym idzie – ciągłości placówki lub służby, która świadczy tę pomoc.

- (21) Zgodnie z zasadą samorządności gminy każdy ośrodek CPAS w swojej odnośnej gminie decyduje w sposób niezależny, zgodnie z ustawą o CPAS, o najodpowiedniejszym sposobie spełniania swojego obowiązku w zakresie pomocy społecznej (w tym medycznej). Innym z powodów dokonanego w konstytucji rozstrzygnięcia na rzecz organizacji pomocy społecznej na poziomie gminy jest intencja i komiczność wdrażania polityki pomocy społecznej na poziomie jak najbliższym ludności. Jeżeli ośrodek CPAS decyduje się na utworzenie placówki opieki zdrowotnej o charakterze leczniczym, aby spełnić potrzeby ludności lokalnej, utworzona w ten sposób placówka podlega jednocześnie ustawie o CPAS i federalnym ramom regulacyjnym mającym zastosowanie do szpitali (zob. motyw 32), które obejmują wszystkie szpitale bez względu na ich status (publiczny lub prywatny) i zapewniają wspólny system organizacyjny dla całego państwa. W przeciwieństwie jednak do szpitali prywatnych głównym celem szpitali utworzonych przez ośrodek CPAS, takich jak szpitale IRIS, jest stały wkład w świadczenie pomocy społecznej. Dokładny charakter obowiązków nałożonych na szpitale IRIS w zakresie pomocy społecznej (zob. również sekcja 7.3.4.1 poniżej) określono w statutach szpitali IRIS oraz w planach strategicznych sieci IRIS zgodnie z przepisami ustawy o CPAS (w szczególności z art. 120 i 135d tej ustawy).
- (22) Ponadto zgodnie z art. 106 ustawy o CPAS gminy są zobowiązane do pokrycia deficytu ich ośrodków CPAS, gdy ośrodki te nie dysponują wystarczającymi środkami, aby pokryć wydatki związane z ich obowiązkami w zakresie pomocy społecznej.

2.2. Utworzenie szpitali IRIS

- (23) Jak wyjaśniono powyżej (zob. motyw 15), pomoc społeczna świadczona przez ośrodek CPAS obejmuje pomoc medyczną i medyczno-społeczną oraz może mieć charakter zarówno zapobiegawczy, jak i leczniczy. Pomoc ta może być świadczona: (i) bezpośrednio przez ośrodek CPAS; (ii) za pośrednictwem osoby trzeciej (na przykład szpitala prywatnego) z poszanowaniem jej niezależności prawnej; lub (iii) w szczególności jeżeli ośrodek CPAS chce kontrolować sposób realizacji tych celów, przez utworzenie placówki lub służby odpowiedzialnej za wykonywanie części jego zadań (zadania te określa się wówczas w statucie tej placówki lub służby, a w przypadku szpitali IRIS – w planach strategicznych sieci IRIS (zob. motywy 16 i 21). W celu wypełniania zadań w zakresie pomocy społecznej ośrodki CPAS utworzyły szpitale w szeregu miast i gmin belgijskich oraz nadal nimi (współ-)zarządzają.
- (24) W przeszłości ośrodki CPAS sześciu odnośnych gmin brukselskich⁽¹⁸⁾ same świadczyły pomoc społeczną o charakterze medycznym i społeczno-medycznym za pośrednictwem ośmiu szpitali publicznych⁽¹⁹⁾ znajdujących się w ośmiu różnych miejscach. Szpitale te były zarządzane przez ich odnośne ośrodki CPAS i nie posiadały osobowości prawnej. Było zatem jasne, że szpitale te wnoszą wkład w wypełnianie obowiązku ich odnośnych ośrodków CPAS w zakresie pomocy społecznej. W pierwszej połowie lat 90. XX wieku władze publiczne Brukseli uznały jednak, że deficyty strukturalne tych szpitali zagrażają ich ciągłości i rentowności. Aby zagwarantować ciągłość i rentowność oraz zdolność do funkcjonowania brukselskich szpitali publicznych w perspektywie długoterminowej, wspomniane władze publiczne podjęły decyzję o ich restrukturyzacji.
- (25) Pierwszy etap tej restrukturyzacji rozpoczęto dnia 19 maja 1994 r., podpisując umowę o współpracy między federalnym rządem Belgii, Regionem Stołecznym Brukseli i Wspólną Komisją Wspólnotową Regionu Stołecznego Brukseli w zakresie polityki szpitalnej. Umowa ta przewidywała wdrożenie paktu restrukturyzacyjnego w celu zapewnienia ciągłości i rentowności usług szpitalnych o charakterze publicznym i lokalnym. Jak stanowi art. 2 wspomnianej umowy o współpracy:

„Pakt restrukturyzacyjny musi spełniać następujące warunki:

1. uwzględnić gwarancje **utrzymania** z jednej strony **specyfiki szpitali publicznych**, między innymi przez wybór struktur prawnych i koordynacyjnych **zapewniających dominację sektora publicznego w organach zarządzających** i w ramach procedur decyzyjnych, a z drugiej strony **wymiaru lokalnego przez zwiększenie liczby osób wybranych w wyborach bezpośrednich** w składzie organów zarządzających”⁽²⁰⁾.

- (26) W tym celu w preambule umowy o współpracy przewidziano, co następuje:

„mając na uwadze, że deficyt finansowy spowodowany przez publiczne instytucje szpitalne położone na terytorium Regionu Stołecznego Brukseli faktycznie osiągnął niepokojące rozmiary;

⁽¹⁸⁾ Wśród dziewiętnastu gmin tworzących Region Stołeczny Brukseli dotyczy to sześciu następujących gmin: Anderlecht, Bruksela, Etterbeek, Ixelles, Schaerbeek i Saint-Gilles.

⁽¹⁹⁾ Chodzi w szczególności o następujące szpitale: CHU Brugmann-Huderf (jeden podmiot do dnia 1 stycznia 1997 r.), CHU Saint-Pierre, Institut Bordet, Centre Hospitalier Baron Lambert, Centre Hospitalier Bracops, Centre Hospitalier Molière, Centre Hospitalier Brien oraz Centre Hospitalier Etterbeek-Ixelles.

⁽²⁰⁾ Dodano pogrubienie.

że mimo wielu planów naprawczych równowaga finansowa tych instytucji jest bardzo niepewna i obciąża w związku z tym w sposób strukturalny budżety gminne;

mając na uwadze, że w tej sytuacji należy wesprzeć wdrażanie mechanizmów koordynacji i współpracy między gminami, publicznymi ośrodkami pomocy społecznej i stowarzyszeniami utworzonymi zgodnie z rozdziałem XII ustawy organicznej z dnia 8 lipca 1976 r. o publicznych ośrodkach pomocy społecznej, odpowiedzialnymi za różne publiczne instytucje szpitalne położone na terytorium Regionu Stołecznego Brukseli;

mając na uwadze, że takie mechanizmy koordynacji i współpracy **mogą zapewnić ciągłość i rentowność działalności szpitali publicznych** poprzez sprzyjanie synergiiom w zakresie wyposażenia i infrastruktury, oraz środków zarządzania i rozwoju, a także przyczynić się do zmniejszenia deficytu budżetów gminnych;

mając na uwadze, że niniejsza umowa w żaden sposób nie zmienia zasad finansowania szpitali, lecz ma na celu zmniejszenie deficytu strukturalnego dotyczącego publiczne ośrodki pomocy społecznej i gminy”⁽²¹⁾.

(27) Na tej właśnie podstawie dnia 22 grudnia 1995 r. Wspólna Komisja Wspólnotowa Regionu Stołecznego Brukseli przyjęła ordonans o dodaniu rozdziału XIIIa do wersji ustawy o CPAS, która ma zastosowanie do Regionu Stołecznego Brukseli. Prace przygotowawcze do przyjęcia tego ordonansu⁽²²⁾ odnoszą się do umowy o współpracy z dnia 19 maja 1994 r. (zob. motyw 25), której głównym celem jest zapewnienie, dzięki zaproponowanej restrukturyzacji, ciągłości i rentowności brukselskich szpitali publicznych⁽²³⁾.

(28) Restrukturyzacja obejmowała głównie następujące działania:

— Przekazanie przez ośrodki CPAS bezpośredniego zarządzania nad ich szpitalami publicznymi nowo powstałym osobom prawnym (zwanym „stowarzyszeniami objętymi przepisami rozdziału XII”) utworzonym przez ośrodki CPAS (wspólnie z odnośnymi gminami, stowarzyszeniem reprezentującym lekarzy pracujących w szpitalu oraz w stosownych przypadkach uniwersytetami *Université libre de Bruxelles* (ULB) lub *Vrije Universiteit Brussel* (VUB)).

Ośrodki CPAS zrezygnowały zatem z wcześniejszej decyzji o samodzielnym zarządzaniu własnymi szpitalami. Zgodnie z art. 60 ust. 6 i z art. 118 ustawy o CPAS (zob. motyw 19) ośrodki CPAS zdecydowały się założyć stowarzyszenie pozwalające im na świadczenie pomocy medycznej i medyczno-społecznej na rzecz społeczności.

W związku z tym zlikwidowano brukselskie szpitale publiczne, a ich działalność przeniesiono do ośmiu lokalnych stowarzyszeń szpitalnych utworzonych zgodnie z rozdziałem XII ustawy o CPAS. Szpitale IRIS otrzymały w ten sposób niezależność prawną i finansową⁽²⁴⁾ dnia 1 stycznia 1996 r. Utworzono osiem następujących stowarzyszeń szpitalnych: CHU Brugmann – HUDERF, CH Brien, CHU Saint-Pierre (CHU-SP), CH Etterbeek-Ixelles, CH Baron Lambert, CH Bracops, CH Molière oraz Institut Bordet (IB).

Wspomnianych osiem szpitali połączono następnie w sposób wskazany poniżej przy jednoczesnym zachowaniu wszystkich istniejących zakładów szpitalnych, tworząc pięć szpitali IRIS, które istnieją obecnie. Dnia 1 stycznia 1997 r. szpital CHU Brugmann (CHU-B) oraz szpital Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF) podzielono na dwa osobne podmioty prawne. Dnia 1 lipca 1999 r. szpitale CHU Brugmann i CH Brien połączono w jeden podmiot o nazwie CHU Brugmann. Tego samego dnia szpitale CH Etterbeek-Ixelles, CH Baron Lambert, CH Bracops i CH Molière połączyły się, tworząc szpitale Hôpitaux Iris Sud. O ile nie wskazano inaczej, w niniejszej decyzji termin „szpitale IRIS” oznacza tych pięć działających obecnie lokalnych stowarzyszeń szpitalnych⁽²⁵⁾.

⁽²¹⁾ Dodano pogrubienie.

⁽²²⁾ Sesja z wyjazdami 1995–1996. Dokumenty zgromadzenia Wspólnej Komisji Wspólnotowej Regionu Stołecznego Brukseli, projekt ordonansu: B-10/1. – Sprawozdanie: B-10/2. Pełne sprawozdanie. – Dyskusja i przyjęcie: posiedzenie w dniu 22 grudnia 1995 r.

⁽²³⁾ W ramach prac przygotowawczych stwierdza się w szczególności, że umowę o współpracy z dnia 19 maja 1994 r. zawarto „w celu zapewnienia ciągłości i rentowności brukselskich szpitali publicznych poprzez sprzyjanie między innymi wdrażaniu mechanizmów koordynacji i współpracy między podmiotami odpowiedzialnymi za różne publiczne instytucje szpitalne położone na terytorium Regionu Stołecznego Brukseli, tj. gminy, [ośrodki CPAS] i stowarzyszenia utworzone zgodnie z rozdziałem XII [ustawy o CPAS]”.

⁽²⁴⁾ W art. 121 ustawy o CPAS określa się, że stowarzyszenia objęte przepisami rozdziału XII posiadają osobowość prawną.

⁽²⁵⁾ Niektóre szpitale IRIS prowadzą swoją działalność w kilku miejscach. Obecnie szpital CHU-B prowadzi działalność w trzech miejscach (Victor Horta, Paul Brien i Reine Astrid), szpital CHU-SP w dwóch miejscach (Porte de Hal i César de Paepe), a szpitale HIS w czterech miejscach (Etterbeek-Ixelles, J. Bracops, Molière-Longchamp i Baron Lambert).

- Tworzenie struktury parasolowej o nazwie IRIS (na podstawie rozdziału XIIa ustawy o CPAS), której obowiązkiem jest zapewnienie koordynacji i kontroli działalności szpitalnej wszystkich stowarzyszeń objętych przepisami rozdziału XII⁽²⁶⁾. Głównym celem struktury parasolowej IRIS jest osiągnięcie trwałej równowagi finansowej w zakresie działalności szpitalnej wykonywanej przez szpitale IRIS. Jej główne zadania polegają na koordynacji działalności szpitali IRIS, ustalaniu planu strategicznego dla sieci IRIS, poprawie jakości oferowanych usług oraz kontrolowaniu budżetu sieci.
- (29) Zgodnie z rozdziałem XII ustawy o CPAS podstawą działalności wszystkich lokalnych stowarzyszeń szpitalnych jest statut, w którym określa się między innymi przedmiot jego działalności, prawa i obowiązki członków oraz organy decyzyjne⁽²⁷⁾. Wszystkie stowarzyszenia posiadają walne zgromadzenie oraz zarząd, w których reprezentowane są różne strony będące założycielami stowarzyszenia (zob. motyw 28), jednak przedstawiciele władz publicznych (tzn. gminy i ośrodka CPAS) posiadają większość miejsc w tych organach decyzyjnych⁽²⁸⁾. Nie ulega zatem wątpliwości, że wszystkie szpitale IRIS są kontrolowane przez władze publiczne. Podobnie gminy i ośrodki CPAS posiadają większość na walnym zgromadzeniu i w zarządzie struktury parasolowej IRIS.
- (30) W rozdziale XIIa ustawy o CPAS określa się między innymi zasady kontroli i nadzoru administracyjnego, które mają zastosowanie do lokalnych stowarzyszeń szpitalnych. Dokładniej rzecz ujmując, organizacja parasolowa IRIS jest zobowiązana do sporządzenia planu strategicznego, który ma charakter wiążący dla stowarzyszeń lokalnych objętych przepisami rozdziału XII. Na podstawie tego planu każde lokalne stowarzyszenie szpitalne jest zobowiązane do sporządzenia planów zarządzania i planów finansowych oraz przedłożenia ich do zatwierdzenia IRIS (zob. art. 135d ustawy o CPAS). Lokalne stowarzyszenia szpitalne muszą również zwracać się do IRIS o pozwolenie przed podjęciem niektórych kluczowych decyzji (zob. art. 135e) i podlegają kontroli przeprowadzanej przez IRIS raz na kwartał (zob. art. 135g). IRIS wyznacza również komisarza przy każdym lokalnym stowarzyszeniu szpitalnym; uczestniczy on w posiedzeniach organów decyzyjnych tych stowarzyszeń i posiada prawo weta w odniesieniu do decyzji niezgodnych z decyzjami podjętymi przez IRIS (zob. art. 135h).
- (31) Ponadto, jak wyjaśniono w motywach 31 i 32 decyzji o wszczęciu postępowania, restrukturyzacja brukselskich szpitali publicznych nadzorowanych i zarządzanych przez ośrodek CPAS obejmowała również część finansową. Ścisłej rzecz ujmując, za pośrednictwem brukselskiego regionalnego funduszu refinansowania gminnych środków pieniężnych (fr. Fonds régional bruxellois de refinancement des trésoreries communales) (zwanego dalej „FRBRTC”) Region Stołeczny Brukseli udzielił pożyczki w wysokości 4 mld franków belgijskich (około 100 mln EUR) na okres 20 lat na rzecz gmin zarządzających szpitalem publicznym (za pośrednictwem ich odnośnych ośrodków CPAS)⁽²⁹⁾. Gminy te przekazały następnie te środki swoim szpitalom publicznym, aby pokryć część ich pasywów finansowych⁽³⁰⁾. Dnia 6 czerwca 1996 r. Region Stołeczny Brukseli zdecydował, że nie będzie wymagał zwrotu pożyczki i odsetek pod warunkiem pełnej realizacji umów restrukturyzacyjnych oraz przestrzegania planów finansowych.

2.3. Ramy regulacyjne mające zastosowanie do szpitali IRIS

- (32) Z poprzedniej sekcji jasno wynika, że szpitale IRIS utworzono na podstawie ustawy o CPAS, aby umożliwić ośrodkom CPAS wypełnienie ich obowiązków w zakresie pomocy społecznej. Szpitale te podlegają więc w pierwszej kolejności ustawie o CPAS. Jako szpitale podlegają one jednak również ujednoliconej ustawie o szpitalach (LCH)⁽³¹⁾ z dnia 7 sierpnia 1987 r., której art. 147 (obecnie art. 163 ustawy LCH w wersji z dnia 10 lipca 2008 r.)⁽³²⁾ stanowi, co następuje:

„Jeżeli chodzi o szpitale zarządzane przez publiczny ośrodek pomocy społecznej i lekarzy w nich pracujących, przepisy niniejszej ujednoliconej ustawy uzupełniają ustawę organiczną z dnia 8 lipca 1976 r. o publicznych ośrodkach pomocy społecznej, w szczególności art. 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56 i 94 tej ustawy”.

⁽²⁶⁾ Kontrola sprawowana przez IRIS podlega warunkom określonym w ordonansie (Regionu Stołecznego Brukseli) z dnia 22 grudnia 1995 r. (Moniteur belge z dnia 7 lutego 1996 r., s. 2737).

⁽²⁷⁾ W art. 120 ustawy o CPAS określa się minimalne wymogi mające zastosowanie do statutów stowarzyszeń utworzonych przez ośrodek CPAS na podstawie rozdziału XII ustawy o CPAS.

⁽²⁸⁾ Artykuł 125 ustawy o CPAS stanowi, co następuje: „Niezależnie od proporcji wkładów wniesionych przez różnych członków osoby prawne prawa publicznego dysponują zawsze większością głosów w różnych organach nadzorczych lub zarządczych stowarzyszenia”.

⁽²⁹⁾ Fundusz FRBRTC utworzono ordonansiem z dnia 8 kwietnia 1993 r. Moniteur belge z dnia 12 maja 1993 r., s. 10889 (zmienioną uchwałą z dnia 2 maja 2002 r.).

⁽³⁰⁾ Kwota 100 mln EUR była niewystarczająca, aby pokryć całkowite pasywa finansowe szpitali według stanu na koniec 1995 r. przy skumulowanym deficycie szacowanym na kwotę blisko 200 mln EUR.

⁽³¹⁾ Moniteur belge z dnia 7 października 1987 r., s. 14652. Zastąpiona ujednoliconą ustawą o szpitalach i innych zakładach opieki z dnia 10 lipca 2008 r. (Moniteur belge z dnia 7 listopada 2008 r., s. 58624).

⁽³²⁾ Aby uprościć odniesienia w niniejszej decyzji odniesiono się jedynie do art. 147 ustawy LCH z zastrzeżeniem, że od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 10 lipca 2008 r. odniesienie to dotyczy art. 163 ustawy LCH.

- (33) W ustawie LCH określa się między innymi rodzaje szpitali, które można urzędowo zatwierdzić⁽³³⁾; warunki zarządzania szpitalem i strukturę działalności medycznej⁽³⁴⁾; programowanie działalności szpitali⁽³⁵⁾; normy i warunki dotyczące zatwierdzania szpitali i usług szpitalnych⁽³⁶⁾; stosunki prawne między szpitalem a lekarzami pracującymi w szpitalu, status dochodowy lekarzy pracujących w szpitalu, w tym w szczególności pobieranie i ustalanie wysokości honorariów, zawartość honorariów i przeznaczenie honorariów pobieranych centralnie⁽³⁷⁾.
- (34) Ponadto szpitale IRIS podlegają również zasadom ustalonym w statutach lokalnych stowarzyszeń szpitalnych, w których określa się między innymi cel działalności szpitali IRIS, jak również prawa i obowiązki członków stowarzyszenia (zob. również motyw 29).
- (35) Co więcej lokalne stowarzyszenia szpitalne znajdują się pod kontrolą organizacji parasolowej IRIS, co ogranicza ich zdolność do podejmowania w niezależny sposób niektórych decyzji finansowych i zarządczych (zob. również motyw 30). Należy zauważyć, że organizacja parasolowa IRIS przyjmuje wieloletnie plany strategiczne, które mają charakter wiążący dla lokalnych stowarzyszeń szpitalnych zgodnie z art. 135d ustawy o CPAS.
- (36) Podsumowując, ramy regulacyjne, w których działają szpitale IRIS, obejmują ustawę o CPAS, ustawę LCH, statuty lokalnych stowarzyszeń szpitalnych i wiążące plany strategiczne przyjęte przez organizację parasolową IRIS.

2.4. Główna działalność szpitali IRIS

- (37) Główna działalność szpitali IRIS polega na świadczeniu usług szpitalnych pacjentom z Regionu Stołecznego Brukseli. Szpitale IRIS zatrudniają ogółem prawie 10 000 osób, udzielają ponad milion konsultacji rocznie i stanowią największą służbę zapewniającą ostry dyżur w Belgii. Oferują kompleksowe usługi medyczne we wszystkich ważnych dziedzinach medycyny. Dwa z nich specjalizują się w szczególnych dyscyplinach (szpital Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola specjalizuje się w pediatrii, a szpital Institut Bordet specjalizuje się w onkologii).
- (38) Poza usługami medycznymi szpitale IRIS zapewniają również szereg powiązanych działań społecznych. W szczególności pracownicy socjalni szpitali IRIS pomagają pacjentom znajdującym się w niekorzystnej sytuacji oraz ich rodzinom w rozwiązywaniu trudności administracyjnych, finansowych, relacyjnych i społecznych.
- (39) Pięć szpitali IRIS świadczy obecnie usługi medyczne i powiązane usługi społeczne za pośrednictwem sieci obejmującej jedenaście zakładów szpitalnych w Brukseli. Wspomniane zakłady szpitalne znajdują się w sześciu gminach (Anderlecht, Bruksela, Etterbeek, Forest, Ixelles i Schaerbeek).
- (40) Szpitale IRIS opisują swoje zadania w następujący sposób: „nasze szpitale świadczą usługi od narodzin aż do końca życia wszystkim pacjentom, w każdej chwili ich życia, bez względu na to, z jakimi problemami zdrowotnymi się zmagają”⁽³⁸⁾. Dziesięć z jedenastu zakładów szpitali IRIS znajduje się w gminach, w których średni dochód nie przekracza mediany dochodu⁽³⁹⁾ dla Regionu Stołecznego Brukseli. Na podstawie klasyfikacji sporządzonej przez federalną służbę publiczną ds. zdrowia publicznego (zob. tabela przedstawiająca tę klasyfikację w motywie 185) trzy duże szpitale IRIS oferujące kompleksowe usługi (CHU Saint-Pierre, CHU Brugmann i szpitale Iris Sud (HIS)) są zarazem trzema szpitalami, których pacjenci mają najbardziej wrażliwy profil społeczno-ekonomiczny w Belgii. Sytuację tę potwierdza ponadto fakt, że w 2012 r. blisko 11 % wszystkich pacjentów przyjętych do szpitali CHU Saint-Pierre i CHU Brugmann nie było objętych obowiązkowym w Belgii ubezpieczeniem zdrowotnym i nie było w stanie zapłacić za swoje leczenie oraz że 15 % pacjentów tych szpitali było (również) zależnych od wsparcia ze strony ośrodka CPAS.

⁽³³⁾ Zob. art. 2–7 ustawy z dnia 7 sierpnia 1987 r.

⁽³⁴⁾ Zob. art. 10–17 ustawy z dnia 7 sierpnia 1987 r.

⁽³⁵⁾ Zob. art. 23–45 ustawy z dnia 7 sierpnia 1987 r. Mechanizm programowania polega na określeniu na podstawie potrzeb medycznych ocenionych przez organ władzy federalnej maksymalnej liczby łóżek szpitalnych w regionie. Wynika z tego, że o ile zapotrzebowanie na łóżka szpitalne nie wzrasta, jakiegokolwiek tworzenie nowych łóżek (lub tworzenie szpitali) jest dozwolone wyłącznie pod warunkiem likwidacji łóżek w innym miejscu.

⁽³⁶⁾ Zob. art. 68–76e ustawy z dnia 7 sierpnia 1987 r.

⁽³⁷⁾ Zob. art. 130–142 ustawy z dnia 7 sierpnia 1987 r.

⁽³⁸⁾ Zob. <http://www.iris-hopitaux.be/fr> (stronę odwiedziono dnia 19 sierpnia 2015 r.).

⁽³⁹⁾ Zob. przypis 246 odnośnie do informacji o średniej medianie dochodu.

- (41) Ponadto szpitale IRIS zapewniają również realizację szeregu działań powiązanych (takich jak przewóz pacjentów ambulansem między szpitalami, prowadzenie żłobka i przedszkola dla dzieci pracowników, placówek opiekuńczo-pielęgnacyjnych, domów spokojnej starości i szkół pielęgniarstwa, działalność badawcza, infrastruktura mieszkalno-usługowa, zakłady opieki psychiatrycznej, sklep dla pacjentów i odwiedzających, wypożyczanie telewizorów pacjentom, wynajem pokoi osobom trzecim, stołówka i infrastruktura postojowa). Wspomniane działania powiązane stanowią jedynie bardzo niewielki odsetek całej działalności szpitali IRIS, o czym świadczy niewielki wkład (średnio mniej niż 2 %) w całkowite przychody szpitali IRIS.
- (42) Wszystkie te działania wiążą się z kosztami i przychodami szpitali IRIS. Koszty ponoszone przez szpitale IRIS wynikają nie tylko z ich szczególnej działalności, lecz także z ich statusu szpitali publicznych nakładającego na nie szereg obowiązków, którym nie podlegają szpitale prywatne. Koszty operacyjne ponoszone przez szpitale IRIS w ramach usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym (zwanym dalej „UOIG”) i działań powiązanych wzrastają w szczególności za sprawą takich czynników jak:
- obowiązek wypłacania premii za kompetencje językowe ⁽⁴⁰⁾ dwujęzycznym pracownikom, co stanowi roczny koszt szacowany na kwotę ⁽⁴¹⁾ [...] ⁽⁴²⁾ mln EUR ponoszony przez szpitale IRIS,
 - system emerytalno-rentowy mający zastosowanie do pracowników statutowych ⁽⁴³⁾ (urzędników powołanych), bardziej „hojny” niż system mający zastosowanie do pracowników sektora prywatnego, na rzecz którego szpitale IRIS muszą wносить wkład szacowany na kwotę [...] mln EUR rocznie,
 - koszty związane z chorobami przewlekłymi pracowników statutowych ⁽⁴⁴⁾, które muszą ponosić szpitale IRIS (a nie system zabezpieczenia społecznego), w wysokości szacowanej na kwotę [...] mln EUR rocznie,
 - podwyżki wynikające z tabeli płac, narzucone szpitalom IRIS przez Region Stołeczny Brukseli ⁽⁴⁵⁾, który określa stawki mające zastosowanie do pracowników gminy, ośrodków CPAS i szpitali IRIS i który pokrywa jedynie 60 % tych podwyżek, obciążając szpitale IRIS rocznym kosztem wynoszącym około [...] mln EUR,
 - obowiązkowy wkład szpitali IRIS w koszty organizacji parasolowej IRIS ⁽⁴⁶⁾, którego roczny koszt szacuje się na kwotę [...] mln EUR.
- (43) Wspomniane koszty rezydualne muszą ponosić szpitale IRIS i nie są one pokrywane z innych źródeł finansowania publicznego (na przykład z budżetu środków finansowych (BSF), zob. motyw 46 lit. a)).

2.5. Mechanizmy finansowania i mechanizmy księgowe szpitali IRIS

2.5.1. Mechanizmy finansowania

- (44) Główna zasada finansowania szpitali IRIS jest określona w art. 46 ⁽⁴⁷⁾ statutu każdego z pięciu lokalnych stowarzyszeń szpitalnych (zob. motywy 28–29), który stanowi, co następuje:

„Nie naruszając art. 109 ustawy o szpitalach z dnia 7 sierpnia 1987 r. uchwałą walnego zgromadzenia dochód za rok obrotowy rozdziela się między członków dysponujących co najmniej jedną piątą całkowitej liczby głosów na walnym zgromadzeniu” ⁽⁴⁸⁾.

⁽⁴⁰⁾ Obowiązek ten opiera się głównie na ustawie z dnia 18 lipca 1966 r., na art. 42 ust. 5 ustawy o CPAS, na ustawie z dnia 24 czerwca 1988 r., na zarządzeniu władzy wykonawczej Regionu Stołecznego Brukseli z dnia 25 lipca 1991 r. oraz na zarządzeniu rządu Regionu Stołecznego Brukseli z dnia 6 maja 1999 r.

⁽⁴¹⁾ Wszystkie szacunki dotyczące kosztów wskazane w niniejszym i w następnym motywie obejmują rok 2010 i odzwierciedlają koszt rezydualny ponoszony przez szpitale IRIS po odliczeniu finansowania publicznego, w stosownych przypadkach, ze strony Regionu Stołecznego Brukseli lub rządu federalnego.

⁽⁴²⁾ Informacja objęta tajemnicą służbową.

⁽⁴³⁾ Obowiązek ten opiera się w szczególności na art. 156 i art. 161 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 24 czerwca 1988 r., na art. 42 ust. 5 ustawy o CPAS i na pkt 3.4 protokołu związków zawodowych 95/3 z dnia 27 października 1995 r.

⁽⁴⁴⁾ Obowiązek ten opiera się głównie na ustawie z dnia 14 lutego 1961 r., na art. 42 ust. 5 ustawy o CPAS, na ustawie z dnia 24 czerwca 1988 r. oraz na zarządzeniu władzy wykonawczej Regionu Stołecznego Brukseli z dnia 6 maja 1999 r.

⁽⁴⁵⁾ Wspomniane podwyżki wynikające z tabeli płac są określone w umowach 2003/1, 2004/10, 2007/1 i 2009/1.

⁽⁴⁶⁾ Region Stołeczny Brukseli narzucił utworzenie struktury parasolowej odpowiedzialnej za koordynację i kontrolę działalności szpitalnej prowadzonej przez szpitale IRIS zgodnie z rozdziałem XIIIa ustawy o CPAS.

⁽⁴⁷⁾ Należy zauważyć, że w odniesieniu do niektórych szpitali IRIS zasadę tę początkowo określono w art. 44 lub 47. Niezależnie od numeru artykułu istotne jest to, że zasadę określano w każdym przypadku już w pierwotnych statutach.

⁽⁴⁸⁾ W momencie utworzenia szpitali IRIS zasadę tę określono w art. 44 statutów w następującym brzmieniu: „Uchwałą walnego zgromadzenia dochód z działalności operacyjnej rozdziela się między członków dysponujących co najmniej jedną piątą liczby głosów na walnym zgromadzeniu proporcjonalnie do ich reprezentacji na walnym zgromadzeniu”.

Na tej podstawie gminy i ośrodki CPAS mają obowiązek przejścia w całości wszelkiego deficytu poniesionego przez szpitale IRIS i wykazanego w ich sprawozdaniach finansowych. Ponadto zgodnie z art. 106 ustawy o CPAS gminy są zobowiązane do pokrycia wszelkiego deficytu wygenerowanego przez ich ośrodki CPAS (zob. motyw 22). W związku z powyższym gminy (bezpośrednio ze względu na ich obowiązek finansowania względem ich odnośnych ośrodków CPAS) ostatecznie gwarantują ciągłość i rentowność szpitali IRIS, w całości pokrywając wszelki deficyt, który szpitale te mogą wygenerować.

- (45) Oczywiście zakres, w jakim gminy i ośrodki CPAS muszą interweniować, aby pokryć ewentualne deficyty wygenerowane przez szpitale IRIS, zgodnie z art. 46 ich odpowiednich statutów zależy od stopnia, w jakim szpitale IRIS są w stanie pokryć swoje koszty z innych źródeł finansowania.
- (46) W ustawie LCH opisuje się pięć źródeł finansowania dostępnych na równych zasadach dla szpitali publicznych i prywatnych. Koszty eksploatacyjne szpitali belgijskich pokrywane są głównie z trzech pierwszych źródeł⁽⁴⁹⁾, natomiast czwarte i piąte źródło dotyczy kosztów inwestycyjnych szpitali.
- a) Pierwszym źródłem finansowania jest budżet środków finansowych (zwany dalej „BŚF”)⁽⁵⁰⁾ ustanowiony przez federalnego ministra zdrowia publicznego, który uwzględnia jedynie leczenie szpitalne powodujące obowiązek zwrotu przez zabezpieczenie społeczne. BŚF ustanawia się dla każdego szpitala w granicach ogólnego budżetu państwa federalnego. Dostępny budżet federalny dzieli się pomiędzy wszystkie szpitale, przy czym niekoniecznie pokrywa on wszystkie ich koszty kwalifikowalne. Od 2002 r. budżet dla każdego szpitala ustala się zasadniczo z uwzględnieniem liczby dni, podczas których świadczone opiekę w poprzednim roku. Tę określoną kwotę wypłaca się następnie na rzecz każdego szpitala na dwa różne sposoby. Mianowicie około 85 % (część stała) tej kwoty wypaca się na rzecz szpitala co miesiąc, natomiast pozostałe 15 % (część zmienna) wypłaca się na podstawie faktycznej liczby przyjęć i dni świadczenia opieki w szpitalu w ciągu roku. Na koniec każdego roku BŚF oblicza się ponownie na podstawie faktycznych danych liczbowych dotyczących danego roku i w zależności od wyniku tego obliczenia szpital otrzymuje lub musi ją zwrócić określoną kwotę. Bardziej szczegółowo BŚF jest uregulowany w zarządzeniu królewskim z dnia 25 kwietnia 2002 r., w którym określa się warunki i zasady mające zastosowanie do ustalania BŚF przyznanego szpitalom. W szczególności w zarządzeniu królewskim określa się zasady ustalania BŚF, rodzaje kosztów, które mogą zostać pokryte przez państwo, oraz kryteria, które należy w tym względzie zastosować⁽⁵¹⁾. Należy zauważyć, że BŚF nie ustanowiono, aby pokrywać faktyczne koszty ponoszone przez każdy szpital, lecz wręcz przeciwnie – ustanowiono go w formie finansowania ryczałtowego opartego na faktycznych historycznych kosztach tych szpitali. W związku z powyższym BŚF może okazać się niewystarczający w przypadku znacznego wzrostu kosztów lub innych zmian w organizacji i strukturze kosztów szpitala.
- b) Drugie źródło finansowania stanowią kwoty otrzymane z tytułu zabezpieczenia społecznego, tzn. wypłacone przez krajowy instytut ds. ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa (zwany dalej „INAMI”) na rzecz szpitali z tytułu opieki, którą świadczą one na rzecz swoich pacjentów. Finansowanie to opiera się na ustawie o ubezpieczeniu zdrowotnym i ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa⁽⁵²⁾ lub na jej wersji skonsolidowanej określonej ustawą z dnia 14 lipca 1994 r.⁽⁵³⁾, w której definiuje się belgijski system zabezpieczenia społecznego w zakresie chorób i inwalidztwa i określa się, które usługi medyczne i leki mogą być objęte rekompensatą w ramach systemu zabezpieczenia społecznego. Szpitale obciążają bezpośrednio INAMI częścią honorariów lekarzy i kosztami leków podawanych pacjentom. Kwoty wypłacane przez INAMI nie pokrywają jednak całości kosztów ponoszonych przez szpitale w związku ze świadczeniami szpitalnymi. W związku z powyższym istnieje ryzyko, że szpitale, które nie dysponują innymi wystarczającymi źródłami finansowania, staną się deficytowe.
- c) Trzecie źródło finansowania obejmuje płatności dokonywane bezpośrednio na rzecz szpitali ze strony pacjentów lub ich prywatnego ubezpieczyciela zapewniającego ubezpieczenie zdrowotne. Płatności te są niezbędne, ponieważ zabezpieczenie społeczne nie pokrywa całości honorariów lekarzy ani cen leków i innych świadczeń (na przykład implantów). Ponadto, jeżeli pacjent wybiera salę jednoosobową, można naliczyć dodatkowe opłaty oprócz zwykłej ceny hospitalizacji i zwykłych honorariów lekarzy (standardowe

⁽⁴⁹⁾ We wrześniu 2013 r. chrześcijańskie towarzystwo Mutualité chrétienne, jedno z najważniejszych belgijskich towarzystw ubezpieczeń wzajemnych (towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych są organizacjami nienastawionymi na zysk, odpowiedzialnymi za zwrot kosztów świadczeń medycznych pokrywanych przez zabezpieczenie społeczne), opublikowało artykuł, zgodnie z którym w 2011 r. przychody szpitali belgijskich rozkładały się średnio między tymi trzema źródłami finansowania następująco: 1) BŚF: 49 %; 2) INAMI: 42 %; oraz 3) pacjenci (lub ich ubezpieczyciele prywatni): 9 %.

⁽⁵⁰⁾ Zob. art. 87 i nast. ustawy z dnia 7 sierpnia 1987 r.

⁽⁵¹⁾ Zob. art. 24–87 zarządzenia królewskiego z dnia 25 kwietnia 2002 r. (Moniteur belge z dnia 5 lipca 2002 r., s. 30290).

⁽⁵²⁾ Zob. ustawa z dnia 9 sierpnia 1963 r. z późniejszymi zmianami (Moniteur belge z dnia 1 listopada 1963 r., s. 10555).

⁽⁵³⁾ Moniteur belge z dnia 27 sierpnia 1994 r., s. 21524.

taryfy naliczane za każde leczenie ulegają podwyższeniu). Co więcej, pacjentów można również obciążyć dodatkowymi kosztami za korzystanie z niektórych usług dodatkowych (na przykład za wypożyczenie telewizora, korzystanie z parkingu szpitalnego itd.).

Wszystkie płatności dokonywane przez pacjentów lub osoby trzecie, które stanowią zapłatę za świadczenia wykonywane przez lekarzy pracujących w szpitalu odnoszące się do hospitalizowanych pacjentów, muszą być pobierane przez szpital w sposób scentralizowany⁽⁵⁴⁾. Szpitale i pracujący w nich lekarze zawierają umowy, w których określa się odsetek potrąceń, który szpitale mogą stosować, aby pokryć koszty pobierania honorariów i inne koszty, które nie są finansowane z BSF⁽⁵⁵⁾. W ten sam sposób, co w przypadku zwykłych honorariów lekarzy, szpitale mogą stosować potrącenia w odniesieniu do części dodatkowych kosztów, o których mowa powyżej, aby pokryć część swoich kosztów (również zgodnie z umową zawartą między szpitalem a pracującymi w nim lekarzami). Część honorariów lekarzy nie służy więc do wypłacania wynagrodzeń tym ostatnim, ale do pokrycia kosztów eksploatacyjnych szpitali.

- d) Czwarte źródło finansowania jest w szczególności przeznaczone do pokrycia kosztów inwestycyjnych ponoszonych przez szpitale. Inwestycje dokonywane przez szpitale są w głównej mierze finansowane przez państwo (zarówno rząd federalny, jak i dany region płacą swoją odpowiednią część), a pozostałą część finansuje się z kapitału własnego szpitali w połączeniu z pożyczkami bankowymi. Finansowanie przyznawane przez władze publiczne przeznacza się na pokrycie kosztów budowy i remontu szpitala lub oddziału, jak również kosztów pierwszego wyposażenia i pierwszego nabycia wyrobów medycznych⁽⁵⁶⁾. Dotacje inwestycyjne są ograniczone (na przykład do kwoty ryczałtowej na metr kwadratowy lub na jednostkę).
- e) Piąte i ostatnie źródło finansowania publicznego związane jest z inwestycjami i dotyczy kosztów badań przygotowawczych i opracowania projektów koncepcyjnych, lecz także kosztów zamknięcia lub wyłączenia z eksploatacji szpitala lub oddziału szpitalnego⁽⁵⁷⁾. W praktyce ten rodzaj finansowania nie jest zbyt częsty.

- (47) W art. 109 ustawy LCH (obecnie art. 125 ustawy LCH w wersji z dnia 10 lipca 2008 r.⁽⁵⁸⁾) przewidziano mechanizm finansowania dodatkowego, z którego mogą korzystać wyłącznie szpitale publiczne (takie jak szpitale IRIS). Zgodnie z tym przepisem deficyty szpitali publicznych związane z ich działalnością szpitalną muszą zostać pokryte przez gminy, które je kontrolują (za pośrednictwem ich ośrodka CPAS lub struktury centralnej, takiej jak IRIS). Zasadę (częściowego) pokrywania deficytów przez gminy włączono już do ustawy poprzedzającej ustawę LCH, czyli do ustawy z dnia 23 grudnia 1963 r.⁽⁵⁹⁾, i potwierdzono w art. 34 ustawy z dnia 28 grudnia 1973 r.⁽⁶⁰⁾. Kryteria, które należy uwzględnić podczas ustalania deficytów, do których pokrycia gminy są zobowiązane, określono w zarządzeniu królewskim⁽⁶¹⁾. Na tej podstawie minister federalny ds. zdrowia publicznego co roku ustala kwotę deficytów w odniesieniu do każdego szpitala publicznego. W praktyce deficyt, który należy pokryć w kwocie określonej przez ministra, nie odpowiada dokładnie deficytowi stwierdzonemu w sprawozdaniach finansowych szpitala, biorąc pod uwagę, że niektóre składniki kosztów (na przykład wynik działalności pozaszpitalnej, która, jak wyjaśniono w motywie 155)⁽⁶²⁾ są po prostu powiązane z działalnością szpitalną w przypadku szpitali IRIS (te ostatnie są wykluczone z deficytu objętego zakresem stosowania art. 109 ustawy LCH).
- (48) Podsumowując, szpitale IRIS korzystają zatem z mechanizmu pełnego finansowania gwarantującego pokrycie wszelkiego deficytu, który szpitale te mogą wygenerować. Pięć ogólnych środków finansowania przewidzianych w ustawie LCH (zob. motyw 46) zapewnia pokrycie większości kosztów eksploatacyjnych i inwestycyjnych szpitali. W zakresie, w jakim te źródła nie wystarczają do pokrycia kosztów związanych z działalnością szpitali, w art. 46 statutów szpitali IRIS zobowiązuje się gminy do pokrycia w całości wszelkiego deficytu wygenerowanego przez szpitale IRIS (zob. motywy 44–45). Deficyt księgowy objęty zakresem stosowania art. 46 statutu obowiązkowo obejmuje „deficyt objęty zakresem stosowania art. 109 ustawy LCH”⁽⁶³⁾ (zob. motyw 47). Pokrywając w całości deficyt księgowy, gminy wypełniają również swój obowiązek wynikający z art. 109 ustawy LCH. Zasady płatności w ramach tego mechanizmu wyrównania deficytów zostaną opisane poniżej (zob. sekcja 7.3.5).

⁽⁵⁴⁾ Zob. art. 133–135 ustawy z dnia 7 sierpnia 1987 r.

⁽⁵⁵⁾ Zob. art. 140 ustawy z dnia 7 sierpnia 1987 r.

⁽⁵⁶⁾ Zob. art. 46 i nast. ustawy z dnia 7 sierpnia 1987 r.

⁽⁵⁷⁾ Zob. art. 47 ustawy z dnia 7 sierpnia 1987 r.

⁽⁵⁸⁾ Aby uprościć odniesienia w niniejszej decyzji odniesiono się jedynie do art. 109 ustawy LCH z zastrzeżeniem, że od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 10 lipca 2008 r. odniesienie to dotyczy art. 125 ustawy LCH.

⁽⁵⁹⁾ *Moniteur belge* z dnia 1 stycznia 1964 r., s. 2. W ustawie tej wymagano, aby 10 % deficytu pokrywała gmina, w której położony był szpital i aby pozostałe 90 % pokrywały belgijskie gminy będące miejscem zamieszkania pacjentów.

⁽⁶⁰⁾ *Moniteur belge* z dnia 29 grudnia 1973 r., s. 15027.

⁽⁶¹⁾ Określono je pierwotnie w zarządzeniu królewskim z dnia 8 grudnia 1986 r. (*Moniteur belge* z dnia 12 grudnia 1986 r., s. 17023), zmienionym zarządzeniem królewskim z dnia 10 listopada 1989 r. i zastąpionym następnie zarządzeniem królewskim z dnia 8 marca 2006 r. (*Moniteur belge* z dnia 12 kwietnia 2006 r., s. 20232).

⁽⁶²⁾ Innymi elementami, które wyłączone z deficytu objętego zakresem stosowania art. 109 ustawy LCH, są w szczególności oszacowania płatności korygujących w kontekście BSF, niektóre rezerwy i niektóre rodzaje amortyzacji.

⁽⁶³⁾ Deficyt, o którym mowa w art. 109 ustawy LCH, oblicza się bowiem na podstawie deficytu księgowego, wyłączając z niego niektóre elementy.

2.5.2. Obowiązki w zakresie rachunkowości

- (49) Wszystkie szpitale (zarówno publiczne, jak i prywatne) podlegają obowiązkom w zakresie rachunkowości i przejrzystości. W szczególności każdy szpital musi prowadzić oddzielną rachunkowość, w ramach której wykazuje się koszt każdej usługi i która jest zgodna z określonymi przepisami ustawy z dnia 17 lipca 1975 r. ⁽⁶⁴⁾ w sprawie rachunkowości i rocznych sprawozdań finansowych przedsiębiorstw ⁽⁶⁵⁾. Zdarzenia w ramach działalności pozaszpitalnej należy rejestrować w oddzielnych księgach rachunkowych. Szpitale zobowiązane są również do wyznaczenia biegłego rewidenta, którego zadaniem jest poświadczanie ich ksiąg rachunkowych i rocznych sprawozdań finansowych ⁽⁶⁶⁾. Ponadto szpitale zobowiązane są do przekazania niektórych informacji (finansowych) ministrowi federalnemu ds. zdrowia publicznego ⁽⁶⁷⁾, a jego federalna służba publiczna ds. zdrowia publicznego jest zobowiązana do kontrolowania przestrzegania przepisów ustawy LCH ⁽⁶⁸⁾.

3. OPIS ŚRODKÓW, KTÓRYCH DOTYCZY SKARGA

- (50) Zdaniem skarżących w odniesieniu do wyrównania deficytów szpitali IRIS Region Stołeczny Brukseli postanowił *de facto* wypełnić funkcję odnośnych brukselskich gmin. W szczególności skarżący wskazują konkretnie na interwencje brukselskiego regionalnego funduszu refinansowania gminnych środków pieniężnych (zwanego dalej „FRBRTC”) utworzonego przez Region Stołeczny Brukseli ⁽⁶⁹⁾. Wskazują one, że sam Region Stołeczny Brukseli również przyznał gminom subwencje specjalne ⁽⁷⁰⁾ (do 10 mln EUR rocznie począwszy od 2003 r.), które zdaniem skarżących zostały przelane na rzecz szpitali IRIS jako pomoc.
- (51) Chociaż skarżący nie kwestionują kompetencji Regionu Stołecznego Brukseli względem tych gmin, uważają oni jednak, że działania uznawane przez nich za regionalne finansowanie szpitali IRIS wykraczają poza przewidywane pokrycie deficytu ustanowione w art. 109 ustawy LCH (zob. również motyw 47). Skarżący twierdzą, że szpitale IRIS odniosły znaczną korzyść wynikającą z regionalnego finansowania przyznanego gminom, w których są one zlokalizowane, i że ustawa LCH nie może stanowić podstawy uzasadnienia takiego finansowania. Skarżący nie przywołują obowiązku pokrycia deficytu przewidzianego w art. 46 statutów szpitali IRIS.
- (52) Ponadto skarżący wskazują na przyznanie blisko 100 mln EUR za pośrednictwem funduszu FRBRTC w kontekście restrukturyzacji brukselskich szpitali publicznych, które doprowadziło do stworzenia szpitali IRIS (zob. również sekcja 2.2). Skarżący zapewniają, że operacja ta doprowadziła do powstania nadwyżki rekompensaty w stosunku do szpitali IRIS.

4. PODSTAWY DO WSZCZĘCIA POSTĘPOWANIA

4.1. Decyzja Komisji z 2009 r.

- (53) Jak wspomniano powyżej (zob. motyw 5), dnia 28 października 2009 r. Komisja przyjęła decyzję o niewnoszeniu zastrzeżeń ⁽⁷¹⁾, w której stwierdziła, że publiczne finansowanie szpitali IRIS w Regionie Stołecznym Brukseli stanowi zgodną z rynkiem wewnętrznym pomoc państwa w formie rekompensaty z tytułu usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym. Komisja w swojej decyzji opierała się na decyzji w sprawie UOIG z 2005 r., a także bezpośrednio na art. 86 ust. 2 Traktatu WE (aktualnie art. 106 ust. 2 TFUE).

⁽⁶⁴⁾ Moniteur belge z dnia 4 września 1975 r., s. 10847.

⁽⁶⁵⁾ Zob. art. 77 i 78 ustawy z dnia 7 sierpnia 1987 r.

⁽⁶⁶⁾ Zob. art. 80–85 ustawy z dnia 7 sierpnia 1987 r.

⁽⁶⁷⁾ Zob. art. 86–86b ustawy z dnia 7 sierpnia 1987 r.

⁽⁶⁸⁾ Zob. art. 115 ustawy z dnia 7 sierpnia 1987 r.

⁽⁶⁹⁾ Zob. przypis 29.

⁽⁷⁰⁾ Wspomniane subwencje specjalne przyznano na podstawie ordonansu z dnia 13 lutego 2003 r. (Moniteur belge z dnia 5 maja 2003 r., s. 24098).

⁽⁷¹⁾ Decyzja Komisji w sprawie SA.19864 (ex NN 54/2009) (Dz.U. C 74 z 24.3.2010, s. 1).

- (54) W swojej decyzji Komisja uważała, że szpitale IRIS są odpowiedzialne za wykonywanie trzech zadań w zakresie świadczenia szpitalnych usług publicznych: po pierwsze, ogólnych zadań szpitalnych we wszystkich szpitalach (publicznych i prywatnych) zgodnie z ustawą LCH⁽⁷²⁾; po drugie, zobowiązania objęcia leczeniem wszystkich pacjentów w każdych okolicznościach, w tym w sytuacjach wykraczających poza nagłe przypadki⁽⁷³⁾; po trzecie, zobowiązania zapewnienia pełnej oferty podstawowego leczenia szpitalnego w wielu miejscach⁽⁷⁴⁾. Dodatkowo Komisja stwierdziła, że szpitale IRIS są odpowiedzialne za wykonywanie zadania w zakresie świadczenia pozaszpitalnych usług publicznych polegających na zapewnianiu poza pomocą medyczną również pomocy społecznej⁽⁷⁵⁾. Ponadto w decyzji odniesiono się również do obowiązku dwujęzyczności⁽⁷⁶⁾. Stwierdzono, że zadania te powierzono szpitalom IRIS na mocy ustawy LCH, ustawy o CPAS, planów strategicznych IRIS i umowy zwartej między szpitalami IRIS a ośrodkami CPAS. Komisja uważała również, że parametry rekompensaty ustanowiono *ex ante*⁽⁷⁷⁾, oraz że istniały wystarczające procedury mające na celu zapobieganie nadwyżkom rekompensaty i ich korygowanie⁽⁷⁸⁾. Ponadto Komisja odnotowała również z zadowoleniem, że szpitale IRIS prowadzą oddzielną księgowość w odniesieniu do swojej działalności szpitalnej i pozaszpitalnej⁽⁷⁹⁾, zapewniając w ten sposób brak subsydiowania skrośnego działalności komercyjnej (innej UOIG) szpitali IRIS⁽⁸⁰⁾.
- (55) Komisja zbadała również, czy szpitale IRIS otrzymały nadwyżkę rekompensaty w przeszłości (tzn. w latach 1996–2007)⁽⁸¹⁾ i uznała, że nie miało to miejsca⁽⁸²⁾. Poza dokonaniem oceny wszystkich środków finansowania Komisja zbadała także rzekomy mechanizm płatności zaliczkowych. Biorąc pod uwagę regularne znaczne opóźnienia w wypłacaniu rekompensaty na mocy art. 109 ustawy LCH, które wynosiły nawet do 10 lat, szpitale IRIS otrzymały zaliczkę na rzecz tych przeterminowanych płatności za pośrednictwem funduszu FRBRTC. Komisja stwierdziła, że ponieważ rzekome zaliczki należało w każdym razie zwrócić po wypłaceniu wyrównania deficytu zgodnie z art. 109 ustawy LCH, nie mogły one doprowadzić do nadwyżki rekompensaty dla szpitali IRIS⁽⁸³⁾.

4.2. Wyrok Sądu stwierdzający nieważność z 2012 r.

- (56) W odpowiedzi na decyzję Komisji z 2009 r. skarżący wnieśli pozew o stwierdzenie nieważności tej decyzji przez Sąd⁽⁸⁴⁾. Skarżący stwierdzili, że Komisja, nie wszczynając formalnego postępowania wyjaśniającego, naruszyła ich prawa proceduralne, ponieważ Komisja powinna była stwierdzić istnienie poważnych trudności w ramach przedmiotowego postępowania wyjaśniającego⁽⁸⁵⁾.
- (57) W swoim wyroku z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie T-137/10 Sąd stwierdził nieważność decyzję Komisji z 2009 r. i stwierdził, że Komisja była zobowiązana wszcząć formalne postępowanie wyjaśniające⁽⁸⁶⁾.
- (58) Sąd w pierwszej kolejności zajął się kwestią tego, czy szpitalom IRIS powierzono wykonywanie jasno określonych zadań w zakresie świadczenia usług publicznych⁽⁸⁷⁾. Przede wszystkim Sąd stwierdził, że wszystkie strony są zgodne co do tego, że na mocy ustawy LCH na wszystkich szpitalach, publicznych i prywatnych, ciąży obowiązek wykonywania ogólnych zadań szpitalnych w zakresie świadczenia usług publicznych⁽⁸⁸⁾. Jedyna wątpliwość dotyczyła więc tego, czy Komisja popełniła błąd, stwierdzając w swoim wstępnym postępowaniu wyjaśniającym, że szpitale IRIS są obciążone wykonywaniem dodatkowych zadań szpitalnych i pozaszpitalnych w zakresie świadczenia usług publicznych⁽⁸⁹⁾. Sąd uznał, że istnieją wątpliwości w kwestii tego, czy przepisy, na których Komisja oparła swoją decyzję, były wystarczające, aby nałożyć na szpitale IRIS obowiązek wykonywania

⁽⁷²⁾ *Ibidem*, motywy 140–145.

⁽⁷³⁾ *Ibidem*, motywy 146–150.

⁽⁷⁴⁾ *Ibidem*.

⁽⁷⁵⁾ *Ibidem*, motywy 151–155.

⁽⁷⁶⁾ *Ibidem*, motyw 156.

⁽⁷⁷⁾ *Ibidem*, motywy 175–181.

⁽⁷⁸⁾ *Ibidem*, motywy 182–193.

⁽⁷⁹⁾ *Ibidem*, motywy 204 i 205.

⁽⁸⁰⁾ *Ibidem*, motyw 206.

⁽⁸¹⁾ *Ibidem*, motyw 198.

⁽⁸²⁾ *Ibidem*, motyw 199.

⁽⁸³⁾ *Ibidem*, motyw 201.

⁽⁸⁴⁾ Zob. przypis 14.

⁽⁸⁵⁾ *Ibidem*, pkt 70.

⁽⁸⁶⁾ *Ibidem*, pkt 313.

⁽⁸⁷⁾ *Ibidem*, pkt 97–188.

⁽⁸⁸⁾ *Ibidem*, pkt 119–120.

⁽⁸⁹⁾ *Ibidem*, pkt 104.

dotychczasowych zadań polegających na objęciu leczeniem wszystkich pacjentów w każdych okolicznościach⁽⁹⁰⁾, świadczeniu leczenia szpitalnego w wielu miejscach⁽⁹¹⁾ i zapewnieniu dodatkowych usług społecznych⁽⁹²⁾. Ponadto w odniesieniu do rzekomych zadań polegających na świadczeniu leczenia szpitalnego w wielu miejscach Sąd zwrócił uwagę, że trudno jest stwierdzić na czym polega różnica między ogólnymi wymogami w zakresie programowania i funkcjonowania mającymi zastosowanie do wszystkich szpitali podlegających ustawie LCH⁽⁹³⁾.

- (59) Następnie Sąd zajął się kwestią tego, czy Komisja wykazała istnienie jasnych parametrów rekompensaty⁽⁹⁴⁾. W odniesieniu do zadań szpitalnych Sąd zajął się mechanizmem wyrównania deficytów opartym na art. 109 ustawy LCH⁽⁹⁵⁾, zauważając, że skarżący nie kwestionują tego mechanizmu⁽⁹⁶⁾, oraz domniemanym mechanizmem finansowania regionalnego za pośrednictwem funduszu FRBRTC ustanowionego w celu czasowego wypłacania kwot zaliczkowych niezbędnych do wyrównania deficytu szpitali IRIS przed wejściem w życie pokrycia deficytu przewidzianego w art. 109 ustawy LCH⁽⁹⁷⁾. W odniesieniu do art. 109 Sąd stwierdził, że skarżący nie wysunęli argumentów mających wpływ na pozytywną ocenę tego artykułu za strony Komisji⁽⁹⁸⁾. Co się tyczy natomiast rzekomych zaliczek przelanych przez pośrednika w ramach mechanizmu funduszu FRBRTC, Sąd stwierdził, że Komisja nie spisała parametrów obliczania tych zaliczek⁽⁹⁹⁾, nie przeprowadziła zatem całego postępowania wyjaśniającego⁽¹⁰⁰⁾. Sąd dodał, że Komisja sama zaprzeczyła swojej decyzji, zapewniając podczas przesłuchań, że fundusz FRBRTC stanowił wyłącznie mechanizm, przy pomocy którego Region Stołeczny Brukseli finansował brukselskie gminy, nie zaś szpitale IRIS⁽¹⁰¹⁾.
- (60) W odniesieniu do publicznego finansowania na rzecz domniemanego dodatkowego zadania społecznego⁽¹⁰²⁾ Sąd zauważył, że również w tym przypadku finansowanie pochodziło, jak się wydaje, z funduszu FRBRTC, który zawarł porozumienie z odnośnymi brukselskimi gminami, aby przyznać im subwencję specjalną pozwalającą na finansowanie zadań społecznych wykonywanych przez szpitale IRIS⁽¹⁰³⁾. Sąd uznał, że w porozumieniu tym nie sprecyzowano wcześniej parametrów rekompensaty związanych z rzekomymi społecznymi dodatkowymi zadaniami szpitali IRIS⁽¹⁰⁴⁾.
- (61) Następnie Sąd zajął się kwestią stwierdzenia, czy Komisja wykazała istnienie procedury służącej uniknięciu nadwyżki rekompensaty oraz brak nadwyżki rekompensaty⁽¹⁰⁵⁾. Sąd uznał w pierwszej kolejności, że w ustawie LCH ujęto wystarczające zabezpieczenia służące zapewnieniu, aby wskutek procedury przewidzianej w art. 109 teże ustawy nie powstała nadwyżka rekompensaty⁽¹⁰⁶⁾. Uznał on również, że Komisja nie wykazała istnienia podobnego mechanizmu dotyczącego rzekomej płatności zaliczek ze strony gmin⁽¹⁰⁷⁾ i stwierdził w szczególności wyraźny brak prawnego wymogu nałożonego na szpitale IRIS dotyczącego zwrotu zaliczek w momencie otrzymania finansowania ich deficytu na mocy art. 109 ustawy LCH⁽¹⁰⁸⁾. W odniesieniu do subwencji specjalnych, co do których Komisja potwierdza, że służą finansowaniu dodatkowych zadań społecznych, Sąd stwierdził, że ocena Komisji dotycząca zasad umożliwiających uniknięcie nadwyżki rekompensaty w ramach finansowania zadań społecznych jest niewystarczająca⁽¹⁰⁹⁾.
- (62) W odniesieniu do kwestii tego, czy szpitale IRIS w praktyce skorzystały z nadwyżki rekompensaty⁽¹¹⁰⁾, Sąd zauważył jedynie, że zakres analizy jest rozległy i obejmuje całość wyników finansowych szpitali IRIS za okres ponad dziesięć lat⁽¹¹¹⁾. Nie wypowiadając się konkretnie na temat wniosku Komisji, zgodnie z którym nie

⁽⁹⁰⁾ *Ibidem*, pkt 123–151.

⁽⁹¹⁾ *Ibidem*, pkt 152–159.

⁽⁹²⁾ *Ibidem*, pkt 174–188.

⁽⁹³⁾ *Ibidem*, pkt 159.

⁽⁹⁴⁾ *Ibidem*, pkt 189–244.

⁽⁹⁵⁾ *Ibidem*, pkt 194 i pkt 195–202.

⁽⁹⁶⁾ *Ibidem*, pkt 196.

⁽⁹⁷⁾ *Ibidem*, pkt 194.

⁽⁹⁸⁾ *Ibidem*, pkt 203–207.

⁽⁹⁹⁾ *Ibidem*, pkt 208–211.

⁽¹⁰⁰⁾ *Ibidem*, pkt 215.

⁽¹⁰¹⁾ *Ibidem*, pkt 216–218.

⁽¹⁰²⁾ *Ibidem*, pkt 231–244.

⁽¹⁰³⁾ *Ibidem*, pkt 238.

⁽¹⁰⁴⁾ *Ibidem*, pkt 239–244.

⁽¹⁰⁵⁾ *Ibidem*, pkt 245–301.

⁽¹⁰⁶⁾ *Ibidem*, pkt 253–255.

⁽¹⁰⁷⁾ *Ibidem*, pkt 257, 258 i 265.

⁽¹⁰⁸⁾ *Ibidem*, pkt 259–264.

⁽¹⁰⁹⁾ *Ibidem*, pkt 266–278.

⁽¹¹⁰⁾ *Ibidem*, pkt 279–288.

⁽¹¹¹⁾ *Ibidem*, pkt 286.

wystąpiła nadwyżka rekompensaty, Sąd stwierdził, że rozmiar i złożoność dokonanej przez Komisję oceny stanowią same w sobie wskazówkę popierającą tezę skarżących opartą na istnieniu poważnych trudności ⁽¹¹²⁾.

- (63) Ponadto skarżący wysunęli argument, zgodnie z którym Komisja musiałaby uwzględnić w swojej ocenie kryteria efektywności gospodarczej dostawcy UOIG ⁽¹¹³⁾. Sąd odrzucił jednak ten argument i stwierdził:

„kryterium związane z efektywnością gospodarczą przedsiębiorstwa w dostarczaniu UOIG nie wchodzi w zakres oceny zgodności pomocy państwa z rynkiem wewnętrznym na podstawie art. 86 ust. 2 WE [obecnie art. 106 ust. 2 TFUE], wobec czego wybór dotyczący efektywności gospodarczej operatora publicznego dokonywany przez władze krajowe nie może być krytykowany w tej kwestii.” ⁽¹¹⁴⁾.

- (64) Podsumowując te wnioski, Sąd potwierdził co następuje:

„[Skarżący] przedstawił [...] szereg spójnych wskazówek, które świadczą o istnieniu poważnych wątpliwości co do zgodności badanych środków w świetle kryteriów odnoszących się do stosowania art. 86 ust. 2 WE [obecnie art. 106 ust. 2 TFUE], dotyczących, po pierwsze, istnienia jasno określonego upoważnienia dotyczącego zadań z zakresu publicznych usług szpitalnych i socjalnych, specyficznych dla szpitali IRIS, po drugie, istnienia wcześniej ustalonych parametrów rekompensaty oraz, po trzecie, istnienia zasad umożliwiających uniknięcie nadmiernej rekompensaty w ramach finansowania tych zadań z zakresu usług publicznych [...]” ⁽¹¹⁵⁾.

4.3. Decyzja Komisji o wszczęciu postępowania z dnia 1 października 2014 r. ⁽¹¹⁶⁾

- (65) W świetle wniosków Sądu ⁽¹¹⁷⁾, zgodnie z którymi Komisja powinna była mieć wątpliwości dotyczące zgodności spornego publicznego finansowania szpitali IRIS z rynkiem wewnętrznym na podstawie art. 106 ust.2 TFUE, Komisja miała obowiązek wszczęcia formalnego postępowania wyjaśniającego, co uczyniła za sprawą decyzji z dnia 1 października 2014 r. W swojej decyzji o wszczęciu postępowania Komisja zwróciła uwagę, że zdaniem władz belgijskich gminy i odnośne ośrodki CPAS w Brukseli postanowiły nałożyć na szpitale IRIS, ale nie na szpitale prywatne, następujące dodatkowe obowiązki ⁽¹¹⁸⁾ uzasadniające zastosowanie środków wyrównania deficytów wprowadzonych na rzecz szpitali IRIS:

- a) zobowiązanie objęcia opieką wszystkich pacjentów w każdych okolicznościach: szpitale IRIS nie mogą odmówić objęcia opieką pacjentów, którzy nie są w stanie zapłacić za usługi lub którzy nie są objęci ubezpieczeniem, nawet jeżeli pacjenci ci nie wymagają nagłej opieki medycznej. Szpitale prywatne mają obowiązek objęcia opieką wyłącznie pacjentów wymagających nagłej opieki medycznej, lecz nie mają takiego obowiązku w przypadkach nienagłych;
- b) zobowiązanie zapewnienia pełnej oferty opieki zdrowotnej w wielu miejscach: gminy i ośrodki CPAS celowo zdecydowały o utrzymywaniu wielu zakładów szpitalnych oferujących pełną opiekę zdrowotną, aby zapewnić dostępność do opieki wszystkim pacjentom. Rozwiązanie alternatywne polegające na zgromadzeniu łóżek i usług wsparcia w bardziej ograniczonej liczbie miejsc oraz na zmniejszeniu w ten sposób kosztów celowo odrzucono. Wybór taki jest szczególnie istotny dla pacjentów znajdujących się w niekorzystnej sytuacji i dla ich rodzin, biorąc pod uwagę, że szpitale IRIS znajdują się głównie w dzielnicach, w których występuje znaczna liczba ludności znajdującej się w niekorzystnej sytuacji, lub w pobliżu takich dzielnic;
- c) zobowiązanie zapewniania usług społecznych na rzecz pacjentów i ich rodzin: pracownicy socjalni pomagają pacjentom znajdującym się w niekorzystnej sytuacji oraz ich rodzinom w rozwiązywaniu trudności administracyjnych, finansowych, dotyczących relacji międzyludzkich oraz społecznych. Ponadto ustanawiają oni wcześniejsze relacje społeczne w celu ułatwienia interwencji finansowej ośrodka CPAS. Chociaż wszystkie publiczne i prywatne szpitale mają obowiązek zatrudniania pracowników socjalnych w przypadku niektórych

⁽¹¹²⁾ *Ibidem*, pkt 288.

⁽¹¹³⁾ *Ibidem*, pkt 290.

⁽¹¹⁴⁾ *Ibidem*, pkt 300.

⁽¹¹⁵⁾ *Ibidem*, pkt 308.

⁽¹¹⁶⁾ Zob. przypis 2.

⁽¹¹⁷⁾ W niniejszej kwestii zob. wyrok w sprawie T-137/10, pkt 310 i 313.

⁽¹¹⁸⁾ Ocena kwestii, czy działania te stanowią usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym w rozumieniu art. 106 ust. 2 TFUE oraz czy działania te powierzono szpitalom w drodze należycie ustanowionego aktu powierzenia zostanie przedstawiona poniżej (sekcja 7.3.4).

usług szpitalnych (np. w przypadku geriatry i psychiatrii), władze belgijskie zapewniają, że szpitale IRIS mają dodatkowe specjalne zadanie polegające na świadczeniu usług społecznych w o wiele większym zakresie, które niesie ze sobą o wiele wyższe koszty będące przedmiotem rekompensaty zgodnie z ustawą LCH.

(66) Uwzględniając wątpliwości wyrażone przez Sąd ⁽¹¹⁹⁾, Komisja wezwała władze belgijskie, skarżących i wszystkie inne zainteresowane strony do przekazania wszystkich istotnych informacji w celu weryfikacji zgodności spornego finansowania publicznego z rynkiem wewnętrznym, szczególnie w odniesieniu do następujących kwestii:

- dokładnej definicji rzekomych dodatkowych zadań szpitali IRIS i dokumentów stanowiących akty powierzenia tych zadań (zob. motywy 87–89 decyzji o wszczęciu postępowania),
- podstawy prawnej mającej zastosowanie do wyrównania deficytów szpitali IRIS (które spowodowane są kosztami wykonywania każdego rzekomego dodatkowego zadania) (zob. motyw 91 decyzji o wszczęciu postępowania),
- tego, czy istnieją (wystarczające) środki służące uniknięciu jakiegokolwiek nadwyżki rekompensaty z tytułu wykonywania rzekomych dodatkowych zadań, w szczególności poprzez mechanizm wyrównania deficytów w połączeniu ze zwrotnymi zaliczkami (w stosownych przypadkach) oraz czy szpitale IRIS są prawnie zobowiązane do zwrotu wszystkich zaliczek, które otrzymały, w celu uniknięcia jakiegokolwiek nadwyżki rekompensaty (zob. motyw 95 decyzji o wszczęciu postępowania),
- jeżeli płatności subwencji specjalnych w maksymalnej wysokości 10 mln EUR rocznie (zob. motyw 50 powyżej) należy uznać za oddzielną operację w stosunku do wyrównania deficytów szpitali IRIS, tego, czy wdrożono wystarczające środki mające na celu zapewnienie, aby rekompensata nie przekraczała kwoty niezbędnej do pokrycia kosztów poniesionych w ramach wykonywania obowiązków świadczenia usługi publicznej (zob. motyw 96 decyzji o wszczęciu postępowania),
- tego, czy szpitalom IRIS przyznano faktycznie jakąkolwiek nadwyżkę rekompensaty od momentu, w którym zaczęły one prowadzić działalność jako niezależne podmioty prawne (zob. motyw 97 decyzji o wszczęciu postępowania),
- wszystkich przydatnych argumentów, którym towarzyszą określone i szczegółowe dokumenty wyjaśniające czy, dlaczego i w jakim zakresie środki publicznego finansowania szpitali IRIS wchodzą w zakres stosowania decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. lub zasad ramowych UOIG z 2012 r. (zob. motyw 98 decyzji o wszczęciu postępowania) lub decyzji w sprawie UOIG z 2005 r. (zob. motyw 100 decyzji o wszczęciu postępowania) oraz czy, dlaczego i w jakim zakresie spełnione są kryteria ustanowione w tych decyzjach.

(67) Komisja przy okazji przyjęcia decyzji o wszczęciu postępowania starała się uzyskać wyjaśnienia w odniesieniu do następujących dodatkowych kwestii dotyczących stanu faktycznego:

- tego, czy dokonano bezpośredniego transferu jakichkolwiek środków z funduszu FRBRTC (zob. motyw 50 powyżej), w niniejszym przypadku w ramach subwencji specjalnych, na rzecz szpitali IRIS lub czy fundusz FRBRTC i subwencje specjalne stanowią zwykłe mechanizmy finansowania między Regionem Stołecznym Brukseli i brukselskimi gminami (zob. motyw 17 decyzji o wszczęciu postępowania),
- dokładnego charakteru obowiązków przewidzianych w art. 60 ust. 6 ustawy o CPAS (zob. motyw 19 powyżej), możliwości zamknięcia publicznego szpitala i różnicy w stosunku do mechanizmu programowania działalności szpitali (zob. motyw 26 decyzji o wszczęciu postępowania),
- tego, czy dodatkowe usługi społeczne świadczone przez szpitale IRIS mają charakter gospodarczy (zob. motyw 48 decyzji o wszczęciu postępowania),

⁽¹¹⁹⁾ W tej kwestii zob. wyrok w sprawie T-137/10, pkt 308.

- tego, czy dalsze przekazanie subwencji specjalnych (ze strony Regionu Stołecznego Brukseli na rzecz gmin) przez gminy na rzecz szpitali IRIS można uznać za oddzielną operację w stosunku do mechanizmu pokrycia deficytu (zob. motyw 92 decyzji o wszczęciu postępowania) oraz w stosownych przypadkach jaka jest mająca zastosowanie podstawa prawna, w której ustanowiono szczegółowe zasady tej operacji,
- tego, czy istnieje mechanizm zaliczkowy, jaka jest podstawa prawna tego mechanizmu i w jaki sposób dokonywane są płatności (w stosownych przypadkach) oraz czy zaliczki te uznaje się za oddzielne środki pomocy w stosunku do mechanizmu pokrycia deficytu, a także jaki dokładnie jest sposób ewentualnego finansowania tych zaliczek (w stosownych przypadkach) przez fundusz FRBRTC (zob. motyw 93 decyzji o wszczęciu postępowania),
- dalszych wyjaśnień dotyczących pojęcia ciągłości i rentowności (tzn. długoterminowej ciągłości i rentowności publicznych szpitali, zob. również motyw 91 poniżej), ich podstawy prawnej (w szczególności na poziomie IRIS i szpitali IRIS), ich konsekwencji i sposobu, w jaki ciągłość i rentowność uzasadniają stosowanie mechanizmu wyrównania deficytów, z którego korzystają szpitale (zob. motywy 102 i 103 decyzji o wszczęciu postępowania),
- tego, czy istnieją inne powody niż powody wyraźnie wskazane w decyzji o wszczęciu postępowania (mianowicie istnienie dodatkowych zadań wchodzących w zakres UOIG oraz ciągłość i rentowność publicznych szpitali), które mogą uzasadniać dodatkowe finansowanie szpitali IRIS (zob. motyw 103 decyzji o wszczęciu postępowania).

5. UWAGI ZAINTERESOWANYCH STRON

- (68) Komisja otrzymała uwagi od czterech zainteresowanych stron (CBI, ABISP, Zorgnet Vlaanderen i UNCPSTY), które to uwagi streszczono poniżej.

5.1. CBI

- (69) W odpowiedzi na decyzję o wszczęciu postępowania CBI, skarżący, zauważa, że jego zdaniem decyzja ta nie zawiera żadnego nowego elementu czy argumentu ani żadnego nowego wyjaśnienia, które pozwalałyby ustalić istnienie specjalnego zadania powierzonego szpitalom IRIS, lub które dotyczą mechanizmów rekompensaty za wykonywanie tego rzekomego zadania lub kontroli, które by w tym celu ustanowiono. Skarżący odnosi się głównie do argumentów przedstawionych w jego wcześniejszych uwagach.
- (70) CBI potwierdza swoje stanowisko, zgodnie z którym: 1) szpitale IRIS nie mają za zadanie świadczenia specjalnych UOIG oprócz zadań nałożonych na wszystkie belgijskie szpitale (publiczne lub prywatne); oraz 2) nawet jeżeli Komisja stwierdzi, że istnieją dodatkowe zadania tego typu, nie są one zdefiniowane w wystarczająco jasny sposób, by odpowiadały wymogom unijnego prawodawstwa w tym zakresie. CBI zwraca również uwagę, że w proponowanym programie politycznym nowego rządu Brukseli (opublikowanym w lipcu 2014 r.) przewiduje się „zmianę ordonansu z dnia 13 lutego 2003 r. w celu określenia zadań leżących w interesie gminy, które uzasadniają przyznanie subwencji specjalnych na rzecz gmin”. Skarżący uważają, że wyrażenie to wskazuje, że nie istnieje obecnie żadne zadanie tego typu, lecz zostanie ono określone w przyszłości.
- (71) W odniesieniu do wymogów art. 60 ust. 6 ustawy o CPAS CBI uważa, że w zakresie definiowania dodatkowych lub specjalnych UOIG nie wnoszą one do ustawy LCH nic, co miałyby zastosowanie wyłącznie do publicznych szpitali takich jak szpitale IRIS. Skarżący zapewnia również, że dodatkowe zadanie społeczne polega, jak się wydaje, wyłącznie na zapewnieniu większej liczby usług społecznych niż w przypadku innych szpitali, których zadanie określa jako „podstawowe zadanie społeczne (wspólne dla szpitali publicznych i prywatnych)”. CBI uważa, że nie jest to wystarczająca przyczyna, aby uznać, że szpitale IRIS wykonują dodatkowe zadanie społeczne. Dodatkowo w odniesieniu do kwestii stwierdzenia czy usługi te mają charakter gospodarczy CBI

zapewnia, że sam fakt, że świadczenie tych usług jest bezpłatne, nie świadczy o tym, że nie mają one charakteru gospodarczego. Ponadto CBI uważa, że dodatkowe usługi społeczne są nierozłącznie związane z rozległą usługą opieki zdrowotnej, która bez wątpienia ma nieodłączny charakter gospodarczy, czego nigdy nie podano w wątpliwość.

- (72) Zdaniem CBI zadanie zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej ma zastosowanie tak samo do szpitali prywatnych jak i do szpitali publicznych. Według niego nie powinno być żadnej różnicy między szpitalami publicznymi i prywatnymi, jeżeli chodzi o leczenie „pacjentów socjalnych”, zarówno w nagłym przypadku, jak i w ramach kontynuacji leczenia w następstwie nagłego przypadku. W tym kontekście CBI odnosi się do wyroku sądu pierwszej instancji w Brukseli (Tribunal de première instance de Bruxelles) ⁽¹²⁰⁾ dotyczącego pomocy medycznej w nagłych przypadkach ⁽¹²¹⁾ udzielanej cudzoziemcom przebywającym w Belgii nielegalnie (zwanym dalej „migranci nieposiadający dokumentów”), w którym wykazano, że w tym kontekście pomocy mogą udzielić zarówno szpitale publiczne, jak i prywatne. CBI dodaje, że zgodnie z publikacją ⁽¹²²⁾ Mutualités Chrésiennes z 2004 r. ⁽¹²³⁾, szpitale prywatne obsługują ponad 60 % „pacjentów socjalnych” w Regionie Stołecznym Brukseli. Skarżący uważa również, że ustawa o CPAS, plany strategiczne IRIS i umowy związane z „miejscem zamieszkania do celów świadczeń społecznych” ⁽¹²⁴⁾ nie nakładają żadnego dodatkowego zadania.
- (73) W odniesieniu do „zadań wykonywanych w wielu miejscach” CBI uważa, że dokładna treść wymogu oferowania leczenia szpitalnego „w wielu miejscach” nie zawsze była wyjaśniona, tak samo jak stopień, w jakim wymóg ten nakłada na szpitale IRIS dodatkowe koszty. W odniesieniu do dodatkowego zadania społecznego CBI jest zdania, że art. 57 ustawy o CPAS nie nakłada na szpitale IRIS dodatkowych wymogów oraz że w ustawie nie określono takich wymogów, w każdym razie nie w sposób zrozumiały (nie określono ich także w planach strategicznych IRIS ani w umowach dotyczących „miejsca zamieszkania do celów świadczeń społecznych”).
- (74) W odniesieniu do jasnej definicji parametrów rekompensaty CBI zwraca uwagę, że zdaniem władz belgijskich szpitale IRIS wykonują szczególne zadanie różniące się od zadań wykonywanych przez szpitale prywatne i że nie zdefiniowano takiego specjalnego zadania w ustawie LCH, lecz opiera się ono na innej podstawie prawnej. Zdaniem CBI wyraźnie wykluczone jest, aby w ustawie LCH ujęto definicję parametrów rekompensaty związanych z co najmniej jednym zadaniem w zakresie świadczenia usług publicznych, skoro nie przewidziano w niej takiego zadania. Ponadto CBI zwraca uwagę, że nie istnieje żadne powiązanie między rzekomymi podstawami prawnymi specjalnych zadań, o których mowa, a mechanizmami rekompensaty. Skarżący zauważa, że najwyraźniej nie stosuje się żadnego rozróżnienia między deficytami wynikającymi z kosztów rzekomych specjalnych zadań a deficytami wynikającymi z kosztów podstawowego zadania. Ponadto CBI odnosi się do szeregu opinii belgijskich inspekcji finansów, w których uznano, że nie można przeprowadzić kontroli wykorzystania subwencji specjalnych na podstawie ordonansu z dnia 13 lutego 2003 r., gdyż w ordonansie tym nie sprecyzowano zadań wykonywanych w interesie gmin, za które przyznawane są subwencje.
- (75) CBI powtarza również sformułowane wcześniej zapewnienia, zgodnie z którymi nie podejmuje się żadnych środków w celu uniknięcia nadwyżki rekompensaty. Dodaje on, że z uwagi na brak dokładnej definicji specjalnych zadań wykonywanych przez szpitale IRIS nie jest możliwe określenie które działania powinny podlegać rekompensacie. Zdaniem CBI nie jest zatem możliwa weryfikacja istnienia mechanizmu kontroli pozwalającego na uniknięcie nadwyżki rekompensaty.
- (76) Ponadto CBI zwraca uwagę, że nawet jeżeli w umowie o współpracy z dnia 19 maja 1994 r. jest mowa o ciągłości i rentowności publicznych szpitali, w dokumencie tym nie zdefiniowano zadania tego typu i nie stanowi on aktu powierzenia. W szczególności CBI uważa, że w umowie tej nic nie wskazuje na to, aby miasto lub gmina miały obowiązek posiadania na swoim terytorium publicznego szpitala, oraz że nie ustanowiono

⁽¹²⁰⁾ Zob. wyrok z dnia 25 stycznia 2013 r. w sprawie RG 2010/15534/A, ASBL La Clinique Fond’Roy/[...] oraz CPAS w Uccle i w Anderlechtie.

⁽¹²¹⁾ W zarządzeniu królewskim z dnia 12 grudnia 1996 r. dotyczącym pomocy medycznej w nagłych przypadkach określono szczegółowo, że nagłe przypadki ocenia i poświadcza lekarz lub stomatolog. Definicji nagłego przypadku nie ujęto w prawie, oceny dokonuje jednak w ramach konsultacji pracownik medyczny. Pomoc medyczna w nagłych przypadkach może zatem obejmować wszelką opiekę medyczną o charakterze leczniczym i zapobiegawczym, świadczoną w szpitalu lub ambulatoryjnie, jak również wypisywanie recept na leki. Pomoc medyczna w nagłych przypadkach różni się zatem od nagłych przypadków zagrażających życiu określonych w motywie 97.

⁽¹²²⁾ MC-Information nr 211 (luty 2004), s. 8–14.

⁽¹²³⁾ Zob. przypis 49, w którym zawarto zwięzły opis tej organizacji.

⁽¹²⁴⁾ Szpitale IRIS zawarły umowy dotyczące „miejsca zamieszkania do celów świadczeń społecznych” z 17 spośród 19 ośrodków CPAS w Regionie Stołecznym Brukseli (zob. również motywy 187 i 188). W umowach tych ustanowiono zasady zwrotu kosztów leczenia ze strony ośrodków CPAS za pacjentów, którzy nie są w stanie zapłacić za swoje leczenie, i którzy nie posiadają ubezpieczenia, o ile spełniają pewne warunki. W umowach tych określono między innymi, że szpitale IRIS mają obowiązek gromadzić w miarę możliwości informacje niezbędne do potrzeb „badań społecznych” (zob. również motywy 210 i 211).

w niej żadnej zasady dotyczącej programowania usług szpitalnych w Belgii, która wymagałaby prowadzenia usługi w publicznych szpitalach.

5.2. ABISP

- (77) Brukselskie stowarzyszenie prywatnych instytucji opieki (ABISP), jeden z pierwszych skarżących (zob. motyw 1), zauważa w swoich uwagach dotyczących decyzji o wszczęciu postępowania, że wszystkie belgijskie szpitale, niezależnie od ich statusu lub właścicieli, są prawnie zobligowane do wykonywania zadań leżących w interesie ogólnym. ABISP odnosi się w tym kontekście do art. 2 ustawy LCH⁽¹²⁵⁾. Ponadto ABISP przypomina, że wycofało swoją skargę.

5.3. Zorgnet Vlaanderen

- (78) *Zorgnet Vlaanderen* reprezentuje ponad 500 flamandzkich usługodawców w zakresie opieki (takich jak szpitale ogólne, zakłady opieki psychiatrycznej i domy spokojnej starości). W swoich uwagach dotyczących decyzji o wszczęciu postępowania *Zorgnet Vlaanderen* podkreśla, że wszystkie belgijskie szpitale, zarówno publiczne, jak i prywatne, podlegają takim samym obowiązkom świadczenia usługi publicznej w ramach ustawy LCH. Zauważa ono ponadto, że w ustawie LCH nie zdefiniowano warunków dotyczących formy prawnej (podmiot publiczny czy prywatny), która jest konieczna, aby zakład został uznany za szpital. Co więcej, *Zorgnet Vlaanderen* zauważa, że w definicji obowiązków świadczenia usługi publicznej szpitali nie odniesiono się do specyfiki regionalnej. Ponadto twierdzi ono, że szpitale we Flandrii i w Regionie Stołecznym Brukseli nie wypełniają innego zadania społecznego.

5.4. UNCPSY

- (79) Krajowa unia prywatnych klinik psychiatrii (fr. Union nationale des cliniques psychiatriques privées, UNCPSY) jest federacją prywatnych klinik psychiatrii we Francji. W swoich uwagach dotyczących decyzji o wszczęciu postępowania UNCPSY twierdzi, że aby można było stwierdzić, czy publiczne finansowanie nie wykracza poza koszty netto usług publicznych, przedmiotowe koszty netto nie mogą być nieograniczone. Ponadto w ocenie tej należy jej zdaniem uwzględnić jakość zarządzania usługodawcy. W tym kontekście UNCPSY jest zdania, że Komisja powinna porównać szpitale publiczne ze szpitalami prywatnymi w celu określenia, czy pomoc jest proporcjonalna w rozumieniu art. 106 ust. 2 TFUE.
- (80) W związku z tym Komisja zauważa, że uwagi UNCPSY są sprzeczne z wnioskiem sformułowanym przez Sąd w pkt 300 w wyroku z dnia 7 listopada 2012 r. (T-137/10), zgodnie z którym efektywność gospodarcza przedsiębiorstwa w dostarczaniu UOIG nie wchodzi w zakres oceny zgodności finansowania publicznego otrzymywanego przez przedsiębiorstwo w świetle zasad pomocy państwa zgodnie z art. 106 ust. 2 TFUE (zob. w tym względzie motyw 63).

6. UWAGI KRÓLESTWA BELGII

6.1. Uwagi Belgii dotyczące decyzji o wszczęciu postępowania

- (81) W swojej odpowiedzi dotyczącej decyzji Komisji z dnia 1 października 2014 r., w szczególności jej motywu 17, władze belgijskie zauważają, że interwencje finansowe Regionu Stołecznego Brukseli (tzn. subwencje specjalne w maksymalnej wysokości 10 mln EUR rocznie) i funduszu FRBRTC stanowią transfery finansowe przyznawane wyłącznie gminom, nie zaś szpitalom IRIS. W związku z tym władze belgijskie uważają, że chodzi o przekazy finansowe między organami publicznymi, które nie wchodzi w zakres art. 107 ust. 1 TFUE. Zdaniem władz belgijskich ani Region Stołeczny Brukseli, ani fundusz FRBRTC nie przyznały pomocy szpitalom IRIS. Uważają one, że przekazów tych dokonano w ramach kompetencji Regionu w zakresie ogólnego finansowania gmin, co

⁽¹²⁵⁾ Artykuł 2 ustawy LCH ma następujące brzmienie: „Na potrzeby stosowania obowiązującej ujednoczonej ustawy za szpitale uważa się placówki opieki zdrowotnej, w których można w każdym momencie wykonywać badania lub stosować leczenie szczególne dla medycyny specjalistycznej, wchodzące w zakres medycyny, chirurgii i ewentualnie położnictwa, w wielodyscyplinarnym kontekście, w odpowiadających wymogom i odpowiednich warunkach opieki, przeprowadzane przez odpowiadający wymogom i odpowiedni personel medyczny, medyczno-techniczny, paramedyczny i logistyczny, na rzecz przyjętych pacjentów, którzy mogą w nich przebywać, gdyż ich stan zdrowia wymaga takiej całościowej opieki w celu jak najszybszego wyleczenia choroby lub jej ograniczenia, przywrócenia zdrowia lub poprawy stanu zdrowia lub stabilizacji uszkodzeń.”

pozwala tym gminom na wypełnianie ich zadań wykonywanych w interesie ogólnym, a szczególnie zadań ośrodków CPAS. W tym kontekście odniesienia skarżących do opinii inspekcji finansów dotyczą wyłącznie Regionu Stołecznego Brukseli i gmin, nie zaś szpitali IRIS. Ponadto władze belgijskie twierdzą, że na mocy specjalnej ustawy z dnia 8 sierpnia 1980 r. w sprawie zmian instytucjonalnych i zdaniem belgijskiej Rady Stanu ⁽¹²⁶⁾ Region Stołeczny Brukseli może finansować wyłącznie gminy, nie szpitale IRIS, gdyż finansowanie specjalnych zadań szpitalnych nie wchodzi w zakres kompetencji Regionu.

- (82) W odniesieniu do wątpliwości wyrażonych w motywie 26 decyzji o wszczęciu postępowania władze belgijskie wyjaśniają różnicę między wymogami wynikającymi z art. 60 ust. 6 ustawy o CPAS z jednej strony, a możliwościami zamknięcia publicznego szpitala przy pomocy mechanizmu programowania działalności szpitali z drugiej strony. Ich zdaniem w art. 60 ust. 6 ustawy o CPAS ⁽¹²⁷⁾ ustanowiono warunki, których należy przestrzegać, aby pozwolić ośrodkowi CPAS na finansowanie szpitala. Ośrodek CPAS musi przede wszystkim przeanalizować, czy dany szpital jest rzeczywiście niezbędny, uwzględniając potrzeby regionu, a w szczególności potrzeby medyczne i społeczne, oraz obecność podobnej infrastruktury. Władze belgijskie podkreślają również, że mechanizm programowania działalności szpitali polega na określeniu przez rząd federalny maksymalnej liczby łóżek szpitalnych w regionie. Rząd federalny opiera swoją decyzję wyłącznie na wyszczególnionych potrzebach w zakresie leczenia szpitalnego, nie uwzględniając poziomu potrzeb społecznych w każdym regionie ⁽¹²⁸⁾. Władze belgijskie wyjaśniają, że w przypadku Regionu Stołecznego Brukseli maksymalną liczbę łóżek szpitalnych określa się dla całego Regionu, a nie indywidualnie dla każdej z 19 gmin. Każdy z 19 ośrodków CPAS w Regionie Stołecznym Brukseli decyduje natomiast samodzielnie o utworzeniu lub nieutworzeniu na terenie swojej gminy szpitala w zależności od potrzeb lokalnych.
- (83) Władze belgijskie wyjaśniły również, że ustawa LCH lub ustawa o CPAS nie regulują formalnie lub szczegółowo zamykania szpitala publicznego lub przekazywania go partnerowi z sektora prywatnego ⁽¹²⁹⁾. Według władz belgijskich w orzecznictwie belgijskiej Rady Stanu wyjaśniono jednak zasady i warunki zamykania lub przekazywania placówek stworzonych przez ośrodek CPAS. W wyroku nr 113.428 z dnia 9 grudnia 2002 r. Rada Stanu nakazała stwierdzenie nieważności przekazania podmiotowi prywatnemu domu rekonwalescencji należącego do ośrodka CPAS. Orzekła w szczególności, że przed podjęciem decyzji o zamknięciu lub przekazaniu placówki należy również ocenić konieczność świadczenia usług medyczno-społecznych. W ocenie tej trzeba należycie uwzględnić ocenę przeprowadzoną podczas tworzenia placówki oraz wszystkie zmiany, które miały miejsce od czasu decyzji o stworzeniu placówki. Ponadto władze belgijskie zauważają, że ocena ta nie może opierać się wyłącznie na sytuacji finansowej placówki ani na kosztach ponoszonych na jej utrzymanie. Na tej podstawie władze belgijskie stwierdzają, że ośrodek CPAS nie może zamknąć swojego szpitala bez wcześniejszego ustalenia, że potrzeby medyczne i społeczne, dla których stworzono szpital, już nie istnieją.
- (84) Według władz belgijskich stworzenie szpitala publicznego wymaga spełnienia jednocześnie obowiązków z art. 60 ust. 6 ustawy o CPAS i programowania działalności szpitali przez władze publiczne, podczas gdy w przypadku szpitali prywatnych istotne jest tylko programowanie. Zgodnie z art. 60 ust. 6 ustawy o CPAS otwarcie nowego szpitala publicznego musi być uzasadnione istnieniem rzeczywistej potrzeby. Ponadto władze belgijskie wyjaśniają, że jeżeli szpital otwiera się przy zdolności usługowej równej liczbie łóżek przewidzianej w programowaniu działalności szpitala, w ramach tego programu nie ma już miejsca dla innego szpitala (publicznego lub prywatnego) na tym obszarze, a w takim przypadku nie ma żadnego innego sposobu zaspokojenia potrzeb ludności. Władze belgijskie zauważają, że jeżeli, na jakimś etapie, ośrodek CPAS chce zamknąć swój szpital publiczny, musi przede wszystkim upewnić się, że szpital ten nie jest już niezbędny w świetle orzecznictwa Rady Stanu. W przeciwieństwie do ośrodka CPAS podmiot prywatny, który podejmuje decyzję o zamknięciu swojego szpitala, nie ma ustawowego obowiązku upewnienia się, czy ludność będzie nadal korzystała z opieki zdrowotnej. Według władz belgijskich szpital prywatny pozostaje otwarty wyłącznie na mocy swojej własnej decyzji, która może ulec zmianie w dowolnym momencie. Jako przykład władze belgijskie przytaczają nagłe zamknięcie

⁽¹²⁶⁾ Opinia sekcji legislacyjnej Rady Stanu w sprawie wstępnego projektu ordonansu z dnia 13 lutego 2003 r. w sprawie przyznania subwencji specjalnych na rzecz gmin Regionu Stołecznego Brukseli.

⁽¹²⁷⁾ Zob. motyw 19 odnośnie do dokładnego brzmienia tego artykułu.

⁽¹²⁸⁾ Rząd federalny przyjmuje plan dotyczący łóżek szpitalnych („programowanie działalności szpitali”) na podstawie różnych wskaźników (medycznych, chirurgicznych, geriatrycznych, położniczych, pediatrycznych, rehabilitacyjnych, psychiatrycznych, neonatologicznych itp.), uwzględniając łączną liczbę ludności Brukseli, regionu Flandrii i regionu Walonii oraz całego Królestwa, na wniosek Krajowej Rady Placówek Szpitalnych.

⁽¹²⁹⁾ Ścisłej rzecz ujmując, władze belgijskie zauważają, że ustawa LCH co najwyżej określa zasady wyrównania deficytu w przypadku przekazania szpitala publicznego właścicielowi prywatnemu, podczas gdy ustawa o CPAS określa jedynie ogólne zasady otwierania placówek stworzonych przez ośrodek CPAS i zarządzania nimi.

prywatnego szpitala Hôpital français w Berchem-Sainte-Agathe (Bruksela) w 2008 r. ⁽¹³⁰⁾. Podsumowując, władze belgijskie wyjaśniają, że mechanizm programowania działalności szpitali ogranicza w równym stopniu swobodę podmiotów publicznych i prywatnych w zakresie tworzenia szpitala (stworzenie szpitala jest możliwe tylko, jeżeli maksymalna liczba łóżek na pewnym obszarze nie została jeszcze osiągnięta). Według nich obowiązki wynikające z ustawy o CPAS nakładają jednak na ośrodki CPAS dodatkowe ograniczenia dotyczące otwarcia lub zamknięcia szpitala publicznego, podczas gdy szpitale prywatne mogą zostać zamknięte w dowolnym momencie.

- (85) Jeżeli chodzi o obowiązki, którym podlegają rzekomo jedynie szpitale IRIS (zob. motywy 87 i 89 decyzji o wszczęciu postępowania), władze belgijskie twierdzą, że obowiązki te wynikają bezpośrednio z faktu, iż szpitale IRIS utworzono, aby przyczynić się do świadczenia pomocy społecznej przez ośrodek CPAS (zob. sekcja 2.2). Władze belgijskie uważają, że obowiązki te wynikają z ustawy o CPAS, zgodnie z którą stworzono szpitale IRIS i że nałożono je na szpitale IRIS na mocy ich statutów i planów strategicznych IRIS. Władze belgijskie odnoszą się również do tych dokumentów w celu dokładnego określenia tych obowiązków. Ze względu na potrzebę zachowania zwięzłości i w celu uniknięcia powtórzeń Komisja przytoczy w swojej ocenie wyłącznie istotne fragmenty (zob. sekcja 7.3.4.1).
- (86) W decyzji o wszczęciu postępowania (zob. motyw 48) Komisja wyraziła wątpliwości co do charakteru gospodarczego lub pozagospodarczego dodatkowych usług społecznych świadczonych przez szpitale IRIS. W odpowiedzi na decyzję o wszczęciu postępowania władze belgijskie uważają, że te usługi społeczne nie mają charakteru gospodarczego. Twierdzą zasadniczo, że pomoc społeczna świadczona przez brukselskie ośrodki CPAS w formie pomocy materialnej, społecznej, medycznej, medyczno-społecznej i psychologicznej nie wpisuje się w rynek konkurencyjny i że jest tak także w przypadku, gdy szpitale IRIS świadczą część pomocy społecznej (a mianowicie dodatkowe usługi społeczne) na podstawie powierzenia świadczenia usługi.
- (87) Jeżeli chodzi o podstawę prawną wyrównania deficytów (zob. motyw 91 decyzji o wszczęciu postępowania), władze belgijskie uważają, że nałożony na gminy obowiązek pokrywania deficytu ich szpitali publicznych przewidziano w art. 46 statutów szpitali IRIS oraz w art. 109 LCH. Wyjaśniają one, że w art. 109 ustawy LCH określono zasadę ogólną mającą zastosowanie do wszystkich belgijskich szpitali publicznych, która określa minimalny obowiązek nałożony na gminy (ponieważ gminy mają obowiązek pokrywać jedynie część deficytu, zob. także motyw 47). Władze belgijskie zauważają również, że art. 46 statutów szpitali IRIS określa konkretny obowiązek mający zastosowanie jedynie do sześciu gmin, które utworzyły szpitale IRIS i które zdecydowały się na interwencję wykraczającą poza minimum określone w art. 109 LCH, pokrywając całość deficytu księgowego szpitali IRIS.
- (88) W motywie 92 decyzji o wszczęciu postępowania Komisja podniosła kwestię tego, czy dalsze przekazanie subwencji specjalnych (które Region Stołeczny Brukseli przyznaje na rzecz gmin) przez gminy na rzecz szpitali IRIS można uznać za oddzielną operację w stosunku do mechanizmu pokrywania deficytu. W odpowiedzi władze belgijskie twierdzą, że brukselskie gminy wykorzystują subwencje specjalne wyłącznie w celu (częściowego) wypełnienia swojego obowiązku pokrycia deficytów szpitali IRIS. Jak wyjaśniono bardziej szczegółowo poniżej (zob. sekcja 7.3.5), wyrównanie deficytów wypłaca się w kilku etapach, wśród których znajduje się przekazanie subwencji specjalnych przez gminę na rzecz szpitala IRIS, ale wszystkich tych płatności dokonuje się na tej samej podstawie, mianowicie na podstawie nałożonego na gminy obowiązku pokrywania deficytu.
- (89) Komisja wezwała również do przedstawienia wyjaśnień dotyczących rzekomego mechanizmu płatności zaliczkowych (w stosownym przypadku), podstawy prawnej tego mechanizmu i jego sposobu funkcjonowania, różnicy w stosunku do mechanizmu pokrywania deficytu i roli odgrywanej przez fundusz FRBRTC w jego finansowaniu (zob. motyw 93 decyzji o wszczęciu postępowania). Władze belgijskie uważają, że nie istnieje żaden mechanizm płatności zaliczkowych. Ścisłej rzecz ujmując, wyjaśniają, że obowiązek pokrycia deficytu szpitali IRIS staje się skuteczny wraz z pojawieniem się deficytu. Według władz belgijskich art. 46 statutów

⁽¹³⁰⁾ Władze belgijskie zauważają, że chociaż poszukiwano nabywcy, Hôpital français przestał nagle przyjmować pacjentów w dniu 9 maja 2008 r. Wyjaśniają, że szpital ten zamknął wcześniej oddział pediatryczny i położniczy. Według władz belgijskich pacjentów tych oddziałów przeniesiono tego dnia do innych szpitali w Regionie Stołecznym Brukseli.

szpitali IRIS odnosi się bowiem do deficytu księgowego, który jest wykazywany w sprawozdaniach finansowych szpitali nie później niż sześć miesięcy po zakończeniu roku obrotowego. Obliczanie deficytu objętego art. 109 LCH przez federalną służbę publiczną ds. zdrowia publicznego trwa natomiast znacznie dłużej (do 10 lat). Władze belgijskie twierdzą jednak, że ponieważ deficyt objęty art. 109 ustawy LCH jest po prostu częścią deficytu księgowego pokrywanego niezwłocznie zgodnie z art. 46 statutów szpitali IRIS, szpitale te nie otrzymują zaliczek, które można uznać za pomoc oddzielną od mechanizmu pokrywania deficytu. Ponadto władze belgijskie powtarzają, że fundusz FRBRTC udzielił gminom finansowania, które pomogło im wywiązać się z obowiązku pokrycia deficytów, który, jak wyjaśniono powyżej, nie stanowi mechanizmu płatności zaliczkowych.

- (90) Jeżeli chodzi o środki mające na celu uniknięcie nadwyżki rekompensaty i faktyczny brak nadwyżki rekompensaty (zob. motywy 95–97 decyzji o wszczęciu postępowania), władze belgijskie podnoszą przedstawione niżej argumenty. Wyjaśniają przede wszystkim, że decyzje dotyczące wyrównania deficytu podejmuje się co roku, kiedy znany jest już szacunkowy deficyt na dany rok obrotowy, w związku z czym nie istnieje żadne ryzyko nadwyżki rekompensaty. Dodają, że belgijskie ramy prawne (w szczególności ustawa z dnia 14 listopada 1983 r. i ustawa o CPAS) pozwalają gminom upewnić się, że szpitale IRIS prawidłowo wykorzystują pomoc państwa i odzyskać tę pomoc w przypadku niespełnienia warunków lub nadwyżki rekompensaty. Ponadto, w celu wykazania braku nadwyżki rekompensaty, władze belgijskie odnoszą się do różnych tabel przedłożonych Komisji, w których przedstawiono deficyt i interwencje gmin w odniesieniu do każdego z pięciu szpitali IRIS w latach 1996–2014 (zob. także sekcja 7.3.5 odnośnie do tych danych liczbowych).
- (91) Zgodnie z wezwaniem władze belgijskie udzielają również w swojej odpowiedzi dodatkowych wyjaśnień dotyczących pojęcia „ciągłość i rentowność” (zob. motywy 102–103 decyzji o wszczęciu postępowania). Według nich obowiązek zagwarantowania ciągłości i rentowności szpitali IRIS opiera się bezpośrednio na ustawie o CPAS. Jak wyjaśniono powyżej (zob. sekcja 2.1), każdy ośrodek CPAS może tworzyć placówki odpowiedzialne za świadczenie pomocy społecznej, w tym pomocy medycznej i medyczno-społecznej, jeżeli może wykazać, że działanie to jest konieczne w celu spełnienia faktycznej potrzeby zgodnie z art. 60 ust. 6 ustawy o CPAS. Wyjaśniają one, że w przeszłości sześć z 19 ośrodków CPAS z Regionu Stołecznego Brukseli utworzyło szpitale (nie posiadając odrębnej osobowości prawnej) w celu świadczenia pomocy społecznej i że same zarządzały tymi szpitalami do końca 1995 r. Według nich restrukturyzacja tych szpitali publicznych, która zakończyła się stworzeniem szpitali publicznych IRIS, które stały się niezależne pod względem prawnym od ośrodków CPAS w dniu 1 stycznia 1996 r. (zob. także sekcja 2.2), w żaden sposób nie zmieniła nałożonego na ośrodki CPAS obowiązku świadczenia pomocy społecznej, bezpośrednio bądź za pośrednictwem szpitali IRIS. W tym kontekście władze belgijskie podkreślają, że głównym celem restrukturyzacji i stworzenia sieci IRIS i szpitali IRIS było zagwarantowanie ciągłości świadczenia usług szpitali publicznych w Regionie Stołecznym Brukseli (zob. także motyw 27). Zauważają zatem, że w celu zapewnienia ciągłości i rentowności szpitali IRIS i zagwarantowania tym samym zaspokojenia potrzeb społecznych ludności, gminy i ośrodki CPAS są zobowiązane pokrywać wszelki deficyt tych szpitali na podstawie art. 46 statutów szpitali IRIS. Władze belgijskie stwierdzają ponadto, że dopóki istnieje ta faktyczna potrzeba, zgodnie z orzecznictwem Rady Stanu (zob. motyw 83), władze publiczne nie mogą zamykać szpitali IRIS ani zbywać ich na rzecz właściciela z sektora prywatnego.
- (92) Ponadto, w motywie 103 decyzji o wszczęciu postępowania, Komisja pyta, czy istnieją inne powody, które mogłyby uzasadniać dodatkowe finansowanie szpitali IRIS. W tym względzie władze belgijskie zauważają, że tworzenie „rentownych” usług, zadań i programów szpitalnych nie jest jedynym celem szpitali IRIS, co byłoby możliwe w przypadku belgijskich szpitali prywatnych. Według władz belgijskich szpitale IRIS muszą natomiast zagwarantować jak najszersze spektrum świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w celu zagwarantowania każdej osobie, a w szczególności najbardziej potrzebującym członkom społeczeństwa, dostępu do dowolnego leczenia wymaganego w związku z jej stanem chorobowym, nawet jeżeli leczenie to zdecydowanie wykracza poza normy planowania i zatwierdzania mające zastosowanie do wszystkich szpitali zgodnie z ustawą LCH. W tym kontekście władze belgijskie odnoszą się również do pkt 162 wyroku Sądu z dnia 7 listopada 2012 r., zgodnie z którym „wyrównanie deficytów szpitali publicznych może okazać się konieczne z powodów natury zdrowotnej i społecznej w celu zapewnienia ciągłości i zdolności do funkcjonowania systemu szpitalnego”. Władze belgijskie podkreślają również, że status szpitala publicznego wiąże się z pewnymi kosztami, których nie rekompensują w całości federalne środki finansowania. Zauważają, że koszty te obejmują, między innymi, wypłacanie językowej premii kompetencyjnej dwujęzycznym członkom personelu, wyższe składki emerytalno-rentowe i zdrowotne dla pracowników objętych regulacjami prawnymi (urzędników) i podwyżki narzucone (ale wypłacane jedynie w części) przez Region Stołeczny Brukseli.

6.2. Uwagi Belgii dotyczące uwag osób trzecich

- (93) Władze belgijskie na początku zaznaczają, że uwagi przedstawione przez CBI, ABISP i *Zorgnet Vlaanderen* dotyczące decyzji Komisji o wszczęciu postępowania opierają się na tym samym argumente, a mianowicie że, według tych organizacji, szpitale IRIS nie mają za zadanie świadczenia dodatkowych UOIG w stosunku do UOIG nałożonych na każdy szpital (publiczny lub prywatny) w Belgii. Według nich twierdzenie to opiera się na tej samej podstawie, a mianowicie że ustawa LCH nakłada na szpitale prywatne i publiczne ten sam obowiązek świadczenia usługi publicznej, niezależnie od jakichkolwiek względów regionalnych. Według władz belgijskich

interwencji nie wyjaśniają jednak, w jakim zakresie ustawa o CPAS nie ma zastosowania do szpitali IRIS, podczas gdy, według Belgii, ustawa ta stanowi samą podstawę prawną istnienia szpitali IRIS. Władze belgijskie zauważają, że art. 147 ustawy LCH dopuszcza wyraźnie, że, w przypadku szpitali zarządzanych przez ośrodek CPAS (jak szpitale IRIS ⁽¹³¹⁾), ustawa LCH uzupełnia ustawę o CPAS, co potwierdza, że ustawa LCH nie jest jedyną właściwą podstawą prawną mającą zastosowanie do szpitali zarządzanych przez ośrodek CPAS.

- (94) Władze belgijskie uznają za błędne twierdzenie CBI, że zapowiedziany przez rząd Regionu Stołecznego Brukseli zamiar zmiany ordonansu z dnia 13 lutego 2003 r. w taki sposób, aby uściślić zadania leżące w interesie ogólnym uzasadniające wypłatę gminom subwencji specjalnych (zob. motyw 70), wskazuje, iż obecnie nie istnieje żadne zadanie specjalne (obowiązujące wyłącznie szpitale IRIS). Władze belgijskie wskazują w szczególności, że subwencje specjalne przewidziane w tym ordonansie przyznaje się wyłącznie gminom, a nie szpitalom IRIS. Belgia potwierdza ponadto, że interwencje funduszu FRBRTC i samego Regionu Stołecznego Brukseli (na maksymalną kwotę 10 mln EUR rocznie ⁽¹³²⁾) w celu wspierania gmin stanowią transfery finansowe między organami publicznymi nieobjęte zakresem stosowania art. 107 ust. 1 TFUE. Władze belgijskie powtarzają, że Region ani fundusz FRBRTC nie przyznały żadnej z tych kwot szpitalom IRIS. Wręcz przeciwnie, według Belgii, chodzi tu jedynie o transfery między Regionem i gminami wynikające z uprawnień w zakresie ogólnego finansowania gmin przez Region. To całościowe finansowanie ma umożliwić gminom wywiązanie się z zadań w interesie gminy, które obejmują zadania ośrodków CPAS. Według władz belgijskich zapowiedziana zmiana ordonansu z dnia 13 lutego 2003 r. nie stanowi w żadnym przypadku uznania braku dodatkowych UOIG powierzonych szpitalom IRIS. Określenie UOIG powierzonych szpitalom zakładanym przez gminy należy do tych gmin, a przedmiotowy ordonans nie jest w tym kontekście istotny, ponieważ dotyczy wyłącznie finansowania wewnątrzpaństwowego.
- (95) Władze belgijskie odrzucają również, niedokładny ich zdaniem, opis zadań społecznych, który CBI przedstawia w swoich uwagach. CBI twierdzi w szczególności, że ustawa LCH definiuje „podstawowe zadanie społeczne” wspólne dla szpitali publicznych i prywatnych, które jednak tylko szpitale IRIS wypełniają intensywniej. Z tego punktu widzenia „dodatkowych” zadań społecznych szpitali IRIS nie można by oddzielić od usług świadczonych przez szpitale i stanowiłyby ich integralną część. Władze belgijskie nie zgadzają się z tym stanowiskiem. Uważają one, że oprócz faktu, że CBI przyznaje wyraźnie, że istnieje istotna różnica między szpitalami publicznymi i prywatnymi (a mianowicie większa liczba usług społecznych świadczonych przez szpitale IRIS), CBI nie określa, co dokładnie rozumie przez „podstawowe zadanie społeczne”, które uznaje za szpitalną UOIG i nie określa podstawy prawnej, na której opiera się to zadanie ani konkretnego aktu powierzenia tego zadania. Władze belgijskie uważają, że jedynie ustawa o CPAS może stanowić podstawę powierzenia „podstawowych zadań społecznych” szpitalom publicznym. Według nich, jeżeli chodzi tylko o szpitale publiczne, ustawa LCH faktycznie jedynie uzupełnia ustawę o CPAS (zob. art. 147 ustawy LCH). Zasadnicze zadanie, lub „podstawowe zadanie”, szpitali IRIS określono w ustawie o CPAS lub zgodnie z nią, nie jest ono więc „wspólne” dla wszystkich szpitali. Według władz belgijskich zadanie to nie ma charakteru gospodarczego. Szpitale IRIS są zatem tworzone zgodnie z ustawą o CPAS i, po stworzeniu, mają obowiązek stosowania się do dodatkowych zasad określonych w ustawie LCH ⁽¹³³⁾.
- (96) Jeżeli chodzi o uwagi CBI dotyczące zadania w zakresie zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej, władze belgijskie zauważają, że CBI ogranicza zadanie w zakresie zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej, które jego zdaniem jest wspólne dla wszystkich szpitali, wyłącznie do nagłych przypadków i przypadków kontynuacji leczenia w następstwie nagłego przypadku. Władze belgijskie uważają zatem, że CBI uznaje w sposób dorozumiany, że brukselskie szpitale prywatne nie mają żadnego obowiązku leczyć pacjentów poza nagłymi przypadkami i przypadkami kontynuacji leczenia w następstwie nagłego przypadku, które stanowią jednak większą część opieki świadczonej na rzecz osób znajdujących się w niekorzystnej sytuacji. Władze belgijskie twierdzą ponadto, że odniesienie przez CBI do zadania realizowanego w interesie publicznym opisanego w art. 2 ustawy LCH nie stanowi podstawy takiego obowiązku. Według nich powierzenie podstawowych zadań szpitalnych nie oznacza powierzenia, w podobny sposób, zadania zapewnienia opieki każdej osobie w każdych okolicznościach, niezależnie od zdolności tej osoby do pokrycia kosztów leczenia. Samo istnienie szczegółowych zasad regulujących kwestię nagłych przypadków w znacznym stopniu tego dowodzi. Władze belgijskie twierdzą, że zadanie realizowane w interesie publicznym nie może być dorozumiane, ale że jest wyraźnie nałożone.

⁽¹³¹⁾ Do celów ustawy LCH uznaje się, że szpitalami IRIS zarządza ośrodek CPAS.

⁽¹³²⁾ Roczna kwota zależy od środków dostępnych w budżecie Regionu Stołecznego Brukseli i od wniosków odnośnych gmin. W latach 2003–2014 subwencja specjalna osiągała co roku pułap 10 mln EUR, oprócz 2010 r. (9 mln) i 2011 r. (9,5 mln).

⁽¹³³⁾ W tym kontekście władze belgijskie podkreślają, że szpitale prywatne, utworzone na przykład na podstawie ustawy o stowarzyszeniach o charakterze niezarobkowym, muszą stosować się do ustawy LCH w zakresie swoich funkcji szpitalnych. Niemniej w zakresie, w jakim ustawa o stowarzyszeniach o charakterze niezarobkowym nie powierza instytucjom, które jej podlegają, żadnego zadania społecznego, zadania tych szpitali prywatnych podlegają wyłącznie ustawie LCH.

Uważają, że konieczne było określenie szczegółowych wymogów dotyczących nagłych przypadków, ponieważ w definicji podstawowych zadań szpitalnych w ustawie LCH nie wspomniano o nagłych przypadkach. Władze belgijskie wysuwają argument, że ustawa z dnia 8 lipca 1964 r. ⁽¹³⁴⁾ i zarządzenia wykonawcze do niej dotyczą doraźnej pomocy medycznej ⁽¹³⁵⁾ i usług ratowniczych (w tym karettek pogotowia ratunkowego). Na tej podstawie niektóre szpitale, zarówno publiczne, jak i prywatne, wykonują pewne zadania w zakresie doraźnej pomocy medycznej.

- (97) Władze belgijskie twierdzą jednak, że obowiązek świadczenia pomocy w nagłych przypadkach w szpitalach publicznych i prywatnych nie wynika z ustawy LCH. Wchodzi natomiast w zakres ogólnego obowiązku udzielenia pomocy każdej osobie zagrożonej. Według władz belgijskich szpitale mają obowiązek świadczenia pomocy w nagłych przypadkach medycznych stosownie do swojej struktury i dostępnej wiedzy specjalistycznej ⁽¹³⁶⁾. Obowiązek ten dotyczy zarówno szpitali publicznych, jak i prywatnych, a także każdej innej osoby, w związku z obowiązkiem udzielenia pomocy osobie zagrożonej. Władze belgijskie wyjaśniają również, że zgodnie z art. 422b belgijskiego kodeksu karnego obowiązek ten ma zastosowanie wyłącznie w nagłych przypadkach, a w szczególności w nagłych przypadkach medycznych zagrażających życiu. Władze belgijskie zauważają jednak, że we wszystkich pozostałych sytuacjach (tj. sytuacjach innych niż nagły przypadek) szpitale nie mają za zadanie zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej ani obowiązku leczenia pacjentów, którzy nie są w stanie pokryć kosztów swojego leczenia. Ponadto władze belgijskie zauważają, że, choć jest oczywiste, że belgijskie szpitale nie mają prawa dopuszczać się dyskryminacji opartej na sytuacji finansowej pacjentów (a zatem na samym fakcie, że dana osoba jest uboga), nie może ciążyć na nich obowiązek udzielenia pomocy poza nagłymi przypadkami, jeżeli pacjent nie jest w stanie pokryć kosztów leczenia lub nie chce pokryć kosztów leczenia.
- (98) W swoich uwagach w odpowiedzi na uwagi CBI władze belgijskie umieszczają także w odpowiednim kontekście odniesienia CBI do wyroku wydanego przez sąd pierwszej instancji w Brukseli (zob. motyw 72). Według władz belgijskich wyrok przytoczony przez CBI dotyczy jedynie bardzo szczególnego przypadku pomocy medycznej w nagłym przypadku ⁽¹³⁷⁾ dla migranta nieposiadającego dokumentów, który wymagał opieki psychiatrycznej. Zauważają, że szpitale IRIS nie zapewniają opieki tego rodzaju. Według nich wyrok ten potwierdza, że pomoc medyczną w nagłych przypadkach dla migrantów nieposiadających dokumentów zapewniają zwykle szpitale utworzone przez ośrodek CPAS lub szpitale, z którymi ośrodki CPAS zawarły umowę ⁽¹³⁸⁾. Ponadto władze belgijskie zauważają, że CBI nie uzasadnia, a nawet nie próbuje uzasadnić, nałożonego na szpitale prywatne rzekomego obowiązku leczenia wszystkich pacjentów w ramach kontynuacji leczenia w następstwie nagłego przypadku. Według władz belgijskich na szpitale prywatne nie nałożono żadnego obowiązku tego rodzaju w ramach kontynuacji leczenia w następstwie nagłego przypadku, podczas gdy szpitale IRIS mają obowiązek leczenia wszystkich pacjentów w każdych okolicznościach, nawet wobec braku nagłego przypadku medycznego.

7. OCENA ŚRODKÓW POMOCY

7.1. Przedmiot niniejszej decyzji

- (99) Skarga odnosiła się do środka pomocy w wysokości 100 mln EUR przyznanego w kontekście restrukturyzacji, która doprowadziła do stworzenia szpitala IRIS (zob. sekcja 2.2). Jak wyjaśniono w sekcji 3.1 decyzji o wszczęciu postępowania, Komisja przyjęła środek w odniesieniu do tej pomocy jednak dopiero po upływie terminu

⁽¹³⁴⁾ Zob. ustawa z dnia 8 lipca 1964 r. z późniejszymi zmianami (Moniteur belge z dnia 25 lipca 1964 r., s. 8153).

⁽¹³⁵⁾ W przeciwieństwie do pomocy medycznej w nagłych przypadkach, o której mowa powyżej (zob. motyw 72), obejmującej planowaną opiekę zdrowotną, doraźna pomoc medyczna w nagłych przypadkach dotyczy opieki wymaganej natychmiast w sytuacjach zagrażających życiu.

⁽¹³⁶⁾ Oznacza to, że nawet jeżeli szpital nie wykonuje niektórych zadań w zakresie doraźnej pomocy medycznej wskazanych w ustawie z dnia 8 lipca 1964 r., nadal ciąży na nim obowiązek udzielenia jak najlepszej pomocy w nagłych przypadkach medycznych w ramach jego zdolności (tj. przy uwzględnieniu jego infrastruktury i personelu).

⁽¹³⁷⁾ Pomoc medyczna w nagłych przypadkach reguluje art. 57 ust. 2 i zarządzenie królewskie z dnia 12 grudnia 1996 r.

⁽¹³⁸⁾ W swoim wyroku z dnia 25 stycznia 2013 r. sąd pierwszej instancji w Brukseli zauważa, co następuje: „Ogólna struktura systemu polega na tym, że ośrodek CPAS sam udziela pomocy medycznej w nagłych przypadkach, lecząc osobę wymagającą opieki w trybie nagłym w szpitalu, którym zarządza, lub ponosi koszt opieki świadczonej na rzecz tej osoby przez szpital prywatny. Chociaż **pomocy udziela się najczęściej w placówce zależnej od odnośnego ośrodka CPAS lub z którą zawarł on umowę**, może się zdarzyć, że hospitalizacja będzie odbywała się w innej placówce, z uwagi na nagły charakter wynikający z sytuacji osoby, która ma zostać hospitalizowana. Przy tym założeniu nie ma wcześniejszych konsultacji z ośrodkiem CPAS, ani nawet najczęściej z zainteresowaną osobą, ale szybka i jednostronna decyzja ratowników medycznych z wezwanych służb ratowniczych, a nawet, jak w przedmiotowej sprawie, prokuratora królewskiego. **Niezwykły lub wyjątkowy charakter tej szybkiej procedury** nie upoważnia ośrodka CPAS do odmowy pokrycia kosztów hospitalizacji w innej placówce niż jego placówka [...]” [dodano pogrubienie].

przedawnienia mającego zastosowanie w przypadku odzyskiwania pomocy na restrukturyzację. W związku z tym tego środka pomocy nie uwzględniono w formalnym postępowaniu wyjaśniającym wszczętym przez Komisję, nie będzie on więc omawiany w niniejszej decyzji.

- (100) Oprócz środka, którego dotyczył termin przedawnienia, formalnie przedmiotem skargi były (i) środki wypłacone przez fundusz FRBRTC na rzecz gmin odpowiedzialnych za szpitale IRIS i (ii) subwencje specjalne (w wysokości 10 mln EUR rocznie) przyznawane tym gminom przez Region Stołeczny Brukseli na podstawie ordonansu z dnia 13 lutego 2003 r.
- (101) Te dwa rodzaje środków są jednak przyznawane wyłącznie gminom odpowiedzialnym za szpitale IRIS, a nie samym szpitalom IRIS. W rzeczywistości stanowią one jedynie przepływy finansowe między Regionem Stołecznym Brukseli i sześcioma brukselskimi gminami odpowiedzialnymi za szpitale IRIS i nie stanowią zatem pomocy państwa na rzecz szpitali IRIS.
- (102) Prawdą jest, że w decyzji z 2009 r., co do której stwierdzono nieważność, Komisja myliła wypłaty z funduszu FRBRTC z mechanizmem wyrównania deficytów przewidzianym w art. 109 ustawy LCH i że nie dokonała oddzielnej oceny parametrów rekompensaty z tytułu tych dwóch środków⁽¹³⁹⁾. Ponadto gminy wykorzystują środki z funduszu FRBRTC w celu wyrównania deficytu szpitali IRIS⁽¹⁴⁰⁾ i mają one obowiązek wypłacenia szpitalom IRIS środków z funduszu FRBRTC najpóźniej w terminie siedmiu dni roboczych⁽¹⁴¹⁾.
- (103) Jak potwierdzają informacje otrzymane w odpowiedzi na decyzję o wszczęciu postępowania i jak wyjaśniono poniżej (zob. motyw 230), transfery finansowe z funduszu FRBRTC i Regionu Stołecznego Brukseli do gmin odpowiedzialnych za szpitale IRIS są jednak konieczne, ponieważ zasoby własne, którymi dysponują te gminy są niewystarczające w celu wywiązania się z obowiązku wyrównania gminnego deficytu względem szpitali IRIS. W tym kontekście fundusz FRBRTC i Region Stołeczny Brukseli nałożyły brukselskie gminy wymóg udostępniania środków funduszu z FRBRTC i subwencji specjalnych szpitalom IRIS niemal bezpośrednio po otrzymaniu tych płatności. Niezależnie od tego obowiązku dokonania transferu obowiązek wyrównania deficytów szpitali IRIS spoczywa na samych zainteresowanych gminach, a szpitale te nie mają prawa do żadnej rekompensaty ze strony Regionu Stołecznego Brukseli lub funduszu FRBRTC. Podobnie same gminy, a nie Region Stołeczny Brukseli nałożyły na szpitale IRIS pewne obowiązki (zob. sekcja 7.3.4.1). W związku z tym jedynie płatności dokonywane przez gminy na rzecz szpitali IRIS w celu wyrównania ich deficytów, finansowanych z zasobów własnych gmin lub środków udostępnianych gminom przez Region Stołeczny Brukseli, można uznać za pomoc państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE.
- (104) Komisja stwierdza, że finansowanie wewnątrzpaństwowe (Regionu Stołecznego Brukseli na rzecz gmin, bezpośrednio lub za pośrednictwem funduszu FRBRTC) stanowi wyłącznie źródło finansowania płatności dokonywanych przez gminy z tytułu wyrównania deficytów, a nie środek, z którego szpitale IRIS mogą korzystać oprócz tego wyrównania deficytu. W związku z tym przepływy finansowe między Regionem Stołecznym Brukseli i odnośnymi gminami brukselskimi, a także ich podstawy prawne (między innymi ordonans z dnia 13 lutego 2003 r.) nie będą oceniane jako takie w niniejszej decyzji. W niniejszej decyzji Komisja będzie się raczej interesowała płatnościami dokonanyymi przez gminy na rzecz szpitali IRIS w celu wyrównania ich deficytów i w przypadku których gminy zależą w znacznym stopniu od finansowania wewnątrzpaństwowego zapewnianego przez Region Stołeczny Brukseli⁽¹⁴²⁾. Chociaż środki, do których oficjalnie odnoszą się skarżący, nie są już przedmiotem badania, ocena w świetle zasad pomocy państwa dotycząca wyrównania deficytów szpitali przez gminy będzie jednak zasadniczo w pełni odpowiadała obawom skarżących poruszających kwestię istnienia pomocy państwa, ponieważ będzie obejmowała również, *de facto*, środki przyznane przez Region Stołeczny Brukseli, bezpośrednio lub za pośrednictwem funduszu FRBRTC, wykorzystywane w całości przez gminy na wyrównanie deficytów szpitali IRIS. Dlatego też, w analizie istnienia nadwyżki rekompensaty opisanej poniżej (zob. tabele 9–13 w sekcji 7.3.5) uwzględnia się również płatności dokonane z tytułu wyrównania deficytów, które sfinansowano ze środków funduszu FRBRTC i z subwencji specjalnych pochodzących od

⁽¹³⁹⁾ Sprawa T-137/10, pkt 208–215.

⁽¹⁴⁰⁾ *Ibidem*, pkt 217.

⁽¹⁴¹⁾ *Ibidem*, pkt 218.

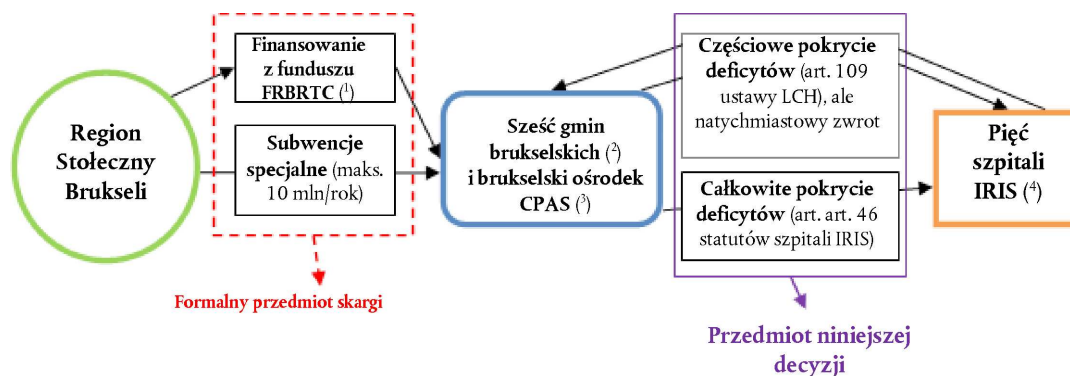
⁽¹⁴²⁾ Wynika z tego, że ocena przeprowadzona w niniejszej decyzji różni się od oceny dokonanej w decyzji Komisji z 2009 r., co do której stwierdzono nieważność, gdyż kwestia interwencji z funduszu FRBRTC i subwencji specjalnych została w pewnym stopniu poddana ocenie oddzielnie od kwestii wyrównania deficytów.

Regionu Stołecznego Brukseli. Ponadto należy podkreślić, że część płatności dokonanych przez gminy z tytułu wyrównania deficytów, które zostały sfinansowane przez Region Stołeczny Brukseli lub za pośrednictwem funduszu FRBRTC ⁽¹⁴³⁾, była niewystarczająca w celu pokrycia w całości deficytów szpitali IRIS i że w latach 1996–2014 w żadnym momencie nie zdarzyło się, aby płatności te doprowadziły do sytuacji, w której dany szpital IRIS otrzymałby faktycznie nadmierną rekompensatę i musiałby zwrócić (częściowo) wyrównanie swojego deficytu (zob. także motywy 234 i 238).

- (105) Komisja oceni w związku z tym rekompensaty wypłacone przez gminy od 1996 r. na pokrycie deficytów szpitali IRIS ⁽¹⁴⁴⁾. Na tej podstawie na rysunku 1 poniżej przedstawiono podsumowanie finansowania publicznego będącego przedmiotem niniejszej decyzji (w prostokącie narysowanym linią ciągłą) i wskazano również środki finansowania wewnątrzpaństwowego, do których odnoszą się skarżący (w prostokącie narysowanym linią przerywaną). Dalsze informacje na temat tych środków zostaną przedstawione w sekcji 7.3.5 poniżej.

Rysunek 1

Przeływy finansowe i przedmiot niniejszej decyzji



(1) Brukselski regionalny fundusz refinansowania gminnych środków pieniężnych (fr. Fonds Régional Bruxellois de Refinancement des Trésoreries Communales)

(2) Bruksela, Anderlecht, Etterbeek, Ixelles, Saint-Gilles i Schaerbeek (do końca 2013 r.).

(3) Publiczne ośrodki działań społecznych (fr. Centres Publics d'Action Sociale) (związane z gminami).

(4) Szpitale CHU Saint-Pierre, CHU Brugmann, Institut Bordet, Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF) oraz Hôpitaux Iris Sud.

7.2. Pomoc państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE

- (106) Zgodnie z art. 107 ust. 1 TFUE „wszelka pomoc przyznawana przez państwo członkowskie lub przy użyciu zasobów państwowych w jakiegokolwiek formie, która zakłóca lub grozi zakłóceniem konkurencji poprzez sprzyjanie niektórym przedsiębiorstwom lub produkcji niektórych towarów, jest niezgodna z rynkiem wewnętrznym w zakresie, w jakim wpływa na wymianę handlową między państwami członkowskimi”. W związku z powyższym środek stanowi pomoc państwa, jeżeli spełniono łącznie cztery następujące warunki ⁽¹⁴⁵⁾:
- środek musi przynieść przedsiębiorstwu selektywną korzyść gospodarczą;
 - środek musi zostać przyznany ze środków państwowych;
 - środek musi zakłócać lub grozić zakłóceniem konkurencji;
 - środek może wpływać na wymianę handlową między państwami członkowskimi.

(143) Średnio 68–90 % odpowiednich deficytów poszczególnych szpitali zarejestrowanych w całym okresie 1996–2014 zostało wyrównanych przez gminy ze środków funduszu FRBRTC lub z subwencji specjalnych Regionu Stołecznego Brukseli. W celu pokrycia reszty gminy musiały korzystać z zasobów własnych i, jak wyjaśniono poniżej (zob. motyw 234), na koniec 2014 r., miały jeszcze wypłacić (ponownie korzystając z zasobów własnych) dodatkową rekompensatę w łącznej kwocie około 15 mln EUR na pokrycie deficytów pięciu szpitali IRIS.

(144) W przypadku konieczności dokonania obliczeń w celu zakończenia tej oceny Komisja opiera się na dostępnych danych liczbowych, tj. danych z lat 1996–2014 (zob. motyw 236 odnośnie do wyjątków).

(145) Sprawa C-222/04 Ministero dell'Economia e delle Finanze przeciwko Cassa di Risparmio di Firenze SpA, Fondazione Cassa di Risparmio di San Miniato i Cassa di Risparmio di San Miniato, ECLI:EU:C:2006:8, pkt 129.

7.2.1. Selektywna korzyść gospodarcza przyznana na rzecz przedsiębiorstwa

7.2.1.1. Pojęcie przedsiębiorstwa

Zasady ogólne

- (107) Przyznanie podmiotowi środków publicznych można uznać za pomoc państwa tylko, jeżeli podmiot ten jest „przedsiębiorstwem” w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE. Zgodnie ze utrwalonym orzecznictwem Trybunału Sprawiedliwości przedsiębiorstwem jest każdy podmiot prowadzący działalność gospodarczą⁽¹⁴⁶⁾. Uznanie podmiotu za przedsiębiorstwo zależy więc od charakteru jego działalności, niezależnie od statusu prawnego tego podmiotu lub jego sposobu finansowania⁽¹⁴⁷⁾. Działalność należy na ogół uważać za działalność gospodarczą, gdy polega ona na oferowaniu towarów lub usług na rynku⁽¹⁴⁸⁾. Podmiot, który prowadzi zarówno działalność gospodarczą, jak i pozagospodarczą, uznaje się za przedsiębiorstwo jedynie w odniesieniu do działalności gospodarczej⁽¹⁴⁹⁾. Sam fakt, że podmiot nie działa w celach zarobkowych nie oznacza koniecznie, że jego działalność nie ma charakteru gospodarczego⁽¹⁵⁰⁾.

Usługi medyczne

- (108) Jeżeli opieka zdrowotna świadczona jest przez szpitale i innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej za wynagrodzeniem⁽¹⁵¹⁾, wypłacanym bezpośrednio przez pacjentów lub pochodzącym z innych źródeł, zasadniczo uznaje się, że opieka ta stanowi działalność gospodarczą⁽¹⁵²⁾. Finansowanie, z którego korzystają szpitale IRIS za pośrednictwem różnych dotacji ze strony organów federalnych lub sfederowanych (zob. na przykład motyw 46 lit. a), d) i e) w odniesieniu do finansowania publicznego przyznanego wszystkim szpitalom i motyw 44 w odniesieniu do wyrównania deficytu przyznanego szpitalom IRIS) i do którego należy dodać płatności bezpośrednie pacjentów (zob. motyw 46 lit. c) i płatności INAMI (zob. motyw 46 lit. b)), zapewnia szpitalom IRIS wynagrodzenie za świadczone usługi medyczne i może w tym kontekście być uznane za ekonomiczne świadczenie wzajemne z tytułu świadczonych usług szpitalnych. Taki system zakłada pewien stopień konkurencji między szpitalami w zakresie świadczenia usług opieki zdrowotnej. Fakt, że szpital świadczący takie usługi za wynagrodzeniem jest szpitalem publicznym w żadnym stopniu nie znosi gospodarczego charakteru tej działalności⁽¹⁵³⁾.
- (109) W przedmiotowej sprawie główna działalność szpitali IRIS to działalność szpitalna polegająca na świadczeniu usług opieki zdrowotnej. Taką działalność prowadzi również inne rodzaje podmiotów, a w szczególności kliniki, szpitale prywatne i inne wyspecjalizowane ośrodki, w tym szpitale prywatne skarżących. Taką działalność szpitalną prowadzoną przez szpitale IRIS za wynagrodzeniem i w środowisku konkurencyjnym należy zatem uznać za działalność mającą charakter gospodarczy.

⁽¹⁴⁶⁾ Sprawy połączone C-180/98 do C-184/98 Pavel Pavlov i in. przeciwko Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, ECLI:EU:C:2000:428, pkt 74.

⁽¹⁴⁷⁾ Sprawa C-41/90 Höfner & Fritz Elser przeciwko Macrotron GmbH, ECLI:EU:C:1991:161, pkt 21 i sprawy połączone C-180/98 do C-184/98 Pavel Pavlov i in. przeciwko Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, ECLI:EU:C:2000:428, pkt 74.

⁽¹⁴⁸⁾ Sprawa C-118/85 Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Włoskiej, ECLI:EU:C:1987:283, pkt 7 i sprawa C-35/96 Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Włoskiej, ECLI:EU:C:1998:303, pkt 36.

⁽¹⁴⁹⁾ Sprawa C-82/01 P Aéroports de Paris przeciwko Komisji Wspólnot Europejskich, ECLI:EU:C:2002:617, pkt 74 i sprawa C-49/07 Motosykletistiki Omospondia Ellados NPID (MOTOE) przeciwko Elliniko Dimosio, ECLI:EU:C:2008:376, pkt 25. Zob. również komunikat Komisji w sprawie stosowania reguł Unii Europejskiej w dziedzinie pomocy państwa w odniesieniu do rekompensaty z tytułu usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym (Dz.U. C 8 z 11.1.2012, s. 4, pkt 9).

⁽¹⁵⁰⁾ Sprawa C-49/07 Motosykletistiki Omospondia Ellados NPID (MOTOE) przeciwko Elliniko Dimosio, ECLI:EU:C:2008:376, pkt 27 i sprawa C-244/94 Fédération française des sociétés d'assurance, Société Paternelle-Vie, Union des assurances de Paris-Vie et Caisse d'assurance et de prévoyance mutuelle des agriculteurs przeciwko Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, ECLI:EU:C:1995:392, pkt 21.

⁽¹⁵¹⁾ Sprawa C-157/99 B.S.M. Geraets-Smits przeciwko Stichting Ziekenfonds VGZ i H.T.M. Peerbooms przeciwko Stichting CZ Groep Zorgverzekering, ECLI:EU:C:2001:404, pkt 58, w ramach której Trybunał Sprawiedliwości orzekł, że fakt, iż leczenie szpitalne realizowane przez szpital jest finansowane bezpośrednio przez kasy chorych na podstawie umów i według wcześniej ustalonych stawek, nie przemawia za wykluczeniem tego leczenia z zakresu działalności gospodarczej w rozumieniu TFUE i że płatność dokonywana przez kasy chorych, „nawet jeżeli jest ona zryczałtowana, stanowi ekonomiczne świadczenie wzajemne za świadczenia szpitalne i niewątpliwie ma cechy wynagrodzenia na rzecz zakładu szpitalnego, który z niego korzysta i jest zaangażowany w działalność o charakterze gospodarczym”. Trybunał Sprawiedliwości dodał również w tym względzie, że nie jest konieczne, aby takie wynagrodzenie było uiszczane przez osobę lub osoby, które korzystają z tej usługi.

⁽¹⁵²⁾ Sprawa C-157/99 B.S.M. Geraets-Smits przeciwko Stichting Ziekenfonds VGZ i H.T.M. Peerbooms przeciwko Stichting CZ Groep Zorgverzekering, ECLI:EU:C:2001:404, pkt 53; sprawy połączone 286/82 i 26/83 Graziana Luisi i Giuseppe Carbone przeciwko Ministero del Tesoro, ECLI:EU:C:1984:35, pkt 16; sprawa C-159/90 The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd przeciwko Stephen Grogan i innym, ECLI:EU:C:1991:378, pkt 18; sprawa C-368/98 Abdon Vanbraekel i inni przeciwko Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), ECLI:EU:C:2001:400, pkt 43; i sprawa T-167/04 Asklepios Kliniken GmbH przeciwko Komisji Wspólnot Europejskich, ECLI:EU:T:2007:215, pkt 49–55.

⁽¹⁵³⁾ Zob. również komunikat Komisji w sprawie stosowania reguł Unii Europejskiej w dziedzinie pomocy państwa w odniesieniu do rekompensaty z tytułu usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym (Dz.U. C 8 z 11.1.2012, s. 4, pkt 24).

- (110) Elementy solidarności leżące u podstaw belgijskiego krajowego systemu opieki zdrowotnej nie podważają charakteru gospodarczego tej działalności szpitalnej. Należy bowiem przypomnieć, że Sąd orzekł, w sprawie krajowego systemu opieki zdrowotnej zarządzanego przez ministerstwa i inne organy i funkcjonującego „zgodnie z zasadą solidarności, ponieważ jest finansowany przez składki na ubezpieczenie społeczne i inne państwowe fundusze oraz świadczy bezpłatne usługi na rzecz osób objętych tym systemem w ramach powszechnego dostępu do świadczeń”, że przedmiotowe organy zarządzające nie działają jako przedsiębiorstwa w ramach prowadzonej przez nie działalności w zakresie zarządzania krajowym systemem opieki zdrowotnej ⁽¹⁵⁴⁾. Komisja uważa jednak, że należy poczynić rozróżnienie między zarządzaniem krajowym systemem opieki zdrowotnej przez podmioty publiczne wdrażające w tym celu prerogatywy organu publicznego i świadczeniem opieki szpitalnej za wynagrodzeniem w środowisku konkurencyjnym (które jest przedmiotem niniejszej sprawy, jak wskazano w motywach 108 i 109).
- (111) W związku z powyższym, jeżeli chodzi o świadczenie usług opieki zdrowotnej, szpitale IRIS należy uznać za przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE.

Usługi społeczne

- (112) Jak wyjaśniono w motywie 38, szpitale IRIS oferują swoim pacjentom w niekorzystnej sytuacji społecznej i ich rodzinie wszystkie usługi społeczne. Usługi te obejmują, w zależności od potrzeb pacjentów, pomoc psychospołeczną, społeczno-administracyjną lub społeczno-materialną. Szczególny charakter tych usług społecznych zakłada, że podmioty upoważnione do ich oferowania dysponują szczególnymi zasobami, takimi jak specjalnie przeszkolony w tym celu personel.
- (113) Nie można zaprzeczyć, że dodatkowa działalność społeczna, którą szpitale IRIS mają rzekomo obowiązek wykonywać, służy wyłącznie realizacji celu społecznego. Jak wynika z orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości, czysto społeczny cel systemu, zgodnie z którym podmiotowi powierza się zadania szczegółowe, nie wystarczy sam w sobie, by zasadniczo wykluczyć gospodarczy charakter wspomnianych zadań ⁽¹⁵⁵⁾.
- (114) W decyzji o wszczęciu postępowania Komisja starała się dowiedzieć, czy dodatkowa działalność społeczna rzekomo prowadzona przez szpitale IRIS stanowi działalność gospodarczą, czy też nie. W odpowiedzi na decyzję Komisji o wszczęciu postępowania władze belgijskie utrzymują, że działalność społeczna nie ma charakteru gospodarczego, ponieważ nie wchodzi w zakres rynku konkurencyjnego. Skarżący utrzymują jednak, że odróżnienie działalności społecznej od działalności szpitalnej, która ma charakter gospodarczy jest niemożliwe. Chociaż Komisja starannie zbadała argumenty władz belgijskich, nie może wykluczyć, że prowadzenie dodatkowej działalności społecznej stanowi działalność gospodarczą. Ponadto, jak wyjaśniono poniżej (zob. motyw 165), Komisja uznaje, że dodatkowej działalności społecznej nie można w rzeczywistości odróżnić od działalności szpitalnej, która ma charakter gospodarczy.
- (115) W celu kontynuowania oceny w dalszej części niniejszej decyzji zakłada się zatem, że świadczenie dodatkowych usług społecznych ma w rzeczywistości charakter gospodarczy.

Powiązane działania

- (116) Jak wskazano w motywie 41, szpitale IRIS uczestniczą również we wszystkich powiązanych działaniach. Komisja zauważa, że nie wydaje się, aby niektóre z tych działań, gdy ocenia się je oddzielnie od głównej działalności szpitali IRIS, miały charakter gospodarczy (na przykład działalność badawcza), podczas gdy w przypadku innych na pierwszy rzut oka wydaje się, że stanowią działalność gospodarczą (na przykład stołówka lub sklep dla pacjentów i odwiedzających). Można jednak twierdzić, że z uwagi na ścisły związek z główną działalnością (gospodarczą) szpitali IRIS, wszystkie wspomniane powiązane działania należy uznać za stanowiące również działalność gospodarczą.

⁽¹⁵⁴⁾ Sprawa T-319/99 Federación Nacional de Empresas de Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental (FENIN) przeciwko Komisji Wspólnot Europejskich, ECLI:EU:T:2003:50, pkt 39. Zob. również sprawa T-137/10, pkt 90 i 91 oraz komunikat Komisji w sprawie stosowania reguł Unii Europejskiej w dziedzinie pomocy państwa w odniesieniu do rekompensaty z tytułu usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym (Dz.U. C 8 z 11.1.2012, s. 4, pkt 22).

⁽¹⁵⁵⁾ W tym względzie zob. sprawa C-355/00 Freskot AE przeciwko Elliniko Dimosio, ECLI:EU:C:2003:298, pkt 53. W tej sprawie Trybunał Sprawiedliwości podkreślił również, że usługi i składki z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego ustalił szczegółowo ustawodawca krajowy.

- (117) W celu kontynuowania oceny w dalszej części niniejszej decyzji zakłada się zatem, że powiązane działania mają rzeczywiście charakter gospodarczy.

7.2.1.2. Korzyść gospodarcza

Ocena ogólna

- (118) Korzyść w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE odpowiada każdej korzyści gospodarczej, której dane przedsiębiorstwo nie uzyskałoby w normalnych warunkach rynkowych, tj. bez interwencji państwa⁽¹⁵⁶⁾. Znaczenie ma wyłącznie wpływ środka na przedsiębiorstwo, a nie przyczyna czy cel interwencji państwa⁽¹⁵⁷⁾. Korzyść występuje zawsze, ilekroć sytuacja finansowa przedsiębiorstwa ulega poprawie w wyniku interwencji państwa.
- (119) W przedmiotowej sprawie należy zauważyć, że różne systemy finansowania publicznego (opisane w sekcji 2.5.1) obejmujące ogólną i dodatkową działalność szpitalną, w tym wyrównanie deficytów, pozwoliły szpitalom IRIS korzystać ze wszystkich środków mających na celu zmniejszenie obciążeń pokrywanych zazwyczaj przez podmioty realizujące działania tego rodzaju. W związku z powyższym, z zastrzeżeniem rozpatrzenia względem zasad z wyroku w sprawie Altmark dokonanego w kolejnych motywach, można uznać, że mechanizm wyrównania deficytów będący przedmiotem niniejszej decyzji przyznaje szpitalom IRIS korzyść gospodarczą, której nie uzyskałyby w normalnych warunkach rynkowych, tj. bez interwencji państwa.

Altmark

- (120) Komisja zauważa, że można uznać, iż finansowanie publiczne szpitali IRIS nie zapewnia im żadnej korzyści, ponieważ polegało ono jedynie na przyznaniu rekompensaty z tytułu usług świadczonych przez te szpitale zgodnie z nałożonymi na nie obowiązkami świadczenia usługi publicznej, o ile spełnione są warunki określone w wyroku w sprawie Altmark.
- (121) W tym wyroku Trybunał Sprawiedliwości uściślił, że wyrównanie, przy użyciu zasobów państwowych, kosztów poniesionych w związku z usługą świadczoną w ogólnym interesie gospodarczym nie stanowi korzyści, o ile spełniono łącznie cztery warunki⁽¹⁵⁸⁾:
- a) na przedsiębiorstwie będącym beneficjentem muszą faktycznie ciążyć obowiązki świadczenia usług publicznych i obowiązki te muszą być jasno zdefiniowane;
 - b) parametry, na których podstawie obliczana jest rekompensata, muszą być wcześniej ustalone w obiektywny i przejrzysty sposób;
 - c) rekompensata nie może przekraczać kwoty niezbędnej do pokrycia całości lub części kosztów poniesionych w ramach wykonywania obowiązków świadczenia usługi publicznej, przy uwzględnieniu związanych z nimi dochodów oraz wystarczającej korzyści z tytułu wypełniania takich obowiązków;
 - d) jeżeli wyboru przedsiębiorstwa, któremu powierza się wykonywanie obowiązków świadczenia usługi publicznej, nie dokonuje się w ramach postępowania o udzielanie zamówienia publicznego, pozwalającego na wybór oferenta zdolnego do świadczenia tych usług po najniższym koszcie dla samorządu, poziom koniecznej rekompensaty należy określić na podstawie analizy kosztów, jakie poniosłoby przeciętne, dobrze zarządzane i odpowiednio wyposażone przedsiębiorstwo w związku z wypełnianiem takich obowiązków.

⁽¹⁵⁶⁾ Sprawa C-39/94 Syndicat français de l'Express international (SFEI) i in. przeciwko La Poste i in., ECLI:EU:C:1996:285, pkt 60 i sprawa C-342/96 Królestwo Hiszpanii przeciwko Komisji Wspólnot Europejskich, ECLI:EU:C:1999:210, pkt 41.

⁽¹⁵⁷⁾ Sprawa 173/73 Republika Włoska przeciwko Komisji Wspólnot Europejskich, ECLI:EU:C:1974:71, pkt 13.

⁽¹⁵⁸⁾ Sprawa C-280/00 Altmark Trans GmbH i Regierungspräsident Magdeburg przeciwko Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH, przy udziale Oberbundesanwalt beim Bundesverwaltungsgericht, ECLI:EU:C:2003:415, pkt 87–95.

- (122) Zasady i uwagi określone w wyroku w sprawie Altmark mają zastosowanie *ex tunc*, tj. stosuje się je również w odniesieniu do stosunków prawnych istniejących przed przedmiotowym wyrokiem⁽¹⁵⁹⁾. W związku z powyższym kryteria oceny przedstawione w wyroku w sprawie Altmark mają pełne zastosowanie do sytuacji faktycznej i prawnej sprawy, nawet w odniesieniu do pomocy przyznanej szpitalom IRIS przed wydaniem wyroku w sprawie Altmark⁽¹⁶⁰⁾.
- (123) Do celów niniejszej decyzji Komisja postanowiła zbadać w pierwszej kolejności czwarte kryterium określone w wyroku w sprawie Altmark (w przypadku którego należy zbadać, czy wyboru przedsiębiorstwa, które świadczy UOIG dokonano w ramach postępowania o udzielanie zamówienia publicznego lub, w przeciwnym razie, czy rekompensatę wypłaconą z tytułu tej UOIG ustalono na podstawie analizy kosztów poniesionych przez przeciętne i dobrze zarządzane przedsiębiorstwo). Komisja stwierdza, że w zakresie obowiązków świadczenia usługi publicznej powierzonych przez władze belgijskie szpitale IRIS nie zostały wybrane w ramach postępowania o udzielanie zamówienia publicznego. Można zatem stwierdzić, że w przedmiotowej sprawie spełniono pierwszą część przedmiotowego kryterium.
- (124) Jeżeli chodzi o drugą część badanego kryterium, Komisja przede wszystkim zauważa, że władze belgijskie nie twierdziły, że szpitale IRIS stanowią w tym względzie efektywne przedsiębiorstwa. Komisja stwierdza następnie, że informacje przedstawione zarówno przez władze belgijskie, jak i przez skarżących nie wystarczą, aby stwierdzić, że mechanizmy wyrównania z tytułu obowiązków świadczenia usługi publicznej powierzonych szpitalom IRIS spełniają kryterium efektywnego operatora w rozumieniu czwartego kryterium określonego w wyroku w sprawie Altmark. Nic nie wskazuje, że wypłacona rekompensata opiera się na analizie kosztów przeciętne przedsiębiorstwa posiadającego cechy, których wymaga właściwe orzecznictwo jurysdykcji Unii. Nie ma ponadto wystarczających informacji mogących wykazać, że same szpitale IRIS można uznać za przeciętne, dobrze zarządzane i odpowiednio wyposażone przedsiębiorstwa. Nie wydaje się, aby uwzględniono, do celów ustalenia przyznanej rekompensaty, względy związane z prawidłowym zarządzaniem lub odpowiednim wyposażeniem. Ponadto, należy wskazać, że mechanizm wyrównania pokrywający deficyt szpitali IRIS wynikający ze świadczenia UOIG i realizowania powiązanych działań, nie uwzględniając skuteczności, z jaką zarządza się tymi szpitalami, nie spełnia czwartego kryterium określonego w wyroku w sprawie Altmark.
- (125) W związku z tym Komisja uważa, że czwarte kryterium określonego w wyroku w sprawie Altmark nie zostało w przedmiotowej sprawie spełnione. Ponieważ warunki określone w wyroku w sprawie Altmark mają charakter łączny, brak spełnienia jednego z czterech warunków prowadzi niewątpliwie do wniosku, że mechanizm wyrównania deficytów badany w niniejszej decyzji przyznaje korzyść gospodarczą w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE.

7.2.1.3. Selektywność

- (126) Aby środek pomocy państwa został objęty zakresem stosowania art. 107 ust. 1 TFUE, musi sprzyjać „niektórym przedsiębiorstwom lub produkcji niektórych towarów”. W związku z powyższym jedynie środki, które sprzyjają przedsiębiorstwom, przynajmniej im korzyść w sposób selektywny, wchodzą w zakres pojęcia pomocy.
- (127) Komisja zauważa, że należy uznać, iż mechanizm rekompensaty wdrożony w celu pokrycia deficytów szpitali publicznych w Brukseli (zob. motyw 44), ale nie deficytów szpitali prywatnych, ma charakter selektywny, ponieważ wyklucza szpitale prywatne i wszystkich pozostałych świadczeniodawców opieki zdrowotnej oraz podmioty należące do innych sektorów działalności.

⁽¹⁵⁹⁾ Sprawa T-289/03 British United Provident Association Ltd (BUPA), BUPA Insurance Ltd i BUPA Ireland Ltd przeciwko Komisji Wspólnot Europejskich, ECLI:EU:T:2008:29, pkt 159. Trybunał Sprawiedliwości orzekł, że „... wykładnia przepisu prawa wspólnotowego, jakiej dokonuje Trybunał, ogranicza się jedynie do wyjaśnienia oraz sprecyzowania znaczenia i zakresu tego przepisu, tak jak powinien być on być pojmowany i stosowany od momentu jego wejścia w życie. Stąd tak interpretowany przepis może i powinien być stosowany nawet wobec stosunków prawnych powstałych przed wydaniem rozpatrywanego wyroku i jedynie w drodze wyjątku Trybunał może, w oparciu o wynikającą z systemu prawa wspólnotowego ogólną zasadę pewności prawa, skłonić się do ograniczenia wobec wszystkich zainteresowanych możliwości powołania się na przepis, który był przedmiotem jego wykładni, w celu podważenia stosunków prawnych nawiązanych w dobrej wierze”.

⁽¹⁶⁰⁾ Sprawa C-209/03 The Queen, na wniosek Dany Bidar przeciwko London Borough of Ealing oraz Secretary of State for Education and Skills, ECLI:EU:C:2005:169, pkt 66 i 67 i sprawa C-292/04 Wienand Meilicke, Heidi Christa Weyde i Marina Stöffler przeciwko Finanzamt Bonn-Innenstadt, ECLI:EU:C:2007:132, pkt 34–36.

7.2.2. Zasoby państwowe

- (128) Aby środek stanowił pomoc państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE, pomoc musi być przyznana przez państwo lub przy użyciu zasobów państwowych. Zasoby państwowe obejmują wszystkie zasoby sektora publicznego⁽¹⁶¹⁾, w tym zasoby podmiotów wewnątrzpaństwowych (zdecentralizowanych, należących do federacji, regionalnych lub innych)⁽¹⁶²⁾.
- (129) W niniejszej sprawie wyrównania deficytów, które szpitale IRIS otrzymują od swoich odpowiednich gmin w celu świadczenia UOIG i realizacji działań powiązanych, pochodzą z zasobów państwowych i można przypisać je państwu.

7.2.3. Zakłócenie konkurencji oraz wpływ na wymianę handlową

- (130) Pomoc publiczna na rzecz przedsiębiorstw stanowi pomoc państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE tylko, jeżeli „zakłóca konkurencję lub grozi jej zakłóceniem” i to wyłącznie w zakresie, w jakim „wpływa na wymianę handlową między państwami członkowskimi”.

7.2.3.1. Zakłócenie konkurencji

- (131) Uznaje się, że środek pomocy przyznany przez państwo zakłóca konkurencję lub grozi jej zakłóceniem, jeżeli może on powodować poprawę pozycji konkurencyjnej beneficjenta w stosunku do przedsiębiorstw, z którymi beneficjent konkuruje⁽¹⁶³⁾. W praktyce przyjmuje się, że do zakłócenia konkurencji dochodzi, gdy państwo przyznaje korzyść finansową na rzecz przedsiębiorstwa w sektorze zliberalizowanym, w którym istnieje lub mogłaby istnieć konkurencja.
- (132) Mając na uwadze fakt, że między szpitalami publicznymi, szpitalami prywatnymi i innymi placówkami opieki zdrowotnej istnieje pewien stopień konkurencji, finansowanie publiczne, które przyznaje się na rzecz niektórych placówek opieki zdrowotnej (w tym szpitali IRIS) do celów sfinansowania prowadzonej przez nie działalności szpitalnej, może zakłócać konkurencję. Podobnie jest w przypadku dodatkowej działalności społecznej prowadzonej przez szpitale IRIS.

7.2.3.2. Wpływ na wymianę handlową między państwami członkowskimi

Zasady ogólne

- (133) Sądy europejskie stwierdziły, że „w przypadku gdy pomoc przyznana przez państwo członkowskie poprawia pozycję przedsiębiorstwa w stosunku do innych przedsiębiorstw konkurujących z nim w ramach [wewnętrznej] wymiany handlowej, należy uznać, że pomoc wpływa na tę wymianę handlową”⁽¹⁶⁴⁾.
- (134) Można uznać, że pomoc publiczna może wpływać na wewnątrzunijną wymianę handlową, nawet jeżeli beneficjenci nie uczestniczą bezpośrednio w transgranicznej wymianie handlowej. Przykładowo, dotacja może utrudnić podmiotom gospodarczym z innych państw członkowskich wejście na rynek z jednoczesnym utrzymaniem lub zwiększeniem lokalnej podaży⁽¹⁶⁵⁾ lub korzystanie przez nie ze swobody przedsiębiorczości.
- (135) Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Komisja nie ma obowiązku dokonania analizy ekonomicznej rzeczywistej sytuacji na danym rynku, udziału w rynku przedsiębiorstw będących beneficjentami pomocy, stanowiska przedsiębiorstw konkurencyjnych ani wymiany handlowej między państwami członkowskimi⁽¹⁶⁶⁾. W przypadku pomocy państwa przyznanej niezgodnie z prawem Komisja nie jest zobowiązana do wykazania faktycznego wpływu takiej pomocy na konkurencję i wymianę handlową.

⁽¹⁶¹⁾ Sprawa T-358/94 *Compagnie nationale Air France* przeciwko Komisji Wspólnot Europejskich, ECLI:EU:T:1996:194, pkt 56.

⁽¹⁶²⁾ Sprawa 248/84 *Republika Federalna Niemiec* przeciwko Komisji Wspólnot Europejskich, ECLI:EU:C:1987:437, pkt 17 i sprawy połączone T-92/00 i T-103/00 *Territorio Histórico de Álava – Diputación Foral de Álava*, EU:T:2002:61, Ramondín, SA i Ramondín Cápsulas, SA (T-103/00) przeciwko Komisji Wspólnot Europejskich, EU:T:2002:61, pkt 57.

⁽¹⁶³⁾ Sprawa 730/79 *Philip Morris Holland BV* przeciwko Komisji Wspólnot Europejskich, ECLI:EU:C:1980:209, pkt 11 oraz sprawy połączone T-298/97, T-312/97, T-313/97, T-315/97, T-600/97 do 607/97, T-1/98, T-3/98 do T-6/98 oraz T-23/98 *Alzetta Mauro* i in. przeciwko Komisji Wspólnot Europejskich, ECLI:EU:T:2000:151, pkt 80.

⁽¹⁶⁴⁾ Sprawa T-288/97 *Regione autonoma Friuli Venezia Giulia* przeciwko Komisji, ECLI:EU:1999:125, pkt 41.

⁽¹⁶⁵⁾ Zob. na przykład sprawa C-280/00 *Altmark Trans* i *Regierungspräsidium Magdeburg*, ECLI:EU:C:2003:415, pkt 78; sprawy połączone C-197/11 i C-203/11 *Libert* i in., ECLI:EU:C:2013:288, pkt 78; oraz sprawa C-518/13 *Eventech*, ECLI:EU:C:2015:9, pkt 67.

⁽¹⁶⁶⁾ Sprawa C-279/08 *P* Komisja przeciwko Niderlandom, ECLI:EU:C:2011:551, pkt 131.

- (136) Wpływ na wewnątrzunijną wymianę handlową nie może być jednak czysto hipotetyczny lub domniemany. Należy wykazać, dlaczego środek zakłóca konkurencję lub grozi jej zakłóceniem i może wpływać na wymianę handlową między państwami członkowskimi, na podstawie przewidywanych skutków środka ⁽¹⁶⁷⁾.
- (137) W tym względzie Komisja stwierdziła w wielu sprawach ⁽¹⁶⁸⁾, że niektóre rodzaje działalności mają wymiar czysto lokalny i nie powodują takich skutków. Wydaje się, że należy sprawdzić w szczególności, czy beneficjent dostarcza towary lub świadczy usługi na ograniczonym obszarze w państwie członkowskim i nie jest w stanie przyciągać klientów z innych państw członkowskich, a także czy można przewidywać, że środek będzie wpływać jedynie w marginalnym stopniu na warunki inwestycji transgranicznych lub transgranicznej działalności gospodarczej.

Ocena

- (138) Zgodnie z zasadami przywołanymi powyżej Komisja podkreśla, że wpływ na wymianę handlową można ustalić w odniesieniu do różnych czynników, przede wszystkim po stronie „klienta” (związanej z terytorium, na którym dostarcza się towary i świadczy usługi, oraz z terytorium, z którego pochodzą klienci) oraz po stronie „dostawcy” (w tym należy ustalić, czy środek tworzy przeszkody dla inwestycji transgranicznych i dla prowadzenia transgranicznej działalności gospodarczej wobec usługodawców stanowiących faktyczną lub możliwą konkurencję). Aby stwierdzić, czy środek wpływa na wymianę handlową między państwami członkowskimi, wystarczy wykazać istnienie wpływu na wymianę handlową, który wynika z co najmniej jednego z tych czynników.
- (139) Jeżeli chodzi o wpływ środków po stronie „klienta”, Komisja zauważa w niniejszej sprawie, że sektor opieki zdrowotnej ogólnie i opieka zdrowotna świadczona w środowisku szpitalnym w szczególności są przedmiotem wymiany handlowej wewnątrz Unii. Komisja zauważa również, że mobilność transgraniczna pacjentów wzrasta. Wprawdzie opieka zdrowotna nadal należy do kompetencji państw członkowskich, a mobilność pacjentów stanowi przedmiot ścisłych przepisów regulujących interwencje krajowych systemów zabezpieczenia społecznego. W praktyce opieka szpitalna jest bowiem świadczona zwykle w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta, w znanym mu środowisku kulturowym, które umożliwia mu nawiązanie z leczącymi go lekarzami relacji opartej na zaufaniu. Przejazdy transgraniczne mają miejsce w szczególności w przypadku regionów przygranicznych lub gdy pacjenci chcą skorzystać z wysoce specjalistycznego leczenia w związku ze szczególnym problemem zdrowotnym.
- (140) W niniejszej sprawie Komisja uważa, że przedmiotowe środki mogą wpływać na wymianę handlową między państwami członkowskimi. W szczególności szczególny charakter tej sprawy odróżnia ją od innych spraw, w przypadku których uznano, że pomoc publiczna na rzecz szpitali nie wpływała na wymianę handlową między państwami członkowskimi ⁽¹⁶⁹⁾. Wyciągając taki wniosek, Komisja opiera się w szczególności na łącznym występowaniu następujących elementów:
- a) wśród szpitali IRIS znajdują się szpitale wysoce specjalistyczne o międzynarodowej renomie. Dziecięcy szpital uniwersytecki Reine Fabiola oraz szpital Institut Bordet, specjalizujące się odpowiednio w pediatrii i w leczeniu nowotworów, a także szpitale uniwersyteckie CHU Saint-Pierre i CHU Brugmann, oferują szeroki zakres wysoce specjalistycznych usług i cieszą się międzynarodową renomą. Szpitale o takiej renomie mogą przyciągać pacjentów z zagranicy, w szczególności z innych państw członkowskich, niezależnie od tego, że zadaniem szpitali IRIS jest świadczenie społecznej opieki zdrowotnej na rzecz brukselskiej społeczności lokalnej (zob. sekcja 7.3.4.1);

⁽¹⁶⁷⁾ Zob. sprawy połączone T-447/93, T-448/93 i T-449/93 AITEC i in. przeciwko Komisji, ECLI:EU:T:1995:130, pkt 141.

⁽¹⁶⁸⁾ Zob. na przykład decyzje Komisji w sprawie pomocy państwa N 258/2000 Piscine Dorsten (Dz.U. C 172 z 16.6.2001, s. 16); Commission Decision 2004/114/EC of 29 October 2003 on measures in favour of non-profit harbours for recreational crafts, the Netherlands, (Dz.U. L 34 z 6.2.2004, s. 63); N 458/2004, Editorial Andaluza Holding (Dz.U. C 131 z 28.5.2005, s. 12); SA.33243, Jornal de Madeira (Dz.U. C 131 z 28.5.2005, s. 12); SA.34576, Portugalia – Ośrodek opieki stałej Jean Piaget w Nordeste (Dz.U. C 73 z 13.3.2013, s. 1); N 543/2001, Irlandia – Amortyzacja podatkowa dla szpitali (Dz.U. C 154 z 28.6.2002, s. 4); SA.37432, Finansowanie szpitali publicznych w kraju hradeckim (Dz.U. C 203 z 19.6.2015, s. 1); SA.37904, Domniemana pomoc państwa na rzecz ośrodka medycznego w Durmersheim (Dz.U. C 188 z 5.6.2015, s. 1); SA.33149, Städtische Projektgesellschaft „Wirtschaftsbüro Gaarden-Kiel” (Dz.U. C 188 z 5.6.2015, s. 1); SA.38035, Domniemana pomoc na rzecz kliniki rehabilitacyjnej specjalizującej się w ortopedii i chirurgii urazowej (Dz.U. C 188 z 5.6.2015, s. 1); SA.39403, Niderlandy – Pomoc inwestycyjna na rzecz portu w Lauwersoog (Dz.U. C 259 z 7.8.2015, s. 1); SA.37963 Zjednoczone Królestwo – Glenmore Lodge (Dz.U. C 277 z 21.8.2015, s. 1); oraz SA. 38208 Zjednoczone Królestwo – Kluby golfowe będące w posiadaniu ich członków (Dz.U. C 277 z 21.8.2015, s. 1).

⁽¹⁶⁹⁾ Zob. N 543/2001, Irlandia – Amortyzacja podatkowa dla szpitali (Dz.U. C 154 z 28.6.2002, s. 4); SA.37432, Finansowanie szpitali publicznych w kraju hradeckim (Dz.U. C 203 z 19.6.2015, s. 1); SA.38035, Domniemana pomoc na rzecz kliniki rehabilitacyjnej specjalizującej się w ortopedii i chirurgii urazowej (Dz.U. C 188 z 5.6.2015, s. 1).

- b) brukselskie szpitale IRIS znajdują się stosunkowo blisko dużych miast we Francji, w Niderlandach i w Niemczech. Przykładowo, miasta Aix-la-Chapelle, Lille, Eindhoven i Rotterdam są oddalone od nich o mniej niż 150 kilometrów. Co więcej, Bruksela jest połączona z dużymi miastami europejskimi, takimi jak Paryż, Londyn, Amsterdam i Kolonia, połączeniami kolejowym dużych prędkości, które pozwalają na przyjazd do tych miejsc w maksymalnie dwie godziny. Ponadto Bruksela posiada międzynarodowy port lotniczy, który oferuje połączenia do wszystkich dużych ośrodków europejskich i światowych. Dzięki położeniu geograficznemu Brukseli i licznym połączeniom, z których miasto to korzysta, zagraniczni pacjenci przyciągnięci przez szpitale IRIS mogą do nich łatwo dotrzeć, zwłaszcza jeżeli mieszkają blisko granicy z Belgią lub w jednym z miast posiadających połączenie kolejowe dużej prędkości z Brukselą;
- c) Region Stołeczny Brukseli i szpitale IRIS są zasadniczo wielojęzyczne. Język francuski i język niderlandzki są językami urzędowymi, a szpitale IRIS mają obowiązek świadczyć usługi w obu tych językach. Z tego względu szpitale te są szczególnie atrakcyjne dla obywateli francuskich i niderlandzkich. Ponadto język angielski jest bardzo rozpowszechniony w Regionie Stołecznym Brukseli, co ułatwia dostęp dla pacjentów pochodzących z bardzo różnych środowisk;
- d) Region Stołeczny Brukseli przyjmuje znaczną liczbę obywateli innych państw członkowskich. Wśród 321 miast europejskich objętych „audytem miejskim” Eurostatu Bruksela posiada drugi najwyższy odsetek mieszkańców będących cudzoziemcami (33,8 % w 2012 r.) oraz drugi najwyższy odsetek mieszkańców będących cudzoziemcami pochodzącymi z innych państw członkowskich Unii (20,3 % w 2012 r.)⁽¹⁷⁰⁾. Mieszkańcy innych państw członkowskich często mogą wybierać miejsce, w którym chcą otrzymywać usługi medyczne i które zazwyczaj znajduje się bądź w ich kraju pochodzenia, bądź w ich kraju zamieszkania.
- (141) Jeżeli chodzi o dodatkową działalność społeczną szpitali IRIS, Komisja zauważa, że ponieważ nie można wykluczyć, że prowadzenie takiej działalności stanowi działalność gospodarczą, oraz ze względu na fakt, że istnieją ścisłe powiązania między tą działalnością a ogólną działalnością szpitalną szpitali IRIS, przedstawiona powyżej argumentacja może mieć zastosowanie również w tym względzie. Biorąc pod uwagę rozważania przedstawione poniżej (zob. sekcja 7.3) Komisja uważa jednak, że nawet jeżeli finansowanie publiczne dodatkowych usług społecznych wpływałoby na wymianę handlową między państwami członkowskimi, finansowanie publiczne z korzyścią dla tej działalności stanowiłoby pomoc państwa zgodną z rynkiem wewnętrznym. Ze względów związanych z ekonomią procesową ostatecznie nie jest zatem konieczne określenie, czy finansowanie publiczne dodatkowej działalności społecznej wpływa na wymianę handlową między państwami członkowskimi.
- (142) Te same stwierdzenia mają zastosowanie do powiązanych działań szpitali IRIS (zob. motywy 41, 116 i 117). Zdaniem Komisji, jeżeli finansowanie publiczne (w stosownych przypadkach) większości powiązanych działań szpitali IRIS (takich jak prowadzenie żłobka dla dzieci pracowników, wynajem pokoi, prowadzenie małego sklepu dla pacjentów i odwiedzających, prowadzenie stołówki i parkingu, wypożyczanie telewizorów pacjentom) stanowiłoby przedmiot oddzielnej oceny, można byłoby twierdzić, że finansowanie to nie ma żadnego wpływu na wymianę handlową między państwami członkowskimi. Ponieważ istnieje jednak ścisły związek między działaniami powiązanimi a główną działalnością szpitali IRIS, można przypuszczać, że finansowanie publiczne (w stosownych przypadkach) tych działań powiązanych wpływa również na wymianę handlową między państwami członkowskimi. W każdym przypadku, skoro finansowanie publiczne z korzyścią dla działań powiązanych stanowiłoby pomoc państwa zgodną z rynkiem wewnętrznym (zob. sekcja 7.3), Komisja uważa, że nie jest konieczne, aby wypowiedziała się ona ostatecznie w tej kwestii.
- (143) W celu kontynuacji procesu oceny w dalszej części niniejszej decyzji oparto się na założeniu, że finansowanie publiczne dodatkowej działalności społecznej i działań powiązanych może wpływać na wymianę handlową między państwami członkowskimi.
- (144) Stwierdziwszy zatem, że środki, których dotyczy niniejsze postępowanie mogą wpływać na wymianę handlową między państwami członkowskim pod co najmniej jednym względem (po stronie „klienta”), Komisja uznaje, że nie jest konieczne określenie, czy mogą one wpływać na wymianę handlową między państwami członkowskimi również w zakresie inwestycji transgranicznych i swobody przedsiębiorczości (zob. motyw 138).

7.2.4. Wniosek

- (145) Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, Komisja uważa, że w zakresie środków objętych niniejszym badaniem spełniono łączne warunki istnienia pomocy państwa i w związku z tym środki te stanowią pomoc państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE.

⁽¹⁷⁰⁾ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Statistics_on_European_cities/fr, dostęp w dniu 8 lipca 2015 r.

7.3. Zgodność z rynkiem wewnętrznym

7.3.1. Podstawa prawna

7.3.1.1. Zasady ogólne

(146) Biorąc pod uwagę że wyrównanie deficytów stosowane wobec szpitali IRIS stanowi pomoc państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE, należy ocenić jego zgodność z rynkiem wewnętrznym. Przesłanki, na podstawie których środek pomocy państwa można lub należy uznać za zgodny z rynkiem wewnętrznym, są wyszczególnione w art. 106 ust. 2 i art. 107 ust. 2 i 3 TFUE.

(147) Ponieważ władze belgijskie konsekwentnie potwierdzały, że finansowanie publiczne szpitali IRIS stanowi rekompensatę z tytułu świadczenia UOIG, zgodność wyrównania deficytu z rynkiem wewnętrznym należy ocenić przede wszystkim w świetle art. 106 ust. 2 TFUE. Artykuł ten stanowi, że:

„przedsiębiorstwa zobowiązane do zarządzania usługami świadczonymi w ogólnym interesie gospodarczym lub mające charakter monopolu skarbowego podlegają normom Traktatów, zwłaszcza regułom konkurencji, w granicach, w jakich ich stosowanie nie stanowi prawnej lub faktycznej przeszkody w wykonywaniu poszczególnych zadań im powierzonych. Rozwój handlu nie może być naruszony w sposób pozostający w sprzeczności z interesem Unii”.

7.3.1.2. Stosowanie art. 106 ust. 2 TFUE w czasie – uwagi wstępne

(148) Komisja ustaliła szczegółowe warunki stosowania przez nią art. 106 ust. 2 TFUE w szeregu instrumentów prawnych, a w ostatnim czasie m.in. w zasadach ramowych UOIG z 2012 r. ⁽¹⁷¹⁾ i w decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. ⁽¹⁷²⁾ (łącznie zwanych dalej „pakietem UOIG z 2012 r.”); wcześniej Komisja opublikowała i stosowała ramy UOIG z 2005 r. ⁽¹⁷³⁾ i decyzję w sprawie UOIG z 2005 r. ⁽¹⁷⁴⁾. Wszelkie środki pomocy spełniające kryteria przedstawione w decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. uznaje się za zgodne z rynkiem wewnętrznym i nie ma obowiązku ich zgłaszania. Środki pomocy, które nie wchodzą w zakres stosowania decyzji w sprawie UOIG z 2012 r., ponieważ nie spełniają wszystkich kryteriów określonych w tej decyzji, należy podać ocenie zgodnie z zasadami ramowymi UOIG z 2012 r. po ich uprzednim zgłoszeniu.

(149) W niniejszym przypadku wyrównanie deficytów szpitali IRIS, które jest przedmiotem badania, rozpoczęło się w 1996 r., a więc przed wejściem w życie decyzji i zasad ramowych UOIG z 2012 r. W pakiecie UOIG z 2012 r. ustalono jednak – w art. 10 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. i w pkt 69 zasad ramowych UOIG z 2012 r. – zasady dotyczące jego stosowania również w odniesieniu do pomocy przyznanej przed wejściem pakietu w życie, które miało miejsce w dniu 31 stycznia 2012 r. W szczególności w art. 10 lit. b) decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. przewidziano, że

„wszelka pomoc udzielona przed wejściem w życie niniejszej decyzji [tj. przed dniem 31 stycznia 2012 r.], która nie była zgodna z rynkiem wewnętrznym ani zwolniona z wymogu zgłoszenia zgodnie z decyzją 2005/842/WE, lecz spełnia warunki określone w niniejszej decyzji, jest zgodna z rynkiem wewnętrznym i zwolniona z wymogu uprzedniego zgłoszenia”.

Jeżeli chodzi o zasady ramowe UOIG z 2012 r., w pkt 68 i 69 tych zasad wyjaśniono, że Komisja będzie stosować zasady określone w tych ramach do wszystkich zgłoszonych jej projektów pomocy, niezależnie od tego, czy ich zgłoszenie miało miejsce przed rozpoczęciem stosowania tych zasad ramowych, czy po rozpoczęciu ich stosowania, które nastąpiło dnia 31 stycznia 2012 r., a także do wszelkiej pomocy niezgodnej z prawem, w sprawie której podejmie decyzję po dniu 31 stycznia 2012 r., nawet jeżeli odnośna pomoc została przyznana przed dniem 31 stycznia 2012 r.

(150) W związku z tym zasady dotyczące stosowania decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. i zasad ramowych UOIG z 2012 r., które opisano powyżej, wskazują na to, że finansowanie publiczne na rzecz szpitali IRIS przyznawane od 1996 r. może być ocenione na podstawie pakietu UOIG z 2012 r. Jeżeli mechanizm wyrównania deficytów spełnia warunki określone w decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. lub w zasadach ramowych UOIG z 2012 r., jest on zgodny z rynkiem wewnętrznym w odniesieniu do od całego okresu począwszy od 1996 r.

⁽¹⁷¹⁾ Komunikat Komisji – Zasady ramowe Unii Europejskiej dotyczące pomocy państwa w formie rekompensaty z tytułu świadczenia usług publicznych (Dz.U. C 8 z 11.1.2012, s. 15).

⁽¹⁷²⁾ Decyzja Komisji 2012/21/UE z dnia 20 grudnia 2011 r. w sprawie stosowania art. 106 ust. 2 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy państwa w formie rekompensaty z tytułu świadczenia usług publicznych, przyznawanej przedsiębiorstwom zobowiązanym do wykonywania usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym (Dz.U. L 7 z 11.1.2012, s. 3).

⁽¹⁷³⁾ Wspólnotowe ramy dotyczące pomocy państwa w formie rekompensaty z tytułu świadczenia usług publicznych (Dz.U. C 297 z 29.11.2005, s. 4).

⁽¹⁷⁴⁾ Zob. przypis 13.

- (151) Ponadto należy zwrócić uwagę na przepis przejściowy zawarty w art. 10 lit. a) decyzji w sprawie UOIG z 2012 r., zgodnie z którym programy pomocy wprowadzone przed wejściem w życie tej decyzji (tj. przed dniem 31 stycznia 2012 r.), które były zgodne z rynkiem wewnętrznym i zwolnione z wymogu zgłoszenia zgodnie z decyzją 2005/842/WE, są nadal zgodne z rynkiem wewnętrznym i zwolnione z wymogu zgłoszenia na kolejny okres dwóch lat (tj. do dnia 30 stycznia 2014 r. włącznie). Oznacza to, że pomoc, którą przyznano w ramach odnośnego programu w okresie od wejścia w życie decyzji w sprawie UOIG z 2005 r., w dniu 19 grudnia 2005 r., do wejścia w życie decyzji w sprawie UOIG z 2012 r., w dniu 31 stycznia 2012 r., zostanie uznana za zgodną z rynkiem wewnętrznym, ale tylko od dnia, w którym ją przyznano, do dnia 30 stycznia 2014 r. włącznie. W każdym razie, w przypadku pomocy przyznanej od dnia 31 stycznia 2012 r., przepis przejściowy zawarty w art. 10 lit. a) decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. nie ma zastosowania, a oceny zgodności należy dokonywać na podstawie decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.
- (152) W związku z powyższym Komisja ocenia przede wszystkim, czy finansowanie publiczne będące przedmiotem niniejszej decyzji, przyznane szpitalom IRIS od 1996 r. spełnia warunki wymienione w decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. Dopiero w przeciwnym przypadku Komisja oceni to finansowanie na podstawie decyzji w sprawie UOIG z 2005 r. (w odniesieniu do pomocy, którą przyznano od dnia 19 grudnia 2005 r. do dnia 31 stycznia 2012 r.) i zasad ramowych UOIG z 2012 r.

7.3.2. Zastosowanie art. 106 ust. 2 TFUE – faktyczna UOIG

- (153) Artykuł 106 ust. 2 TFUE i oparta na nim decyzja w sprawie UOIG z 2012 r. mają zastosowanie wyłącznie do rekompensat wypłaconych przedsiębiorstwu, któremu powierzono wykonywanie „usługi faktycznie świadczonej w ogólnym interesie gospodarczym”⁽¹⁷⁵⁾. Trybunał Sprawiedliwości ustalił, że UOIG są usługami posiadającymi szczególnie cechy charakterystyczne w porównaniu z innymi rodzajami działalności gospodarczej⁽¹⁷⁶⁾. Ustalono ponadto, że wobec braku szczególnych uregulowań określających na szczeblu unijnym kryteria do celów stwierdzenia istnienia UOIG, państwa członkowskie dysponują szeroką swobodą uznania w zakresie określania, co uważają za UOIG i w zakresie przyznawania rekompensaty usługodawcy świadczącemu tę usługę⁽¹⁷⁷⁾. Kompetencje Komisji w tym zakresie ograniczają się do sprawdzenia, czy państwo członkowskie nie popełniło oczywistego błędu, uznając usługę za UOIG.
- (154) Komisja uznaje, że wszystkie rodzaje działalności gospodarczej szpitali IRIS finansowane ze środków publicznych (tj. spektrum zadań społecznych i szpitalnych wykonywanych przez te szpitale) stanowią usługi faktycznie świadczone w ogólnym interesie gospodarczym, jak utrzymują władze belgijskie, lub odnoszące się do nich działania powiązane. W szczególności wszystkie przedmiotowe usługi medyczne i społeczne w niniejszej sprawie posiadają szczególnie cechy w porównaniu z cechami pozostałych rodzajów działalności gospodarczej, tj. zasadniczo ich znaczenie dla dobrobytu medycznego i socjalnego społeczeństwa. W związku z powyższym władze belgijskie nie popełniły oczywistego błędu w ocenie, uznając te usługi za UOIG.
- (155) Jeżeli chodzi o działania powiązane wyszczególnione w motywie 41, Komisja zauważa, że działanie można uznać za powiązane z UOIG, jeżeli jest bezpośrednio połączone ze świadczeniem tej UOIG i konieczne do jej świadczenia lub jest z nim nieodłącznie związane. W tym ostatnim przypadku przedmiotowe działania pochłaniają takie same nakłady jak ta UOIG, na przykład materiały, sprzęt, siłę roboczą, środki trwałe. Działania powiązane muszą również pozostać ograniczone w swoim zakresie. Komisja uważa, że wszystkie działania opisane w motywie 41 można uznać za powiązane z główną działalnością szpitali IRIS w zakresie UOIG. Działania uznawane za powiązane 1) są bezpośrednio połączone z wykonywaniem przez szpitale IRIS działalności w zakresie UOIG i konieczne do jej świadczenia, ponieważ stanowią działania, które nowoczesny szpital ma realizować oprócz świadczenia usług medycznych i społecznych lub 2) są z nią nieodłącznie związane, ponieważ korzystają z infrastruktury szpitali (tj. budynków i terenów). Uwzględniając niewielką część, jaką stanowią działania powiązane w całkowitych przychodach szpitali IRIS (średnio poniżej 2 %), Komisja jest również zdania, że wszystkie działania powiązane pozostają bardzo ograniczone w swoim zasięgu.

⁽¹⁷⁵⁾ Zob. motyw 8 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

⁽¹⁷⁶⁾ Sprawa C-179/90 *Merci convenzionali porto di Genova*, ECLI:EU:C:1991:464, pkt 27; sprawa C-242/95 *GT-Link A/S*, ECLI:EU:C:1997:376, pkt 53; i sprawa C-266/96 *Corsica Ferries France SA*, ECLI:EU:C:1997:376, ECLI:EU:C:1998:306, pkt 45.

⁽¹⁷⁷⁾ Sprawa T-289/03 *BUPA* i in. przeciwko Komisji, ECLI:EU:T:2008:29, pkt 166–169 i 172; sprawa T-17/02 *Fred Olsen*, ECLI:EU:T:2005:218, pkt 216.

7.3.3. Zastosowanie decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

- (156) Komisja uważa ponadto, że przyznanie szpitalom IRIS środków publicznych na świadczenie UOIG wchodzi w zakres przedmiotowy decyzji w sprawie UOIG z 2012 r., jak stanowi jej art. 2. Jak uściślono w art. 2 ust. 1 lit. b) i c) decyzji w sprawie UOIG z 2012 r., ma ona zastosowanie do pomocy państwa przyznanej w formie rekompensat za świadczenie UOIG dla szpitali, które świadczą opiekę medyczną (co obejmuje wykonywanie działań powiązanych bezpośrednio z główną działalnością, zwłaszcza, ale nie wyłącznie, w zakresie badań naukowych) i dla przedsiębiorstw, które realizują UOIG zaspokajające potrzeby społeczne w zakresie, między innymi, opieki zdrowotnej i włączenia społecznego słabszych grup społecznych. Biorąc pod uwagę, że wszystkie UOIG i działania powiązane finansowane ze środków publicznych realizowane przez szpitale IRIS można włączyć do tych kategorii działalności, Komisja stwierdza, że mechanizm wyrównania deficytów badany w niniejszej sprawie wchodzi w zakres przedmiotowy decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. W związku z powyższymi kosztami wynikające ze wszystkich rodzajów działalności szpitali IRIS (UOIG i działania powiązane) można pokrywać z rekompensat przyznanych zgodnie z decyzją w sprawie UOIG z 2012 r.

7.3.4. Akt powierzenia

- (157) Zgodnie z pierwszym warunkiem zasadniczej zgodności zapisanym w decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. powierzenie przedsiębiorstwu wykonywania UOIG następuje poprzez jeden akt lub kilka aktów, których forma może zostać określona przez każde państwo członkowskie⁽¹⁷⁸⁾. Akt lub akty powinny jasno określać:
- treść i czas trwania zobowiązań z tytułu świadczenia usług publicznych⁽¹⁷⁹⁾,
 - nazwę przedsiębiorstwa, na które nałożono te zobowiązania, oraz w stosownych przypadkach odpowiednie terytorium⁽¹⁸⁰⁾,
 - rodzaj wszystkich wyłącznych lub specjalnych praw przyznanych przedsiębiorstwu przez organ powierzący⁽¹⁸¹⁾,
 - opis mechanizmu rekompensaty oraz wskaźniki służące do obliczania, kontrolowania i przeglądu wysokości rekompensaty⁽¹⁸²⁾,
 - ustalenia na temat unikania i odzyskiwania nadwyżek rekompensaty⁽¹⁸³⁾.
- (158) Ponadto decyzja w sprawie UOIG z 2012 r. nakazuje, by akt powierzenia zawierał odniesienie do tej decyzji⁽¹⁸⁴⁾.

7.3.4.1. Charakter obowiązków świadczenia usługi publicznej nałożonych na szpitale IRIS oraz obciążenia z nimi związane

- (159) W wyroku stwierdzającym nieważność z dnia 7 listopada 2012 r. Sąd sformułował uwagę wstępną, zgodnie z którą „w sytuacji gdy różne wymogi ciążyą na jednostkach publicznych i prywatnych zobowiązanych do świadczenia tej samej usługi publicznej, co zakłada różny poziom kosztów i rekompensaty, różnice te muszą wynikać jasno z ich upoważnienia do świadczenia danej usługi, zwłaszcza by umożliwić sprawdzenie zgodności subwencji z zasadą równego traktowania. Pomoc państwa, która z powodu pewnych jej szczegółów narusza ogólne zasady prawa Unii, przykładowo zasadę równego traktowania, nie może być uznana przez Komisję za zgodną z rynkiem wewnętrznym (wyrok Trybunału z dnia 15 kwietnia 2008 r. w sprawie C-390/06 Nuova Agricast, Zb.Orz. s. I-2577, pkt 51)”⁽¹⁸⁵⁾.
- (160) W pkt 66 wyroku w sprawie Nuova Agricast⁽¹⁸⁶⁾ uściślono, że „poszanowanie zasady równości wymaga, aby porównywalne sytuacje nie były traktowane w sposób odmienny, a sytuacje odienne nie były traktowane w sposób identyczny, chyba że jest to obiektywnie uzasadnione (zob. w szczególności wyrok z dnia 26 października 2006 r. w sprawie C-248/04 Koninklijke Coöperatie Cosun, Zb.Orz. s. I-10211, pkt 72 wraz z cytowanym orzecnictwem)”.

⁽¹⁷⁸⁾ Zob. art. 4 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

⁽¹⁷⁹⁾ Zob. art. 4 lit. a) decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

⁽¹⁸⁰⁾ Zob. art. 4 lit. b) decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

⁽¹⁸¹⁾ Zob. art. 4 lit. c) decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

⁽¹⁸²⁾ Zob. art. 4 lit. d) decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

⁽¹⁸³⁾ Zob. art. 4 lit. e) decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

⁽¹⁸⁴⁾ Zob. art. 4 lit. f) decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

⁽¹⁸⁵⁾ Sprawa T-137/10, pkt 95.

⁽¹⁸⁶⁾ Sprawa C-390/06 Nuova Agricast Srl przeciwko Ministero delle Attività Produttive, ECLI:EU:C:2008:224.

- (161) Komisja zauważa jednak, że w decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. jako kryterium zgodności nie wymieniono zasady niedyskryminacji. Komisja zamierza zbadać, czy szpitale publiczne IRIS i brukselskie szpitale prywatne znajdują się w porównywalnej czy też innej sytuacji prawnej i faktycznej. W tym kontekście, opisując charakter obowiązków świadczenia usługi publicznej, które powierzono szpitalom IRIS, Komisja wskaże, czy porównywalny obowiązek nałożono na brukselskie szpitale prywatne, czy też nie.
- (162) Jak wyjaśniono powyżej (zob. sekcja 2.3), szpitale IRIS podlegają ramom regulacyjnym, które obejmują ustawę o CPAS (na podstawie której utworzono szpitale IRIS), ustawę LCH, statut lokalnych stowarzyszeń szpitalnych i plany strategiczne przyjęte przez organizację parasolową IRIS. Biorąc pod uwagę, że władze publiczne (tj. gminy i ośrodki CPAS) sprawują większościową kontrolę nad stowarzyszeniami lokalnymi objętymi przepisami rozdziału XII ustawy o CPAS i nad organizacją parasolową IRIS, statuty i plany strategiczne mają obowiązkowy charakter dla szpitali IRIS, a zatem można je uznać za ważne akty powierzenia, których charakter zostanie wyjaśniony poniżej (zob. motywy 164, 170 i nast.). W tym kontekście warto również podkreślić, że władze publiczne mogą bezpośrednio kontrolować codzienne operacje szpitali IRIS i w razie potrzeby zapewniać dodatkowe wskazówki.
- (163) Zauważono również (zob. motyw 24), że początkowo zarządzaniem i kontrolą szpitali IRIS zajmowały się bezpośrednio ośrodki CPAS, które je utworzyły w celu spełnienia obowiązku w zakresie pomocy społecznej zgodnie z ustawą o CPAS. W celu zapewnienia ciągłości i rentowności brukselskich szpitali publicznych (zob. motyw 24), konieczna była restrukturyzacja, na skutek której utworzono szpitale IRIS (które przyjęły formę stowarzyszeń lokalnych objętych przepisami rozdziału XII ustawy o CPAS, posiadających niezależność finansową i prawną). Restrukturyzacja ta nie zmieniła jednak podstawowego zadania brukselskich szpitali publicznych IRIS⁽¹⁸⁷⁾, jakim jest świadczenie opieki medycznej i społeczno-medycznej, a tym samym przyczynianie się do wypełniania obowiązku w zakresie pomocy społecznej spoczywającego na ośrodku CPAS, który je utworzył.
- (164) Opiekę medyczną świadczoną przez szpitale IRIS określono również w ustawie LCH, w której ustalono istotne ramy mające zastosowanie do organizacji całego belgijskiego sektora szpitalnego. Na tej podstawie ustawa LCH powierza podstawowe zadania szpitalne wszystkim belgijskim szpitalom, niezależnie od tego, czy są to szpitale publiczne czy prywatne, w tym szpitalom IRIS. W szczególności art. 2 ustawy LCH określa placówki, które można uznać za szpitale, podczas gdy art. 68–76e określają warunki dotyczące zatwierdzania szpitali i usług szpitalnych (które opisano szczegółowo w dekretach wykonawczych określających warunki w zakresie jakości, wymogi dotyczące personelu itd.). Artykuły 23–45 ustawy LCH określają wymogi dotyczące mechanizmu programowania działalności szpitali, w którym ustala się ograniczenia dotyczące liczby łóżek szpitalnych, usług szpitalnych i niektórych sprzętów medycznych (jak tomografy), które można oddawać do użytku i wykorzystywać. Jedynie zatwierdzone usługi szpitalne, które spełniają warunki programowania, kwalifikują się do otrzymania finansowania publicznego. Jak wskazano w decyzji o wszczęciu postępowania⁽¹⁸⁸⁾ i co potwierdza brak uwag osób trzecich w tym względzie, nie istniały i nie istnieją żadne wątpliwości dotyczące jasności podstawowych zadań szpitalnych określonych w ustawie LCH. Jest również jasne, że szpitale IRIS spełniają te wymogi, ponieważ posiadają wszystkie niezbędne zatwierdzenia, a ich funkcjonowanie zostało zatwierdzone w ramach mechanizmu programowania.
- (165) Oprócz podstawowych zadań szpitalnych, które powierzono wszystkim belgijskim szpitalom publicznym i prywatnym, w decyzji Komisji z dnia 28 października 2009 r. (zob. sekcja 4.1 powyżej), wyroku Sądu stwierdzającym nieważność z dnia 7 listopada 2012 r. (zob. sekcja 4.2 powyżej) i decyzji Komisji o wszczęciu postępowania z dnia 1 października 2014 r. (zob. sekcja 4.3 powyżej) odniesiono się do trzech dodatkowych (lub szczególnych) UOIG dotyczących zasadniczo 1) powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej, 2) obowiązku zapewniania opieki w wielu miejscach i 3) dodatkowych usług społecznych, które powierzono jedynie i wyłącznie szpitalom IRIS. Nie oznacza to jednak, że podstawowe zadania szpitalne i dodatkowe UOIG należy koniecznie oceniać niezależnie od siebie. W tym względzie w motywie 23 decyzji o wszczęciu postępowania wspomniano, że władze belgijskie twierdziły, że podstawowe zadania szpitalne wpisują się w szerszą UOIG, tj. obowiązek świadczenia pomocy społecznej, który jest wymogiem ustawy o CPAS, lub uzupełniają tę UOIG.

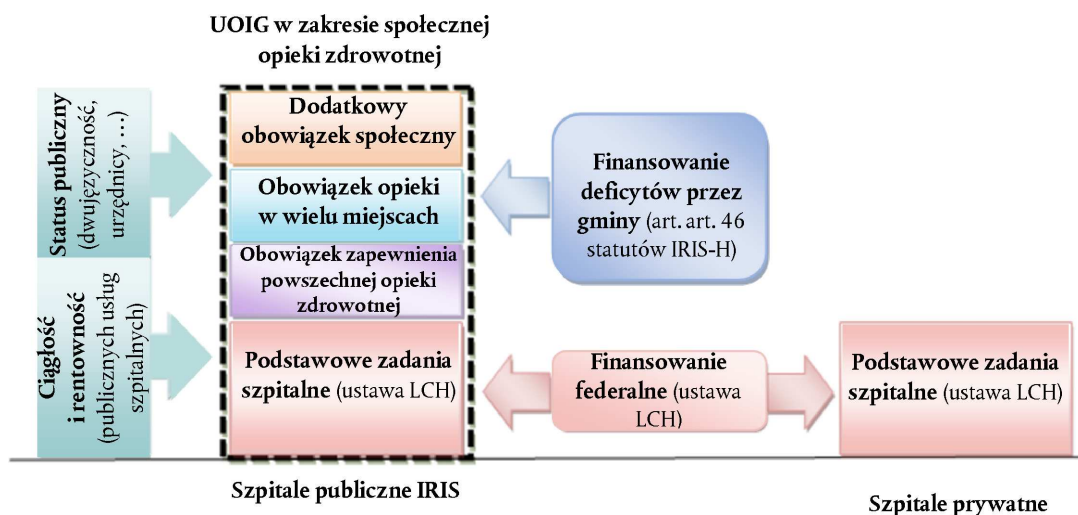
⁽¹⁸⁷⁾ Zob. motyw 25, w szczególności wzmiankę w umowie o współpracy z dnia 19 maja 1994 r. dotyczącą konieczności „uwzględnienia gwarancji **utrzymania** [...] **specyfiki szpitali publicznych**” (dodano pogrubienie). Zob. również plan strategiczny IRIS na lata 1996–2001, w szczególności sekcja „Główne osie” (s. 3): „w celu umożliwienia dalszego **świadczenia usług medycznych pozbawionych wszelkiej logiki handlowej**” i sekcja „Cele towarzyszące” (s. 54): „**Podstawowym celem** szpitali publicznych [tj. szpitali IRIS] jest **świadczenie usług medycyny społecznej**; zobowiązuje to je do **spełnienia wymogów związanych z zadaniami społecznymi**” (dodano pogrubienie).

⁽¹⁸⁸⁾ Zob. motyw 87 decyzji o wszczęciu postępowania.

- (166) W tym kontekście Komisja uznaje, że połączenie podstawowych zadań szpitalnych powierzonych wszystkim szpitalom zgodnie z ustawą LCH i trzech dodatkowych obowiązków w zakresie UOIG nałożonych⁽¹⁸⁹⁾ wyłącznie na szpitale IRIS stanowi *de facto* „UOIG w zakresie społecznej opieki zdrowotnej”, która jest właściwa dla szpitali IRIS i świadczona wyłącznie przez nie. Badając faktyczny charakter wszystkich obowiązków w zakresie UOIG nałożonych na szpitale IRIS i opierając się na swojej analizie charakteru i cech wszystkich tych obowiązków, Komisja jest zdania, że badanie trzech dodatkowych obowiązków w zakresie UOIG nałożonych na poziomie gminy niezależnie od podstawowych zadań szpitalnych powierzonych zgodnie z ustawą LCH nie byłoby właściwe. Dodatkowe obowiązki w zakresie UOIG opierają się bowiem, z jednej strony, na podstawowych zadaniach szpitalnych powierzonych szpitalom IRIS zgodnie z ustawą LCH, a z drugiej strony znacznie wykraczają poza ten podstawowy obowiązek, zobowiązując szpitale IRIS 1) do oferowania szerokiego zakresu usług opieki zdrowotnej wszystkim pacjentom bez względu na ich zdolność do pokrycia kosztów leczenia (powszechny dostęp do opieki zdrowotnej) (zob. motywy 170–190), 2) w wielu zakładach szpitalnych (zapewniających opiekę świadczoną lokalnie) (zob. motywy 191–204), przy jednoczesnym 3) poświęcaniu szczególnej uwagi potrzebom społecznym pacjentów (za pośrednictwem dodatkowych usług społecznych) (zob. motywy 205–214). Jeżeli chodzi o podstawowe zadania szpitalne powierzone zgodnie z ustawą LCH (zob. motyw 164), trzech dodatkowych obowiązków nie można uznać za niezależne działania, na co wskazuje wyraźnie fakt, że nigdy nie nałożono by tych obowiązków, gdyby nie istniał główny obowiązek realizowania podstawowych zadań szpitalnych na mocy ustawy LCH. Ponadto podejście to potwierdzają w pewnym stopniu również skarżący, gdy wskazują (zob. motyw 71), że dodatkowych usług społecznych nie można oddzielić od świadczenia ogólnej opieki zdrowotnej.
- (167) Jeżeli chodzi o podejście przedstawione w poprzednich motywach (zob. motywy 162–166), Komisja podkreśla poniższe trzy punkty. Po pierwsze UOIG w zakresie społecznej opieki zdrowotnej świadczona przez szpitale IRIS obejmuje dokładnie nałożone na nie podstawowe zadania szpitalne (zob. motyw 164) i trzy dodatkowe obowiązki w zakresie UOIG, które na nich spoczywają (zob. motywy 170 i nast.). Po drugie, jak zostanie wykazane poniżej, szpitale IRIS i brukselskie szpitale prywatne nie znajdują się w porównywalnej sytuacji, w szczególności w zakresie, w jakim szpitale IRIS są jedynymi szpitalami, na które nałożono trzy dodatkowe obowiązki w zakresie UOIG (zob. motyw 170 i nast.), w związku z czym są jedynymi szpitalami, które świadczą opisaną powyżej UOIG w zakresie społecznej opieki zdrowotnej (zob. motywy 166 i 167). Po trzecie szpitale IRIS podlegają również ograniczeniom, które mają wpływ na świadczenie UOIG w zakresie społecznej opieki zdrowotnej, tj. swojemu statusowi publicznemu (zob. motyw 42) i konieczności zapewnienia ciągłości i rentowności świadczenia tej UOIG (zob. motywy 91 i 168). Rysunek 2 poniżej przedstawia te dwa elementy.

Rysunek 2

Obowiązki, ograniczenia i mechanizmy finansowania publicznego mające zastosowanie do szpitali publicznych IRIS w porównaniu ze szpitalami prywatnymi



⁽¹⁸⁹⁾ Zob. motyw 170 i nast. odnośnie do dalszych informacji na temat aktów powierzenia tych trzech obowiązków.

- (168) Biorąc pod uwagę, że te trzy dodatkowe obowiązki w zakresie UOIG wykraczają poza minimalne wymogi mające zastosowanie do wszystkich szpitali (publicznych lub prywatnych w Belgii), pociągają one za sobą koszty, które nie są pokrywane lub są tylko częściowo pokrywane z BŚF (zob. sekcja 2.5.1) i z systemu zabezpieczenia społecznego. Dodanie do tego wyższych kosztów, które wynikają z ich statusu publicznego (urzędnicy, dwujęzyczność itd., zob. również motyw 42), wyjaśnia, dlaczego szpitale IRIS wykazywały deficyty w odniesieniu do większości lat w okresie 1996–2014. Deficyty księgowo szpitali IRIS w okresie 1996–2014 wynoszą łącznie około 250 mln EUR (zob. motyw 234). Zainteresowane ośrodki CPAS i brukselskie gminy chcą i muszą⁽¹⁹⁰⁾ zapewnić ciągłość i rentowność swoich szpitali IRIS w celu zadbania, aby świadczone UOIG w zakresie społecznej opieki zdrowotnej i wypełniano obowiązek w zakresie pomocy społecznej spoczywający na ośrodku CPAS (zob. również sekcja 2.2). Z tego powodu pokrywają deficyty w całości, co pozwala zrekompensować koszty rezydualne UOIG w zakresie społecznej opieki zdrowotnej (obejmującej podstawowe zadania szpitalne i trzy dodatkowe obowiązki w zakresie UOIG)⁽¹⁹¹⁾ i zapewnić w ten sposób ciągłość i rentowność szpitali IRIS (zob. motyw 91). W ten sposób przy wyrównaniu deficytu nie dokonuje się rozróżnienia między różnymi obowiązkami w zakresie UOIG. W tym kontekście należy sprawdzić, czy ogólnie można wykluczyć każdą nadwyżkę rekompensaty (na przykład w przypadku różnych połączonych UOIG), jak wyjaśniono poniżej (zob. tabele 9–13 w sekcji 7.3.5).
- (169) Jak wyjaśniono w motywach 165–167, Komisja stwierdziła, że dodatkowe obowiązki szpitali IRIS i podstawowe zadania szpitalne należy uznać łącznie za *de facto* UOIG w zakresie społecznej opieki zdrowotnej. Podczas gdy podstawowe zadania szpitalne określono powyżej (zob. motyw 164), dokładny charakter każdego z dodatkowych obowiązków w zakresie UOIG określono w dalszej części niniejszej sekcji. Ponadto wyjaśniono w niej również wzajemne powiązania między tymi dodatkowymi obowiązkami w zakresie UOIG i sposób, w jaki przyczyniają się do świadczenia UOIG w zakresie społecznej opieki zdrowotnej.

I. Obowiązek leczenia wszystkich pacjentów w każdych okolicznościach bez względu na ich zdolność do pokrycia kosztów leczenia (obowiązek zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej)

- (170) Według władz belgijskich szpitale IRIS mają obowiązek leczenia wszystkich pacjentów, nawet jeżeli nie są oni w stanie pokryć kosztów leczenia lub nie są objęci ubezpieczeniem, również jeżeli pacjenci ci nie wymagają nagłej opieki medycznej. Skarżący podważają fakt, że obowiązek ten ma zastosowanie do szpitali IRIS i twierdzą, że brukselskie szpitale prywatne nie mogą odmówić przyjęcia pacjentów i faktycznie leczą wielu tak zwanych pacjentów „socjalnych”. Na poparcie swoich opinii skarżący twierdzą, że ustawa LCH powierza te same zadania szpitalne wszystkim szpitalom i, zgodnie z pkt 150 wyroku stwierdzającego nieważność z dnia 7 listopada 2012 r., odnoszą się również do ogólnej zasady niedyskryminacji, która miałaby uniemożliwiać szpitalom selekcję pacjentów według ich przekonań ideologicznych, filozoficznych, religijnych lub ich ubóstwa. Według nich szpitale publiczne i prywatne podlegają temu samemu obowiązkowi leczenia pacjentów zarówno w nagłych przypadkach, jak i w ramach kontynuacji leczenia w następstwie nagłego przypadku.
- (171) Przede wszystkim Komisja zauważa, że ustawa LCH nie zawiera żadnego sformułowania, które można interpretować jako zobowiązujące szpitale (publiczne lub prywatne) do leczenia pacjentów w każdych okolicznościach, niezależnie od ich zdolności do pokrycia kosztów leczenia. Prawo belgijskie przewiduje jednak ogólny obowiązek udzielenia pomocy osobie zagrożonej. Jak podkreśliły władze belgijskie, zgodnie z art. 422b belgijskiego kodeksu karnego, obowiązek ten ma zastosowanie w nagłych przypadkach, a w szczególności w nagłych przypadkach medycznych zagrażających życiu. Szpitale mają zatem obowiązek świadczenia pomocy w nagłych przypadkach medycznych stosownie do swojej struktury i dostępnej wiedzy specjalistycznej. Zarówno szpitale publiczne, jak i szpitale prywatne podlegają temu obowiązkowi, zresztą jak każdy obywatel zgodnie

⁽¹⁹⁰⁾ Jak wyjaśniono powyżej (zob. motywy 83 i 91), zgodnie z orzecznictwem belgijskiej Rady Stanu, dopóki istnieją potrzeby medyczne i społeczne, w związku z którymi utworzono szpitale IRIS, władze publiczne nie mogą zamykać tych szpitali ani zbywać ich właścicielowi z sektora prywatnego.

⁽¹⁹¹⁾ Koszty nieodłącznie związane ze statusem publicznym szpitali IRIS uwzględnia się w kosztach podstawowych zadań szpitalnych i dodatkowych obowiązków w zakresie UOIG, w związku z czym mogą one przyczyniać się do deficytów generowanych w ramach tej działalności.

z obowiązkiem udzielenia pomocy osobie zagrożonej. Nie ulega zatem wątpliwości, że brukselskie szpitale publiczne i prywatne mają obowiązek leczenia pacjentów w nagłym przypadku, niezależnie od ich zdolności do pokrycia kosztów leczenia. Podobnie kodeks etyki zawodowej lekarzy pozwala im wyraźnie odmówić przyjęcia pacjentów, z wyjątkiem nagłych przypadków ⁽¹⁹²⁾.

- (172) Ponadto skarżący opierają się na wyroku sądu pierwszej instancji w Brukseli ⁽¹⁹³⁾ w celu uzasadnienia, że nie ma żadnej różnicy między szpitalami publicznymi i szpitalami prywatnymi, jeżeli chodzi o leczenie „pacjentów socjalnych”, zarówno w nagłym przypadku, jak i w ramach kontynuacji leczenia w następstwie nagłego przypadku. Wyrok ten dotyczy bardzo szczególnego przypadku pomocy medycznej w nagłych przypadkach, którą ośrodek CPAS musi świadczyć na podstawie art. 57 ust. 2 ustawy o CPAS. Sąd pierwszej instancji w Brukseli zauważył, że pomocy medycznej w nagłych przypadkach faktycznie nie zapewnia nigdy sam ośrodek CPAS, lecz zapewniają ją raczej wyspecjalizowane służby medyczne, i że w żaden sposób nie można uzasadnić jakiegokolwiek rozróżnienia między usługą publiczną i usługą prywatną w tym zakresie. Komisja zauważa jednak, że obowiązek świadczenia pomocy medycznej w nagłych przypadkach ma zastosowanie do ośrodków CPAS, a nie do szpitali, które zapewniają opiekę. W odnośnym przypadku migrant nieposiadający dokumentów został przyjęty w trybie nagłym przez brukselski prywatny szpital psychiatryczny, który zwrócił się do ośrodka CPAS o pokrycie kosztów tej pomocy medycznej w nagłym przypadku ze względu na wyraźną sytuację ubóstwa tego migranta. Sąd w Brukseli stwierdził, że jeżeli ośrodek CPAS nie świadczy pomocy medycznej w nagłych przypadkach w szpitalu, którym zarządza, musi pokryć koszty opieki zapewnionej przez szpital prywatny, do którego służby ratownicze postanowiły zabrać pacjenta ze względu na nagły charakter sytuacji. Wyrok ten wyraźnie dotyczy wyjątkowej sytuacji, która odbiega od normalnych ram pomocy społecznej, zgodnie z którymi ośrodek CPAS opiera się na swoich własnych szpitalach (publicznych). W przedmiotowej sprawie odstępstwo to wynikało z faktu, że szpitale publiczne nie zapewniają opieki psychiatrycznej, która była w tej sytuacji konieczna. Ponadto sąd w Brukseli podkreślił, że „choć pomocy udziela się najczęściej w placówce zależnej od odnośnego ośrodka CPAS lub z którą zawarł on umowę, może się zdarzyć, że hospitalizacja będzie odbywała się w innej placówce, z uwagi na nagły charakter wynikający z sytuacji osoby, która ma zostać hospitalizowana”. Sąd zauważył również, że jeżeli odnośny ośrodek CPAS (tj. w niniejszym przypadku ośrodek CPAS w Uccle) utworzył własny szpital psychiatryczny lub zawarł umowę z takim szpitalem, odnośny szpital prywatny nie musiał zapewniać opieki przedmiotowemu migrantowi nieposiadającemu dokumentów, ale mógł wystąpić o przeniesienie go do tego szpitala. Ponieważ nie miało to miejsca, nie było żadnego innego możliwego rozwiązania i, w związku z powyższym, ośrodkowi CPAS nakazano zwrot na rzecz szpitala prywatnego kosztów opieki zapewnionej pacjentowi. W związku z powyższym wyrok sądu w Brukseli przytoczony przez skarżących pozwala stwierdzić, że w niektórych przypadkach, ze względu na ich nagły charakter, szpitale prywatne mogą również świadczyć pomoc medyczną w nagłych przypadkach na rzecz migrantów nieposiadających dokumentów i że ośrodek CPAS musi zwrócić tym szpitalom prywatnym poniesione koszty, jeżeli został w ten szczególny sposób zwolniony z obowiązku świadczenia pomocy medycznej w nagłych przypadkach. W związku z tym faktem, że brukselskie szpitale prywatne mogą świadczyć pomoc medyczną w trybie nagłym w ograniczonej liczbie przypadków ⁽¹⁹⁴⁾ nie można interpretować jako nałożonego na te szpitale ogólnego obowiązku leczenia wszystkich pacjentów niezależnie od ich zdolności do pokrycia kosztów leczenia.

- (173) Ponadto, jeżeli chodzi o zasadę niedyskryminacji (wspomnianą przez skarżących, zob. motyw 170), jasne jest, że żaden szpital w Belgii nie ma prawa dopuszczać się dyskryminacji opartej na sytuacji finansowej danego pacjenta (a zatem na samym fakcie, że jest on zamożny lub ubogi) lub na jakimkolwiek innym kryterium osobistym (na przykład pochodzeniu etnicznym lub religijnym). Wobec braku nagłego przypadku zasada niedyskryminacji nie może jednak zmuszać szpitali do zapewniania bezpłatnej opieki, jeżeli można jednoznacznie przewidzieć, że pacjent nie będzie w stanie pokryć kosztów leczenia. Jeżeli warunki te są spełnione w sytuacjach nienagłych, szpitale dysponują obiektywnym uzasadnieniem pozwalającym poczynić rozróżnienie przy odmowie przyjęcia tych pacjentów ⁽¹⁹⁵⁾. Jak wskazano powyżej (zob. motyw 171), kodeks etyki zawodowej obowiązujący belgijskich lekarzy pozwala im wyraźnie odmówić przyjęcia pacjentów w sytuacjach nienagłych. Badanie przeprowadzone wśród mediatorów długów ⁽¹⁹⁶⁾ wskazuje ponadto, że lekarze i szpitale odmawiają niekiedy przyjęcia pacjentów, którzy w przeszłości mieli problem z pokryciem kosztów swojego leczenia. W tym kontekście warto podkreślić, że szpitale same w sobie nie odmawiają bezwzględnie przyjmowania pacjentów, ale proszą ich o wpłacenie

⁽¹⁹²⁾ Zob. w szczególności art. 28 kodeksu etyki zawodowej lekarzy opracowanego przez krajową radę lekarzy (wersja z dnia 27 lipca 2015 r.).

⁽¹⁹³⁾ Zob. przypis 120.

⁽¹⁹⁴⁾ Dane liczbowe przedstawiono przez władze belgijskie pokazując bowiem, że w ponad 85 % przypadków w Regionie Stołecznym Brukseli pomoc medyczną w nagłych przypadkach świadczą szpitale IRIS. Tę wartość liczbową należy odnieść do faktu, że szpitale IRIS wykorzystują jedynie 35 % łóżek szpitalnych w Regionie (zob. również przypis 3). Leczeniem pozostałych przypadków zajmują się inni świadczeniodawcy, w szczególności lekarze interniści i szpitale prywatne. Dotyczy to w szczególności opieki psychiatrycznej, jak w przypadku opisanym w motywie 172, ponieważ szpitale IRIS nie zapewniają opieki tego rodzaju.

⁽¹⁹⁵⁾ Na podobne uzasadnienie mógłby powołać się, na przykład, operator pocztowy świadczący powszechną usługę pocztową. Operator ten odpowiada za świadczenie UOIG, ale nie ma obowiązku bezpłatnego przewożenia listów, jeżeli klient nie może lub nie chce płacić za tę usługę.

⁽¹⁹⁶⁾ Zob. opublikowane w 2008 r. przez Verbruikersateljee badanie zatytułowane „Is uw portemonnee ook ziek?– Een onderzoek naar medische kosten en schulden”.

zaliczki, czym mogą zniechęcić osoby potrzebujące. Dane empiryczne sugerują również, że szpitale prywatne odsyłają niekiedy pacjentów do szpitala podlegającego ośrodkowi CPAS⁽¹⁹⁷⁾. Dlatego też, w 2013 r. belgijskiemu Senatowi przedstawiono ustawę (której jednak nie przyjęto) mającą na celu wprowadzenie zakazu odmawiania świadczenia opieki zdrowotnej pacjentom borykającym się z problemami finansowymi oraz pobierania zaliczek⁽¹⁹⁸⁾. Nie można zatem powoływać się na zasadę niedyskryminacji jako na zasadę nakładającą na wszystkie belgijskie szpitale (publiczne i prywatne) obowiązek leczenia wszystkich pacjentów w każdych okolicznościach (tj. oprócz nagłych przypadków), nawet jeżeli pacjenci nie mogą pokryć kosztów leczenia.

- (174) W związku z powyższym Komisja stwierdza, że należy dokonać rozróżnienia między sytuacjami nagłymi i nienagłymi. W nagłych sytuacjach szpitale publiczne i prywatne podlegają temu samemu ogólnemu obowiązkowi (opartemu na belgijskim kodeksie karnym) leczenia pacjentów w nagłych przypadkach medycznych. Żadna podstawa prawna nie nakłada jednak na szpitale prywatne zadań ani obowiązku w odniesieniu do leczenia pacjentów również w sytuacjach nienagłych i niezależnie od ich zdolności do pokrycia kosztów leczenia. Ani ustawa LCH ani kodeks karny nie przewidują takiego obowiązku, nie można także uznawać, że zasada niedyskryminacji nakłada taki obowiązek. Ponadto obowiązek świadczenia pomocy medycznej w nagłych przypadkach dla migrantów nieposiadających dokumentów ma zastosowanie do ośrodków CPAS, a nie do szpitali, które zapewniają tę opiekę.

Obowiązek zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej nałożony na szpitale IRIS

- (175) W przeciwieństwie do szpitali prywatnych szpitale IRIS mają jednak obowiązek⁽¹⁹⁹⁾ leczenia wszystkich pacjentów w każdych okolicznościach, w tym w sytuacjach nienagłych, niezależnie od zdolności pacjentów do pokrycia kosztów leczenia lub od ich sytuacji w zakresie ubezpieczenia, na podstawie przepisów szczegółowych mających zastosowanie wyłącznie do szpitali IRIS, tj. ich statutów i planów strategicznych IRIS, jak wskazano poniżej. Jak wyjaśniono powyżej (zob. motyw 24), szpitale IRIS zostały utworzone przez ośrodki CPAS, aby umożliwić im pełnienie zadania polegającego na świadczeniu pomocy społecznej wszystkim, którzy tego potrzebują. Ośrodki CPAS mają obowiązek świadczenia takiej pomocy (w tym opieki medycznej i społeczno-medycznej) każdej osobie i każdej rodzinie, która tego potrzebuje⁽²⁰⁰⁾. Ośrodki CPAS świadczą swoje usługi bezpłatnie i zostały stworzone w szczególności w celu udzielania pomocy osobom potrzebującym. W tym kontekście art. 5 statutów szpitali IRIS stanowi, co następuje:

„(1) Nie naruszając kompetencji stowarzyszenia parasolowego IRIS i kompetencji iris-achats oraz pozostałych jednostek, które stowarzyszenie parasolowe IRIS mogłoby utworzyć zgodnie z art. 135j ustawy organicznej z dnia 8 lipca 1976 r. o publicznych ośrodkach działań społecznych oraz zgodnie z przepisami ustawowymi i wykonawczymi, stowarzyszenie dysponuje najszerszymi uprawnieniami w zakresie **wykonywania swoich zadań szpitalnych**.

Wykonuje ono te zadania z jednej strony w trosce o **zapewnienie opieki medycznej wysokiej jakości, jak najkorzystniejszej pod względem kosztów, każdej osobie, niezależnie od jej dochodów, sytuacji w zakresie możliwości ubezpieczenia, pochodzenia i przekonań filozoficznych**, a z drugiej strony w celu osiągnięcia trwałej równowagi finansowej stowarzyszenia”⁽²⁰¹⁾.

- (176) Podobnie we wprowadzeniu do planu strategicznego IRIS na lata 1996–2001 wskazuje się, co następuje:

„W celu wykonania swojego zadania społecznego w każdym momencie szpital publiczny sieci IRIS będzie oferował zakres usług **gwarantujący każdemu pacjentowi opiekę optymalnej jakości na warunkach finansowych ogólnie akceptowalnych dla wszystkich** i będzie **dostępny dla każdego pacjenta, niezależnie od jego dochodów, sytuacji w zakresie możliwości ubezpieczenia, pochodzenia i przekonań ideologicznych**”⁽²⁰²⁾.

⁽¹⁹⁷⁾ *Ibidem*.

⁽¹⁹⁸⁾ Posiedzenie Senatu Belgii w dniu 16 lipca 2013 r., projekt ustawy mającej na celu poprawę dostępu do opieki zdrowotnej złożony przez Leonę Detiège i in. Projekt wygasł z powodu wyborów federalnych w 2014 r.

⁽¹⁹⁹⁾ W praktyce szpitale odpowiadają za przyjmowanie pacjentów (zarówno na konsultacje, jak i w celu hospitalizacji), fakturowanie i monitorowanie w przypadku niedokonania płatności. Większość lekarzy ze szpitali CHU Saint-Pierre, CHU Brugmann, HUDERF i Institut Bordet otrzymuje wynagrodzenie, podczas gdy pozostałym lekarzom płaci się na podstawie faktur związanych z leczeniem, które zapewniają, niezależnie od faktu, czy pacjent pokrywa koszty leczenia, czy też nie. W związku z powyższym żaden z lekarzy z tych szpitali nie ma powodu, aby odmówić przyjęcia pacjentów, którzy nie mogą pokryć kosztów leczenia. Lekarze pracujący dla szpitali Iris Sud muszą stosować się do ogólnych zasad szpitalnych przez co najmniej 80 % swojego czasu pracy, podczas gdy przez nie więcej niż 20 % czasu pracy mogą prowadzić gabinet prywatny. Przez 80 % swojego czasu pracy lekarze muszą stosować taryfy INAMI i pracować w oparciu o zasadę, że wszystkich pacjentów należy leczyć zgodnie z obowiązkiem nałożonym na szpitale IRIS. W ten sposób szpitale Iris Sud zapewniają leczenie wszystkich pacjentów, niezależnie od ich zdolności do pokrycia kosztów leczenia.

⁽²⁰⁰⁾ Artykuł 57 ust. 2 ustawy o CPAS ogranicza zadania ośrodka CPAS w dwóch szczególnych okolicznościach, tj. w przypadku cudzoziemców przebywających nielegalnie w Belgii (tzn. migrantów nieposiadających dokumentów) i dzieci tych cudzoziemców.

⁽²⁰¹⁾ Dodano pogrubienie.

⁽²⁰²⁾ Sekcja „Ogólne cele planu strategicznego” (s. 2). Dodano pogrubienie.

(177) We wprowadzeniu tym dodaje się:

„Głównym celem planu IRIS jest utrzymanie w Brukseli wzmocnionej sieci szpitali publicznych, dostępnej dla każdego pacjenta, niezależnie od jego dochodów, sytuacji w zakresie możliwości ubezpieczenia, pochodzenia, przekonań ideologicznych i filozoficznych” ⁽²⁰³⁾.

(178) W innej sekcji tego planu stwierdza się, że karta pacjenta IRIS będzie gwarantowała

„dostęp dla wszystkich pacjentów, bez rozróżnienia według pochodzenia, dochodów, przekonań filozoficznych i ideologicznych, sytuacji w zakresie możliwości ubezpieczenia” ⁽²⁰⁴⁾.

(179) Ponadto plan strategiczny IRIS na lata 1996–2001 obejmuje podsekcję 2.5.4 zatytułowaną „Objęcie opieką i leczenie każdej osoby zgłaszającej się do jednego ze szpitali sieci IRIS”, która zawiera następujące postanowienia:

„Podstawowym celem szpitali publicznych [tj. szpitali IRIS] jest **świadczanie usług medycyny społecznej**; wiąże się to z obowiązkiem spełnienia wymogów w zakresie zadań społecznych, **nawet jeżeli funkcja ta nie została uznana w przepisach ustawowych i wykonawczych regulujących sektor szpitalny**.

Celem szpitali publicznych jest **przyjmowanie wszystkich pacjentów i zapewnianie im opieki**, niezależnie od ich pochodzenia, sytuacji, kultury, przekonań i ich chorób. Wynika z tego, że ponieważ nasze szpitale są publiczne, ich działalność musi być zgodna z zasadami powszechności, równości, ciągłości i zmiany.

1. **Zasada powszechności nakłada obowiązek przyjmowania wszystkich pacjentów bez wyjątku. Szpital musi zatem oferować usługi medyczne na możliwie najwyższym poziomie, aby móc spełniać potrzeby wszystkich pacjentów.**
2. Zasada równości, będąca prawem zagwarantowanym w konstytucji, nakazuje przyjmowanie wszystkich osób bez żadnej dyskryminacji. [...]” ⁽²⁰⁵⁾.

(180) W związku z powyższym jasne jest, że w momencie przyjmowania pacjentów do szpitali IRIS nie bierze się pod uwagę ich zdolności do pokrycia kosztów leczenia i ich sytuacji w zakresie ubezpieczenia, a zatem wszyscy pacjenci mają zagwarantowany dostęp do opieki zdrowotnej, w tym w sytuacjach nienagłych. Wiele elementów planu strategicznego IRIS na lata 1996–2001 wskazuje również na społeczny charakter opieki szpitalnej świadczonej przez szpitale IRIS (na przykład „w celu umożliwienia dalszego **leczenia pozbawionego wszelkiej logiki handlowej**” ⁽²⁰⁶⁾) i silną wolę oferowania opieki wysokiej jakości wszystkim warstwom ludności brukselskiej, w szczególności najbardziej potrzebującym ⁽²⁰⁷⁾.

(181) W planie strategicznym IRIS obejmującym lata 2002–2014 powtórzono niektóre główne zasady (dostęp dla wszystkich pacjentów, zwiększenie dostępności dla osób ubogich), w szczególności poprzez przywołanie art. 5 statutów szpitali IRIS ⁽²⁰⁸⁾ (zob. również motyw 175) oraz najważniejszego celu planu strategicznego IRIS na lata 1996–2001 ⁽²⁰⁹⁾ (zob. motyw 177), a także poprzez odesłanie do karty pacjenta IRIS ⁽²¹⁰⁾ (zob. motyw 178), oraz dodano, co następuje:

„Usługi publiczne definiuje się zgodnie z trzema podstawowymi zasadami, a mianowicie zasadami powszechności, równości i ciągłości. Zgodnie z tymi trzema zasadami i ze względu na publicznego charakter szpitali IRIS:

— **przyjmują wszystkich pacjentów bez wyjątku,**

⁽²⁰³⁾ *Ibidem*. Dodano pogrubienie.

⁽²⁰⁴⁾ Sekcja „Cele towarzyszące” (s. 52). Dodano pogrubienie.

⁽²⁰⁵⁾ *Ibidem* (s. 54). Dodano pogrubienie.

⁽²⁰⁶⁾ Sekcja „Główne osie” (s. 3). Dodano pogrubienie.

⁽²⁰⁷⁾ W tym zakresie zob. sekcja „Cele towarzyszące” (s. 74): „zwiększenie naszej dostępności dla wszystkich warstw ludności, a w szczególności dla osób znajdujących się w mniej korzystnej sytuacji” (dodano pogrubienie).

⁽²⁰⁸⁾ Zob. sekcja „Wprowadzenie” (s. 7).

⁽²⁰⁹⁾ *Ibidem* (s. 10).

⁽²¹⁰⁾ Zob. sekcja „Projekt szpitalny – szpital ukierunkowany na potrzeby pacjenta” (s. 79).

- **leczą wszystkich pacjentów** bez żadnej dyskryminacji,
- **zobowiązują się do zorganizowania opieki nad pacjentami i zagwarantowania wszystkich możliwości opieki, których wymagają pacjenci** ⁽²¹¹⁾.

(182) Na podstawie powyższych elementów Komisja stwierdza, że szpitale IRIS mają obowiązek zapewniania leczenia wszystkim pacjentom w każdych okolicznościach (zarówno w sytuacjach nagłych, jak i nienagłych), nawet jeżeli nie mogą oni lub przypuszczalnie nie będą oni mogli zapłacić za swoje leczenie lub nie są ubezpieczeni. Obowiązek ten przewidziano i nałożono na szpitale IRIS w ich przywołanych wyżej statutach i planach strategicznych IRIS, które są wiążące dla szpitali IRIS i które opierają się na obowiązku zapewniania pomocy społecznej wynikającym z ustawy o CPAS (obowiązku, który ośrodek CPAS oddelegował do szpitali IRIS w drodze tych statutów i planów strategicznych).

Praktyczny skutek obowiązku zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej nałożonego na szpitale IRIS

(183) Komisja zauważa również, że powyższy wniosek, tj. fakt, że szpitale IRIS mają obowiązek zapewniania leczenia wszystkim pacjentom w każdych okolicznościach (a więc zarówno w sytuacjach nagłych, jak i nienagłych) i niezależnie od zdolności pacjentów do zapłacenia za leczenie, podczas gdy szpitale prywatne są zobowiązane do zapewniania leczenia wszystkim pacjentom jedynie w sytuacjach nagłych (tj. wtedy, gdy w sytuacji zagrażającej życiu niezbędne jest natychmiastowe leczenie), znajduje również potwierdzenie w tym, że szpitale IRIS i szpitale prywatne Regionu Stołecznego Brukseli leczą pacjentów o różnych profilach w polityce ustalania cen obowiązującej odpowiednio w tych szpitalach.

(184) Należy przede wszystkim zwrócić uwagę na to, że w planie strategicznym na lata 2002–2014 przedstawiono również niższe przychody ⁽²¹²⁾ i wyższe koszty ⁽²¹³⁾ związane z leczeniem pacjentów znajdujących się w niepewnej sytuacji społeczno-ekonomicznej, którzy stanowią znaczną część pacjentów szpitali IRIS. W tym kontekście warto podkreślić, że szpitale IRIS ustaliły ze swoimi lekarzami, że nie można naliczać dodatkowych opłat (zob. motyw 46 lit. c) odnośnie do dalszych informacji) dla pacjentów z ośrodków CPAS ani dla pacjentów o niskich dochodach (tj. dla tych, którzy mają prawo do wyższej kwoty zwrotu ze strony INAMI). Ponadto odsetek przyjęć do sal jednoosobowych (tj. do jedynych sal, w przypadku których można naliczać dodatkowe opłaty) jest znacznie poniżej średniego odsetka dla Regionu Stołecznego Brukseli ⁽²¹⁴⁾. Dostępne dane liczbowe dostarczone przez jedno z towarzystw ubezpieczeń wzajemnych ⁽²¹⁵⁾ pokazują ponadto, że jeżeli szpitale IRIS naliczają opłatę dodatkową, jej kwota jest również znacznie mniejsza niż średnia (tj. o 25–67 % mniejsza). Dla porównania w badanym okresie niektóre brukselskie szpitale prywatne naliczyły swoim pacjentom kwotę średnio o 180 % większą niż kwota wynikająca z cen ustalonych przez system zabezpieczenia społecznego.

(185) Obowiązek zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej został powierzony szpitalom IRIS w celu zapewnienia, aby pacjenci, którzy nie mają możliwości zapłacenia za opiekę, nie posiadają prywatnego ubezpieczenia i nie mogą uzyskać (nawet częściowego) zwrotu z zabezpieczenia społecznego, otrzymywali opiekę medyczną, której potrzebują. Istotną podgrupę tych pacjentów stanowią wspomniani wyżej migranci nieposiadający dokumentów, ponieważ nie są oni objęci belgijskim zabezpieczeniem społecznym i zasadniczo nie są w stanie zapłacić za opiekę. W 85 % przypadków w Regionie Stołecznym Brukseli wspomniani migranci otrzymują pomoc medyczną w nagłych przypadkach ze strony szpitali IRIS (zob. motyw 172), mimo że szpitale te dysponują jedynie 35 % łóżek szpitalnych w tym regionie. Innym znaczącym wskaźnikiem jest klasyfikacja ⁽²¹⁶⁾ prowadzona przez federalną służbę publiczną ds. zdrowia publicznego, która klasyfikuje wszystkie szpitale belgijskie na podstawie profili społeczno-ekonomicznych ich pacjentów (zob. tabela 1 i motyw 40). Klasyfikacja ta odzwierciedla między

⁽²¹¹⁾ Zob. sekcja „Szczególne zadania szpitala publicznego” (s. 85) (dodano pogrubienie).

⁽²¹²⁾ Zob. sekcja „Wprowadzenie” (s. 12), w której zauważono, że szpitale IRIS leczą proporcjonalnie mniej pacjentów, którym szpital może naliczyć dodatkowe opłaty (stanowiące dodatkowe źródło dochodów dla szpitali).

⁽²¹³⁾ Zob. sekcja „Wprowadzenie” (s. 13), w której odniesiono do się oszacowanego (na 2001 r.) kosztu dodatkowego wynikającego z przyjęć pacjentów o (bardziej) niekorzystnym profilu społeczno-ekonomicznym. Koszt ten wynosił około 10,4 mln EUR rocznie i wzrastał.

⁽²¹⁴⁾ Wyjątek stanowi szpital Institut Bordet, w przypadku którego odsetek jest wyższy od średniej, co można uzasadnić poważnym charakterem chorób (tj. chorób nowotworowych) leczonych w tym szpitalu.

⁽²¹⁵⁾ Chodzi o podmioty prywatne, które są odpowiedzialne za zwrot kosztów świadczeń medycznych w belgijskim systemie zabezpieczenia społecznego (w szczególności w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa).

⁽²¹⁶⁾ Na podstawie tej klasyfikacji przyznawane jest finansowanie w ramach sekcji B8 BŚF (zob. również motyw 189).

innymi odsetek pacjentów, którzy nie mogą zapłacić za leczenie i którzy nie są objęci zabezpieczeniem społecznym oraz w odniesieniu do których opłaty za leczenie mogą pokrywać ośrodki CPAS⁽²¹⁷⁾ (zob. również motywy 187–188)⁽²¹⁸⁾. W latach 2007–2013 w skali całej Belgii trzy pierwsze miejsca klasyfikacji zajęły szpitale IRIS (wyjątkami były szpitale Institut Bordet i HUDERF ze względu na ich specjalistyczny charakter). W tym samym okresie brukselskie szpitale prywatne nie zajmowały natomiast żadnego z 20 pierwszych miejsc, co wskazuje na to, że średni profil społeczno-ekonomiczny ich pacjentów był znacznie lepszy od profilu pacjentów szpitali IRIS. Nawet jeżeli kryteria stosowane w celu ustalenia tej klasyfikacji nie dotyczą jedynie pacjentów, którzy nie mogą zapłacić za leczenie lub którzy nie są ubezpieczeni, klasyfikacja ta przeczy również twierdzeniu skarżących, że brukselskie szpitale prywatne mają obowiązek leczenia wszystkich pacjentów w każdych okolicznościach, oraz potwierdza, że taki obowiązek nałożono jedynie na szpitale IRIS. Jeżeli brukselskie szpitale prywatne byłyby objęte takim obowiązkiem, można byłoby się bowiem spodziewać, że zajmowałyby wyższe miejsce w klasyfikacji.

Tabela 1

Klasyfikacja szpitali w zależności od profilu społeczno-ekonomicznego ich pacjentów, sporządzona przez federalną służbę publiczną ds. zdrowia publicznego (* = szpitale IRIS, + = brukselskie szpitale prywatne)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CHU Saint-Pierre*	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.
CHU Brugmann*	2.	2.	2.	2.	2.	2.	2.
Szpitale IRIS Sud*	5.	3.	3.	3.	3.	3.	3.
HUDERF*	62.	4.	4.	6.	Brak	5.	Brak
Institut Bordet*	23.	16.	31.	34.	Brak	18.	35.
Clin. Ste Anne St Rémi+	52.	42.	52.	62.	40.	32.	28.
Clinique Saint Jean+	25.	21.	44.	59.	39.	27.	Brak
Cliniques de l'Europe+	64.	24.	90.	93.	61.	63.	62.
CHIR Edith Cavell+	110.	103.	108.	105.	Brak	105.	103.
Clinique Univ. Erasme+	49.	41.	48.	58.	51.	41.	36.
Clinique Univ. St Luc+	93.	67.	95.	94.	76.	Brak	Brak
UZ Brussel+	80.	74.	91.	97.	78.	Brak	Brak

⁽²¹⁷⁾ Federalna służba publiczna ds. integracji społecznej może również dokonać zwrotu na rzecz ośrodków CPAS, jeżeli spełnione zostaną określone warunki (zob. również przypis 258 dotyczący mającej zastosowanie podstawy prawnej).

⁽²¹⁸⁾ W klasyfikacji uwzględniono również odsetek pacjentów, którzy są objęci zabezpieczeniem społecznym, ale którzy muszą płacić na rzecz szpitala niższą składkę własną, ponieważ są uprawnieni 1) do „maksymalnej kwoty naliczanej z tytułu zabezpieczenia społecznego” albo 2) do „maksymalnej kwoty naliczanej w odniesieniu do nieliczących pacjentów o niskich dochodach”.

(186) Należy umieścić w odpowiednim kontekście odesłanie skarżących do publikacji Mutualités Chrétiennes z lutego 2004 r. (zob. motyw 72), która dotyczy jedynie 2001 r. i która miałaby wykazywać, że szpitale prywatne zapewniają leczenie ponad 60 % „pacjentów socjalnych” z Regionu Stołecznego Brukseli. Może się wydawać, że pojęcie „pacjentów socjalnych” obejmuje pacjentów, którzy nie są w stanie zapłacić za leczenie i w związku z tym wszystkich z nich dotyczy obowiązek zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej. Nie jest tak jednak z następujących przyczyn:

- Po pierwsze, definicja „pacjentów socjalnych”⁽²¹⁹⁾ przedstawiona w publikacji dotyczy jedynie osób ubezpieczonych w ramach belgijskiego systemu zabezpieczenia społecznego⁽²²⁰⁾, w związku z czym nie obejmuje pacjentów, którzy nie mogą zapłacić za leczenie i którzy nie są objęci zabezpieczeniem społecznym. To jednak ta ostatnia grupa w największym stopniu korzysta z obowiązku zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej i odpowiada za największe koszty finansowe ponoszone przez szpitale IRIS (zob. również motywy 187–188). Zgodnie z szeroką definicją zastosowaną w publikacji prawie 20 % przyjęć do brukselskich szpitali prywatnych (w porównaniu z około 26 % przyjęć do brukselskich szpitali publicznych) dotyczyłoby „pacjentów socjalnych”, a szpitale prywatne zapewniałyby leczenie w odniesieniu do prawie 66 % łącznej liczby tych pacjentów w 2001 r.
- Po drugie, nawet „pacjenci znajdujący się w niepewnej sytuacji”⁽²²¹⁾, których zdefiniowano w publikacji jako podgrupę „pacjentów socjalnych”, objęci są zabezpieczeniem społecznym i nie ma żadnego powodu, aby zakładać, że nie mogą zapłacić pozostałej kwoty, którą mają pokryć. Można jednak potwierdzić, że w przypadku pacjentów znajdujących się w niepewnej sytuacji istnieje większe prawdopodobieństwo, że nie będą oni w stanie zapłacić szpitalowi pozostałej kwoty, którą mają pokryć. W publikacji wykazano, że szpitale publiczne zapewniają leczenie około 48 % „pacjentów znajdujących się w niepewnej sytuacji” w porównaniu z 52 % w przypadku brukselskich szpitali prywatnych. W ujęciu proporcjonalnym szpitale publiczne zapewniają jednak leczenie znacznie większej liczbie tych pacjentów niż liczba, na którą wskazuje ich udział w rynku (pod względem liczby łóżek i liczby przyjęć). Przyjęcia „pacjentów znajdujących się w niepewnej sytuacji” stanowią bowiem 9,5 % przyjęć do szpitali publicznych wobec jedynie 4,1 % przyjęć w szpitalach prywatnych.
- Po trzecie, niezależnie od powyższego, spostrzeżenie, że w 2001 r. brukselskie szpitale prywatne zapewniły leczenie 52 % pacjentów znajdujących się „w niepewnej sytuacji” (w porównaniu z 66 % pacjentów „socjalnych”), nie wpływa na zmianę wniosku, zgodnie z którym tylko szpitale IRIS są objęte obowiązkiem zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej. W związku z brakiem jakiegokolwiek prawnego obowiązku narzucającego szpitalom prywatnym zapewnianie leczenia pacjentom niezależnie od ich zdolności do zapłacenia za leczenie i od ich sytuacji w zakresie ubezpieczenia, szpitale prywatne mogą bowiem swobodnie decydować o zapewnieniu opieki pacjentom „w niepewnej sytuacji” lub „socjalnym” w sytuacjach nienagłych, a więc mogą również w każdej chwili zmienić swoją decyzję. Ponadto w danych statystycznych zawartych w publikacji nie uwzględniono najbardziej wrażliwej grupy pacjentów, a mianowicie pacjentów nieobjętych zabezpieczeniem społecznym ani żadnym innym ubezpieczeniem. Wyjaśnia to również wyraźną rozbieżność między przedstawionymi w publikacji danymi liczbowymi za 2001 r. a klasyfikacją federalnej służby publicznej ds. zdrowia publicznego (zob. motyw 185) za lata 2007–2013. Podczas gdy w klasyfikacji prowadzonej przez federalną służbę publiczną uwzględniono udział pacjentów nieobjętych zabezpieczeniem społecznym, dane statystyczne przedstawione w publikacji dotyczą jedynie pacjentów objętych zabezpieczeniem społecznym.

Ze wszystkich powyższych przyczyn Komisja stwierdza, że publikacja Mutualités Chrétiennes przedstawiająca dane statystyczne za 2001 r. nie może stanowić dowodu na to, że szpitale IRIS nie są objęte obowiązkiem zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej lub że brukselskie szpitale prywatne są objęte porównywalnym obowiązkiem.

(187) Obowiązek zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej, który nałożono na szpitale IRIS, gwarantuje leczenie pacjentów borykających się ze skrajnymi trudnościami finansowymi, uchodźców politycznych, nielegalnych imigrantów itd. w każdych okolicznościach. Jeżeli ci pacjenci nie mogą zapłacić za swoje leczenie i nie są objęci żadnym ubezpieczeniem (to jest ani zabezpieczeniem społecznym, ani prywatnym ubezpieczeniem

⁽²¹⁹⁾ W publikacji Mutualités Chrétiennes określono pacjentów socjalnych jako pacjentów, którzy korzystają z „franczyzy socjalnej” (na przykład emeryci, którzy otrzymują gwarantowany dochód, osoby uprawnione do wyższych jednorazowych świadczeń lub zasiłku z tytułu inwalidztwa, do zasiłku na rzecz integracji i do wyższych świadczeń na dziecko, a także długotrwale bezrobotni). Zdaniem władz belgijskich z pojęcia „franczyzy socjalnej” zrezygnowano w 1993 r. i zastąpiono je w prawie belgijskim pojęciem „maksymalnej kwoty naliczanej z tytułu zabezpieczenia społecznego”.

⁽²²⁰⁾ Znajduje to również potwierdzenie w faktie, że tabele przedstawione we wspomnianej publikacji opierają się na danych „podmiotów ubezpieczeniowych”, tj. organizacji takich jak towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, które są odpowiedzialne za zwrot kosztów świadczeń medycznych zgodnie z belgijskim systemem zabezpieczenia społecznego zarządzanym przez INAMI.

⁽²²¹⁾ W publikacji Mutualités Chrétiennes określono ich jako pacjentów, którzy są zarejestrowani w ośrodku CPAS.

chorobowym), ośrodki CPAS pokrywają koszty tych pacjentów jedynie wtedy, gdy spełnione zostaną pewne warunki. Aby określić zasady mające zastosowanie do takiego zwrotu, szpitale IRIS i 17 spośród 19 ośrodków CPAS z Regionu Stołecznego Brukseli zawarły umowy wielostronne zwane umowami w sprawie „miejsca zamieszkania do celów świadczeń społecznych”. W odniesieniu do opieki w sytuacjach nienagłych ośrodki CPAS kierowały dane osoby do szpitali IRIS i zobowiązywały się pisemnie (w drodze „zaświadczenia”) do pokrycia kosztów leczenia. Jeżeli pacjenci przestawiają to zaświadczenie, szpitale IRIS wysyłają fakturę bezpośrednio do ośrodka CPAS. Oczywiście w przypadku opieki medycznej w sytuacjach nagłych nie można stosować tej procedury. Zamiast tego zwrot z ośrodka CPAS uzależnia się od (i) przedstawienia zaświadczenia medycznego potwierdzającego konieczność pilnego przyjęcia lub natychmiastowego leczenia danej osoby oraz od (ii) od tego, czy dane osoba znajduje się w sytuacji ubóstwa potwierdzonej ośrodkiem CPAS przy wykorzystaniu informacji zgromadzonych przez szpital w celu przeprowadzenia badania społecznego. Gromadzenie wymaganych informacji stanowi istotne zadanie departamentów ds. usług społecznych w szpitalach IRIS (zob. również motywy 210 i 211) ⁽²²²⁾.

- (188) Pod warunkiem spełnienia wymienionych wyżej warunków (a mianowicie przedstawienia zaświadczenia w przypadku opieki w sytuacjach nienagłych oraz zaświadczenia medycznego i badania społecznego w przypadku opieki w sytuacjach nagłych) ośrodek CPAS zwraca szpitalom IRIS koszty związane z leczeniem pacjentów, którzy nie mogą zapłacić za swoje leczenie i którzy nie są objęci ubezpieczeniem. Nie zwalnia to jednak szpitali IRIS z całości opłat wynikających z obowiązku zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej. Aby uzyskać zwrot z ośrodka CPAS, szpitale IRIS muszą bowiem zgromadzić informacje do badania społecznego (co uczyniły w odniesieniu do 25 749 przypadków w 2012 r.). Jest to jedną z przykładowych przyczyn, dla których szpitale IRIS zatrudniają ponad dwa razy więcej pracowników socjalnych niż szpitale uniwersyteckie (zob. motyw 213). Ośrodki CPAS nie zwracają jednak szpitalom IRIS kosztów związanych z gromadzeniem informacji do badań społecznych ⁽²²³⁾. Ponadto ośrodki CPAS mają dłuższe terminy płatności (niekiedy dłuższe niż jeden rok) niż towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych i zakłady ubezpieczeń (które płacą w terminie od jednego do dwóch miesięcy od otrzymania faktury). W związku z tym szpitale IRIS muszą wstępnie finansować te koszty przez okres dłuższy niż ma to miejsce w przypadku „zwykłych” pacjentów. Na dzień 31 grudnia 2010 r. zobowiązania ośrodka CPAS w Brukseli wobec szpitali IRIS wynosiły prawie 35 mln EUR (w tym około 71 % z tytułu faktur z 2010 r., 12 % z tytułu faktur z 2009 r. i około 13 % z tytułu faktur z poprzednich lat). Szpitale IRIS oszacowały, że przy zastosowaniu nominalnej rocznej stopy procentowej w wysokości 2 % koszt związany z dłuższymi terminami płatności na ten dzień prawie 700 000 EUR ⁽²²⁴⁾. Ponadto nie wszystkie osoby, które mogą mieć problem z opłaceniem swojej faktury, są uprawnione do pokrycia kosztów przez ośrodek CPAS ⁽²²⁵⁾. Zgodnie ze swoim obowiązkiem zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej szpitale IRIS zapewniają jednak leczenie pacjentom, w odniesieniu do których ośrodki CPAS nie zobowiązują się do pokrycia kosztów. W takiej sytuacji szpitale IRIS wysyłają faktury do pacjentów, którzy w niektórych przypadkach nie będą w stanie ich opłacić. Wynika z tego, że szpitale IRIS muszą zmierzyć się z poziomem wierzycelności nieściągalnych, który jest znacznie wyższy niż w przypadku innych szpitali publicznych i szpitali prywatnych w Belgii ⁽²²⁶⁾. Szpitale IRIS oszacowały, że w 2010 r. kwota ich umorzonych długów przekraczała średnią dla szpitali publicznych w Belgii o około [...] mln EUR.
- (189) Ponadto należy umieścić w odpowiednim kontekście finansowanie przewidziane w sekcji B8 BŚF, przyznawane szpitalom, których pacjenci mają niekorzystny profil społeczno-ekonomiczny. To ograniczone finansowanie federalne ma na celu zrekomensowanie części kosztów związanych z „pacjentami socjalnymi” (na przykład związanych z tym, że ci pacjenci średnio przebywają dłużej w szpitalu niż pozostali), ale nie stanowi rekompensaty z tytułu obowiązku zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej. Finansowanie w ramach

⁽²²²⁾ W związku z tym należy podkreślić, że chociaż szpitale IRIS dostarczają dane wykorzystywane do badania społecznego, to ośrodki CPAS decydują o tym, czy dana osoba kwalifikuje się do zwrotu kosztów jej leczenia. W umowie w sprawie „miejsca zamieszkania do celów świadczeń społecznych” wyjaśniono w tym względzie, że każdy szpital IRIS „gromadzi w miarę możliwości podstawowe informacje, na których opiera się badanie społeczne, i przekazuje je ośrodkowi CPAS”.

⁽²²³⁾ Ze względu na to, że gromadzenie informacji do badań społecznych stanowi tylko jedno z wielu zadań departamentów ds. usług społecznych szpitali IRIS, związany z nim koszt stanowi część ogólnych kosztów związanych z szerszym zobowiązaniem szpitali IRIS w zakresie usług społecznych, które zostanie zbadane poniżej (zob. motyw 213).

⁽²²⁴⁾ Komisja zauważa, że stopa procentowa zastosowana przez szpitale IRIS wydaje się zgodna z rynkową stopą procentową stosowaną w tym czasie (tj. jest na początku 2011 r.). Obecnie (w 2016 r.) stopy procentowe są znacznie niższe, co zmniejsza koszt ponoszony przez szpitale IRIS. Dłuższy termin płatności pozostaje jednak kosztem ciężącym na szpitalach IRIS, ponieważ muszą one stale uzupełniać niedopasowanie poziomu płynności między płatnościami wychodzącymi a przychodzącymi.

⁽²²⁵⁾ W przypadku pacjentów ubogich zwrot ze strony ośrodka CPAS nie jest automatyczny, ale wynika z oceny przeprowadzanej w poszczególnych przypadkach przez każdy ośrodek CPAS na podstawie badania społecznego (w zakresie opieki w nagłych przypadkach). Władze belgijskie zauważają w związku z tym, że w ciągu trzech pierwszych kwartałów 2015 r. ośrodek CPAS odrzucił 749 wniosków o zwrot przedstawionych przez szpitale IRIS, co przekłada się na niezapłaconą kwotę wynoszącą około 3 mln EUR. W 2012 r. ośrodki CPAS odmówiły dokonania zwrotu z tytułu faktur, o który ubiegały się szpitale IRIS, na łączną kwotę 4 174 200 EUR. Około 80 % tych faktur dotyczyło opieki świadczonej na rzecz migrantów nieposiadających dokumentów.

⁽²²⁶⁾ Ścisłej rzecz ujmując, sprawozdanie opublikowane przez Belfius Banque wskazuje, że w 2010 r. koszty netto umorzonych należności krótkoterminowych (tj. faktur, które nie zostaną opłacone) stanowią średnio 0,28 % przychodów szpitali prywatnych w Belgii i 0,40 % przychodów szpitali publicznych w tym państwie. Dla porównania koszt ten wynosi 1,22 % przychodów szpitali IRIS, a więc trzy razy więcej niż średnia wartość dla szpitali publicznych.

sekcji B8 nie rekompensuje rzeczywistych kosztów ponoszonych przez szpitale na leczenie pacjentów socjalnych (na przykład faktur niezapłaconych przez pacjentów socjalnych lub konieczności dysponowania dodatkowymi pracownikami socjalnymi). Z drugiej strony na podstawie klasyfikacji szpitali w zależności od profilu społeczno-ekonomicznego ich pacjentów (zob. motyw 185) przydzielany jest budżet statyczny (wynoszący około 25 mln EUR rocznie dla całej Belgii). Ze względu na to, że trzy pierwsze miejsca tej klasyfikacji zajmują szpitale IRIS, otrzymują one zatem większą część finansowania w ramach sekcji B8 niż szpitale zajmujące znacznie niższe miejsca w klasyfikacji (takie jak brukselskie szpitale prywatne). Przyczyną tego, że zarówno szpitale publiczne, jak i prywatne są co do zasady uprawnione do tego finansowania, jest fakt, że nawet jeżeli szpitale nie mają obowiązku zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej, który powierzono szpitalom IRIS, mogą one swobodnie decydować o leczeniu pacjentów socjalnych. Mogą podjąć taką decyzję, ponieważ niektórzy pacjenci socjalni są w stanie zapłacić za leczenie lub są ubezpieczeni. W odniesieniu do pacjentów socjalnych objętych ubezpieczeniem społecznym stosuje się bowiem często niższe taryfy, a INAMI pokrywa większą część kosztów, co zmniejsza ryzyko finansowe dla szpitala. Okazuje się również, że nie wszystkie ośrodki CPAS w Belgii podjęły decyzję o utworzeniu własnego szpitala. W związku z tym, aby wypełnić swój obowiązek zapewnienia pomocy społecznej, ośrodki CPAS mogą korzystać ze szpitali prywatnych. W takich sytuacjach szpital prywatny oczywiście zapewniłby leczenie pewnej liczbie pacjentów socjalnych i mógłby również skorzystać z finansowania przewidzianego w ramach sekcji B8 BŚF. W Regionie Stołecznym Brukseli ośrodki CPAS mogą jednak korzystać z publicznych szpitali IRIS, co wyjaśnia, dlaczego klasyfikacja przedstawiona w motywie 185 wskazuje, że profil społeczno-ekonomiczny pacjentów brukselskich szpitali prywatnych jest znacznie lepszy niż profil pacjentów szpitali IRIS. Z wszystkich powyższych przyczyn nie można uznać, że finansowanie w ramach sekcji B8 BŚF wskazuje na istnienie obowiązku zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej obejmującego wszystkie belgijskie szpitale.

Wniosek dotyczący obowiązku zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej nałożonego na szpitale IRIS

- (190) Na podstawie powyższych elementów Komisja stwierdza, że obowiązek zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej nałożono jedynie na szpitale IRIS, że jest on przedmiotem wyraźnego aktu powierzenia i że jest określony w statutach szpitali IRIS i w planach strategicznych IRIS zgodnie z wymogami ustawy o CPAS (zob. motywy 29 i 30). Na wspomniany obowiązek wskazuje również klasyfikacja szpitali ustalana w zależności od profilu społeczno-ekonomicznego ich pacjentów (zob. motyw 185). Obowiązek ten zapewnia otrzymywanie przez osoby potrzebujące z Regionu Stołecznego Brukseli właściwej opieki medycznej, nawet jeżeli nie mogą one zapłacić za te opiekę, w tym w sytuacjach nienagłych. Szpitale IRIS zapewniają zatem społeczną opiekę zdrowotną, która odpowiada potrzebom lokalnej ludności. Jak wyjaśniono w poprzednim motywie, jedynie część kosztów związanych z tym obowiązkiem jest pokrywana bezpośrednio (na przykład poprzez zwrot kosztów leczenia przez ośrodki CPAS). Z tego powodu pozostałe koszty są objęte wyrównaniem deficytów, które jest przedmiotem niniejszej decyzji.

II. Obowiązek zapewnienia pełnej oferty podstawowego leczenia szpitalnego w wielu miejscach

- (191) Władze belgijskie uważają, że szpitale IRIS mają również szczególny obowiązek zapewniania pełnej oferty podstawowego leczenia szpitalnego w wielu miejscach, a więc obowiązek „opieki w wielu miejscach” w Regionie Stołecznym Brukseli. Zdaniem skarżących nie wiadomo jednak dokładnie, co obejmuje obowiązek zapewnienia pełnej oferty podstawowego leczenia szpitalnego w wielu miejscach oraz w jakim zakresie ten obowiązek powoduje powstanie dodatkowych kosztów dla szpitali IRIS. Skarżący nie twierdzą jednak, że szpitale prywatne w Brukseli mają taki obowiązek.
- (192) Komisja stwierdza, że ustawa LCH nie nakłada na szpitale (publiczne lub prywatne) obowiązku prowadzenia działalności w wielu miejscach. Mechanizm programowania działalności szpitali określa natomiast maksymalną liczbę łóżek szpitalnych, które można udostępnić w każdym regionie Belgii. W przypadku Regionu Stołecznego Brukseli liczba łóżek w szpitalach (ogólnych) jest ograniczona do około 7 260, a każdy szpital brukselski jest upoważniony do udostępnienia określonej liczby łóżek w ramach tego limitu. Co do zasady, jeżeli w ramach systemu programowania zatwierdzono zdolność usługową szpitala, szpital może swobodnie zdecydować o zgromadzeniu swoich łóżek w jednym miejscu lub rozłożeniu ich na więcej miejsc w danym regionie według swojego uznania. Może również zdecydować o powołaniu niektórych usług lub o oferowaniu jedynie

odmiennych rodzajów leczenia w każdym ze swoich zakładów. W tym kontekście niektóre brukselskie szpitale prywatne podjęły z własnej woli decyzję o prowadzeniu działalności w wielu miejscach, podczas gdy inne prowadzą działalność tylko w jednym miejscu⁽²²⁷⁾. Szpitale prywatne mogą jednak w każdym momencie podjąć decyzję o zgromadzeniu swoich łóżek i usług w jednym miejscu⁽²²⁸⁾. Należy również zauważyć, że w granicach określonych przez mechanizm programowania⁽²²⁹⁾ szpitale prywatne również dysponują swobodą wyboru oferowanych rodzajach opieki, co umożliwi im wyspecjalizowanie się w najbardziej opłacalnych rodzajach opieki zdrowotnej⁽²³⁰⁾.

Obowiązek opieki w wielu miejscach nałożony na szpitale IRIS

(193) Jeżeli chodzi o szpitale IRIS, gminy i ośrodki CPAS preferują utrzymywanie lokalnej oferty opieki zdrowotnej w stosunku do koncentracji łóżek szpitalnych. Podjęły one wyraźną decyzję o zapewnianiu pełnej oferty podstawowej opieki zdrowotnej we wszystkich zakładach szpitalnych, co z powodu koniecznego powielenia infrastruktury, sprzętu i działalności pociąga za sobą koszty dodatkowe. Na tej podstawie podczas restrukturyzacji brukselskich szpitali w 1995 r. ośrodki CPAS i gminy podjęły świadomą decyzję o zachowaniu istniejących lokalnych usług szpitalnych świadczonych w wielu miejscach, które zapewniają pełną ofertę leczenia, uwzględniając potrzeby ludności. Uznały one, że lokalne potrzeby medyczno-społeczne, które były powodem utworzenia szpitali publicznych, nie przestały istnieć. W związku z tym należy zauważyć, że większość zakładów szpitali IRIS znajduje się w najuboższych gminach Regionu Stołecznego Brukseli (zob. również motyw 202). Organy publiczne dobrowolnie zrezygnowały zatem z przyrostu efektywności ze szkodą dla swojego czysto finansowego interesu i podjęły decyzję o zachowaniu wszystkich istniejących zakładów szpitalnych, chociaż wiedziały, że federalne środki finansowania szpitali nie pokryją wszystkich kosztów (na przykład z powodu powielenia infrastruktury i kosztów eksploatacyjnych, zob. również motyw 203). Wybór ten został potwierdzony w planach strategicznych IRIS i spowodował zobowiązanie szpitali IRIS do utrzymania wszystkich zakładów szpitalnych, aby pacjenci mogli mieć zapewnioną pełną opiekę podstawową jak najbliżej ich miejsca zamieszkania.

(194) W szczególności w sekcji „Główne osie” planu strategicznego IRIS na lata 1996–2001 określono, co następuje:

„**Utrzymanie zdecentralizowanej działalności w zakresie szpitalnictwa** i zapewnienie szerokiego zakresu opieki ambulatoryjnej. Działalność zostanie utrzymana w dziewięciu zakładach”⁽²³¹⁾,⁽²³²⁾.

[...]

„**Utrzymanie podstawowej działalności w różnych zakładach**. Pacjenci, w szczególności pacjenci w podeszłym wieku, będą mogli w ten sposób nadal otrzymywać opiekę szpitalną w rozsądnej odległości od ich miejsca zamieszkania”⁽²³³⁾.

(195) W planie strategicznym na lata 1996–2001 podkreślono również, że szpitale IRIS zapewniają leczenie głównie pacjentom, którzy mieszkają w bliskim sąsiedztwie, przez co szpitale te określa się jako „szpitale lokalne”⁽²³⁴⁾. Co więcej, szpitale IRIS chcą „zwiększyć stopień dostosowania [swoich] usług do potrzeb ludności brukselskiej oraz wzmocnić [swoją] dostępność dla wszystkich warstw ludności, w szczególności dla osób znajdujących się w niekorzystnej sytuacji”⁽²³⁵⁾.

(196) W planie strategicznym na lata 2002–2014 dodano:

„Sieć IRIS przyjmuje zasadę **organizacji skupionej na pacjentach**, stanowiącej część publicznej sieci instytucji współpracujących wzajemnie, aby zapewnić ofertę opieki zdrowotnej świadczonej lokalnie i specjalistycznej”⁽²³⁶⁾.

⁽²²⁷⁾ Przykładowo prywatny szpital Cliniques de l'Europe posiada jeden zakład w Uccle i drugi w Etterbeek, podczas gdy prywatny szpital Cliniques universitaires Saint-Luc posiada tylko jeden zakład w Woluwe-Saint-Lambert.

⁽²²⁸⁾ Taki wybór może oczywiście pociągać za sobą koszty, które powinny zostać zrekomensowane przyrostem wydajności lub które można uzasadnić innymi względami uznanymi za istotne przez dyrekcje szpitali prywatnych.

⁽²²⁹⁾ W ramach mechanizmu programowania nie tylko określa się łączną liczbę łóżek szpitalnych na region, lecz także ustala się limity w odniesieniu do rodzaju usługi (np. położnictwa, geriatry, pediatrii, psychiatrii itd.).

⁽²³⁰⁾ Przykładowo nie wszystkie szpitale prywatne oferują usługi geriatryczne, które są mniej opłacalne.

⁽²³¹⁾ Zob. sekcja „Główne osie” (s. 6). Dodano pogrubienie.

⁽²³²⁾ Plan strategiczny odnosi się do dziewięciu zakładów, a nie jedenastu (obecna liczba zakładów), ponieważ dwa zespoły szpitalne obejmują po dwa szpitale każdy, tj. szpitale HUDERF i CHU-B w zakładzie Victor Hota w Laeken oraz szpitale IB i CHU-SP w zakładzie Porte de Hal w Brukseli.

⁽²³³⁾ Zob. sekcja „Główne osie” (s. 10). Dodano pogrubienie.

⁽²³⁴⁾ Zob. sekcja „Kontekst i otoczenie” (s. 21): „[...] szpitale publiczne [szpitale IRIS] prowadzące działalność, której co najmniej 80 % stanowi działalność podstawowa, są szpitalami lokalnymi przyciągającymi znaczna część pacjentów z gminy, w której się znajdują lub z dzielnic ją otaczających”.

⁽²³⁵⁾ Zob. sekcja „Cele towarzyszące” (s. 74). Dodano pogrubienie.

⁽²³⁶⁾ Zob. sekcja „Projekt szpitalny” (s. 36). Dodano pogrubienie.

(197) Jeżeli chodzi o opiekę świadczoną lokalnie, w planie strategicznym dodano:

„Uwzględniając **rozmieszczenie geograficzne zakładów sieci IRIS**, ich wpływ na objęcie powszechną opieką ludności niekiedy borykającej się z trudnościami społecznymi, podstawowym celem jest **zagwarantowanie w każdym zakładzie leczenia świadczonego lokalnie i cechującego się wysoką jakością, skutecznością i dostępnością.**

Podstawowym celem szpitali IRIS – z wyjątkiem szpitali Institut Bordet i Hôpital des Enfants [HUDERF] ⁽²³⁷⁾, które są szpitalami referencyjnymi o jednej specjalizacji – jest **oferowanie leczenia świadczonego lokalnie, które odpowiada lokalnemu zapotrzebowaniu pacjentów mieszkających w sąsiednich gminach** ⁽²³⁸⁾.

(198) W planie strategicznym sieci IRIS na lata 2002–2014 wyjaśniono, że poza świadczonym lokalnie leczeniem w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej szpitale IRIS oferują opiekę specjalistyczną (tj. większy lub bardziej rozwinięty zakres opieki ⁽²³⁹⁾). Te rodzaje opieki nie są jednak oferowane we wszystkich zakładach (choć co do zasady stanowią część oferty w większości zakładów) i stanowią przedmiot planowania na szczeblu sieci IRIS ⁽²⁴⁰⁾. Stałym celem jest zapewnienie ludności brukselskiej powszechnego dostępu do optymalnej oferty opieki zdrowotnej (poprzez leczenie świadczone lokalnie lub opiekę specjalistyczną) ⁽²⁴¹⁾. Ten plan strategiczny zawiera również szczegółowe tabele, w których określono rodzaje opieki podstawowej i opieki specjalistycznej oferowane w zakładach szpitali IRIS. Działalność w zakresie opieki podstawowej opisuje się jako „poziom 1 – poziom leczenia świadczonego lokalnie”, podczas gdy działalność w zakresie opieki specjalistycznej – jako „poziom 2 – poziom specjalistyczny” oraz „poziom 3 – poziom referencyjny” ⁽²⁴²⁾. Szpitale IRIS mają zatem dokładną wiedzę na temat tego, które rodzaje opieki muszą świadczyć w każdym ze swoich zakładów.

(199) W celu zapewnienia, aby każdy szpital IRIS był w pełni świadomy potrzeb medyczno-społecznych ludności lokalnej i aby był w związku z tym odpowiednio zarządzany, stworzenie szpitali IRIS zostało również wyraźnie powiązane z utrzymaniem „bazy lokalnej” dla publicznych usług szpitalnych. Fakt ten znajduje potwierdzenie w umowie o restrukturyzacji, którą zatwierdzono poprzez umowę o współpracy z dnia 19 maja 1994 r. ⁽²⁴³⁾, a także w składzie organów zarządzających szpitali IRIS ⁽²⁴⁴⁾. W bardziej szczegółowym ujęciu, zgodnie z art. 11 statutów większość członków walnego zgromadzenia pochodzących ze stowarzyszeń szpitali IRIS wybiera rada gminy i rada usług społecznych (zorganizowana na szczeblu gminy), podczas gdy burmistrz gminy i prezes ośrodka CPAS są członkami mianowanymi z urzędu. Podobnie 10 z 14 członków zarządu jest wybieranych spośród przedstawicieli organów publicznych w walnym zgromadzeniu (czego wymaga art. 27 statutu).

(200) Zamiar zarządzania szpitalami IRIS w zależności od potrzeb medyczno-społecznych ludności lokalnej potwierdzono na posiedzeniu zarządu sieci IRIS w dniu 20 listopada 1996 r., podczas którego przyjęto zmianę planu strategicznego na lata 1996–2001 wyraźnie stwierdzającą w tym względzie, że:

„Ze wszystkimi wspomnianymi ograniczeniami, z których wynika konieczność restrukturyzacji, należy zmierzyć się w ramach wykraczających poza nasze cele strategiczne. Cele te można podsumować jak następuje:

- sieć szpitali publicznych IRIS musi stanowić rdzeń przyszłego brukselskiego systemu ochrony zdrowia,
- nasze szpitale muszą dostosowywać się do zmian **potrzeb ludności brukselskiej.**

⁽²³⁷⁾ Należy zauważyć, że oba wspomniane dwa szpitale specjalistyczne wchodzi w skład zespołów szpitalnych współtworzonych przez inne szpitale IRIS (zob. przypis 232), co gwarantuje świadczenie pełnej podstawowej opieki zdrowotnej w każdym zakładzie. Dodano przypis.

⁽²³⁸⁾ Zob. sekcja „Projekt szpitalny” (s. 53). Dodano pogrubienie.

⁽²³⁹⁾ W ten sposób szpitale Institut Bordet i HUDERF, które oferują głównie opiekę specjalistyczną, stanowią uzupełnienie dla trzech pozostałych szpitali IRIS, aby sprostać potrzebom lokalnej ludności w zakresie opieki zdrowotnej.

⁽²⁴⁰⁾ Zob. sekcja „Projekt szpitalny” (s. 53, 54).

⁽²⁴¹⁾ Zob. sekcja „Projekt szpitalny” (s. 62).

⁽²⁴²⁾ Zob. sekcja „Projekt szpitalny” odnośnie do opisu tych poziomów (s. 37) i tabel (s. 55–59).

⁽²⁴³⁾ W tym względzie w art. 2 umowy o współpracy między państwem federalnym, Regionem Stołecznym Brukseli i Komisją Wspólnotową przewidziano co następuje: „Pakt restrukturyzacyjny musi spełniać następujące warunki: 1) uwzględnić gwarancje **utrzymania** z jednej strony **specyfiki szpitali publicznych**, między innymi przez wybór struktur prawnych i koordynacyjnych zapewniających dominację sektora publicznego w organach zarządzających i w ramach procedur decyzyjnych, a z drugiej strony – **wymiaru lokalnego przez zwiększenie liczby osób wybranych w wyborach bezpośrednich w składzie organów zarządzających**” (dodano pogrubienie).

⁽²⁴⁴⁾ Zgodnie z art. 125 ustawy o CPAS osoby prawa publicznego dysponują zawsze większością głosów w różnych organach nadzorczych lub zarządczych stowarzyszenia oraz w strukturze parasolowej IRIS.

- **restrukturyzację sieci należy przeprowadzić w służbie osobom chorym, umieszczając je w centrum działań,**
- modernizacja sieci musi opierać się na nowym impulsie dla środowiska szpitalnego ogólnie, a szczególnie dla środowiska medycznego”.

(201) Dodano również:

„W tym kontekście restrukturyzacja powinna zapewniać:

- **kontynuację działalności leczniczej i działalności w zakresie opieki w każdym zakładzie szpitalnym zgodnie z naszą misją leczenia świadczonego lokalnie,**
- dążenie do celów związanych z równowagą finansową,
- harmonijną ewolucję sieci w celu zachowania równowagi między interesem ogólnym a interesem szczególnym każdego podmiotu,
- intensyfikację koordynacji i współdziałania podmiotów sieci,
- **dostępność sieci i utrzymanie jej publicznego charakteru,**
- [...]”⁽²⁴⁵⁾.

Obowiązek opieki w wielu miejscach obejmujący szpitale IRIS, faktyczny obowiązek świadczenia usługi publicznej (UOIG)

(202) Komisja zbadała również argument skarżących w kontekście sprawy rozpatrzonej przez Sąd (zob. sekcja 4.2), zgodnie z którym potrzeby w zakresie opieki świadczonej lokalnie należy rozważać z uwzględnieniem dużej liczby szpitali publicznych i prywatnych istniejących w Regionie Stołecznym Brukseli. Jak wyjaśniono wyżej, w ramach mechanizmu programowania działalności szpitali ustala się maksymalną liczbę łóżek w szpitalach ogólnych w Regionie Stołecznym Brukseli wynoszącą 7 260 łóżek, aby uniknąć nadmiernej podaży usług medycznych. Wspomniana liczba łóżek jest udostępniana łącznie przez szpitale publiczne i szpitale prywatne po to, aby spełnić potrzeby w zakresie opieki szpitalnej w Regionie Stołecznym Brukseli. W mechanizmie programowania uwzględniono jednak tylko potrzeby medyczne na szczeblu regionalnym, a nie wzięto pod uwagę potrzeb społecznych konkretnej grupy ludności ani sytuacji społecznej właściwej dla danego obszaru geograficznego. Wspomniane potrzeby społeczne ocenia się w ramach polityki pomocy społecznej ośrodków CPAS (tj. na szczeblu gminnym). Podmioty będące poprzednikami szpitali IRIS utworzono po to, aby spełnić potrzeby społeczne, a po restrukturyzacji utrzymano różne zakłady IRIS, ponieważ nadal odpowiadają one prawdziwej potrzebie społecznej (zob. motywy 82–84 i 91). Właśnie bowiem dlatego, że szpitale IRIS świadczą UOIG w zakresie społecznej opieki zdrowotnej, istnieje również konieczność i obowiązek dysponowania zakładami w wielu miejscach. Dla potrzebujących mieszkańców Regionu Stołecznego Brukseli ważna jest nie tylko możliwość dotarcia do szpitala niedaleko od ich miejsca zamieszkania, lecz także pewność, że otrzymają oni opiekę nawet wtedy, gdy nie będą w stanie za nią zapłacić, oraz możliwość ubiegania się o pomoc służb społecznych. Zobowiązując szpitale IRIS do utrzymywania zakładów w różnych miejscach, Region Stołeczny Brukseli i ośrodki CPAS chcą zapewnić świadczenie społecznej opieki zdrowotnej jak najbliżej miejsca, w którym istnieje taka potrzeba. W związku z tym należy podkreślić, że dziesięć z jedenastu zakładów szpitali IRIS znajduje się w gminach, w których średni dochód nie przekracza mediany⁽²⁴⁶⁾ dla Regionu Stołecznego Brukseli. Pięć z jedenastu zakładów szpitali prywatnych znajduje się natomiast w gminach, w których średni dochód jest wyższy od tej mediany⁽²⁴⁷⁾. Jak wskazuje mapa przedstawiona poniżej⁽²⁴⁸⁾ (zob. rysunek 3), wydaje się, że zasięgi geograficzne szpitali publicznych (okręgi narysowane linią przerywaną) i szpitali prywatnych ogólnych i uniwersyteckich (okręgi linią narysowane ciągłą) nie pokrywają się w znacznym stopniu w Regionie Stołecznym Brukseli. Na tej podstawie można sądzić, że sam fakt, iż w Regionie Stołecznym Brukseli działalność prowadzi duża liczba szpitali, nie wystarczy do zapewnienia dostępu do opieki szpitalnej dla wszystkich mieszkańców. Co

⁽²⁴⁵⁾ Dodano pogrubienie.

⁽²⁴⁶⁾ Mediana średnich dochodów za 2012 r. w 19 gminach Regionu Stołecznego Brukseli wynosiła 13 746 EUR na mieszkańca. Jedenasty zakład szpitalny IRIS znajduje się w Ixelles, gdzie średni dochód wynosi 14 513 EUR, a więc między medianą a trzecim kwartyłem (tj. 75. percentyl) dla Regionu Stołecznego Brukseli. Źródło: Centrum informacji, dokumentacji i badań dotyczących Brukseli (Centre d'information, de documentation et de recherche sur Bruxelles, <http://www.briobrussel.be/ned/webpage.asp?WebpageId=345>).

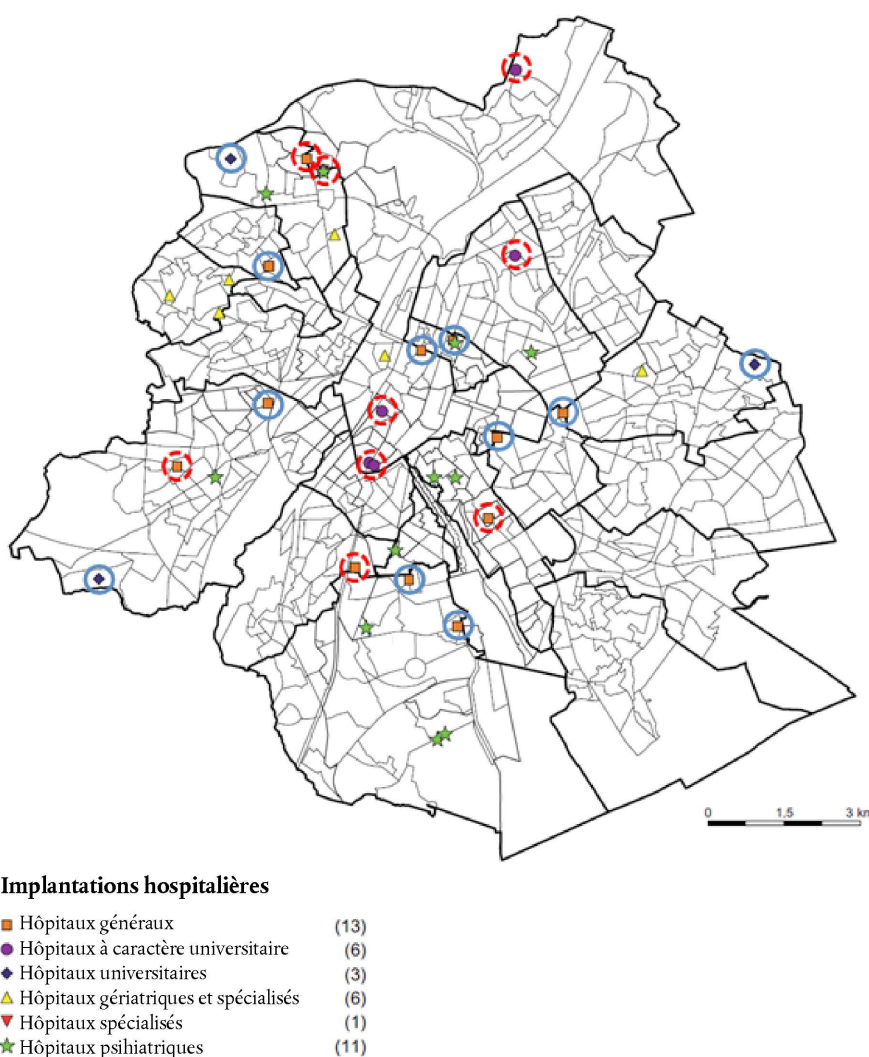
⁽²⁴⁷⁾ Trzy z tych pięciu zakładów szpitali prywatnych znajdują się w gminach, w których średni dochód na mieszkańca przekracza trzeci kwartył (tj. 75 percentyl) dla Regionu Stołecznego Brukseli.

⁽²⁴⁸⁾ Oryginalna mapa została opublikowana w tabeli wyników służby zdrowia w Regionie Brukseli z 2010 r. i odzwierciedla sytuację na dzień 1 lipca 2009 r. Komisja dodała okręgi i usunęła z mapy szpital ogólny (Clinique des Deux Alice, który znajdował się w Uccle), ponieważ został on zamknięty na koniec 2011 r. (jego działalność przeniesiono do zakładu Sainte-Élisabeth szpitala prywatnego Cliniques de l'Europe). Jeden z zakładów HIS (Baron Lambert w Etterbeek) nie znajduje się na mapie, ponieważ oferuje jedynie opiekę ambulatoryjną, w związku z czym nie dysponuje łóżkami szpitalnymi objętymi mechanizmem programowania.

więcej, jak wyjaśniono powyżej, szpitale IRIS są jedynymi szpitalami w Regionie Stołecznym Brukseli, które zapewniają UOIG w zakresie społecznej opieki zdrowotnej, w związku z czym szpitale prywatnych nie można uznać za równoważne od względem spełnienia potrzeb społecznych miejscowej ludności. Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, Komisja stwierdza, że istnienie wielu szpitali prywatnych w Regionie Stołecznym Brukseli nie stanowi przesłanki pozwalającej na podanie w wątpliwość tego, że obowiązek opieki w wielu miejscach nałożony na szpitale IRIS, a nie na brukselskie szpitale prywatne, ma charakter faktycznego obowiązku świadczenia usługi publicznej, w szczególności w odniesieniu do UOIG w zakresie społecznej opieki zdrowotnej.

Rysunek 3

Mapa zakładów szpitalnych w Regionie Stołecznym Brukseli



Praktyczny skutek obowiązku opieki w wielu miejscach nałożonego na szpitale IRIS

- (203) Obowiązek opieki w wielu miejscach również można uznać za obciążenie dla szpitali IRIS, ponieważ zobowiązuje on je do powielania niektórych składników infrastruktury i pociąga za sobą wyższe koszty eksploatacyjne. Koszty te związane są przede wszystkim z koniecznością zapewnienia w zakładach takich usług jak ostry dyżur, usługa sterylizacji, usługa nadzoru i ochrony, a także własnej administracji. Finansowanie z BŚF (zob.

motyw 46 lit. a)) przyznaje się jedynie w odniesieniu do jednej z tych usług dla każdego szpitala, bez względu na to, ile zakładów wchodzi w jego skład. Koszty eksploatacyjne dotyczące różnych pozycji (konserwacji, ogrzewania, sprzątnięcia itd.) są doliczane do kosztów infrastruktury i wyposażenia. W ramach badania przeprowadzonego przez stowarzyszenie parasolowe IRIS w 2009 r. oszacowano, że koszty obowiązku opieki w wielu miejscach nieobjęte finansowaniem z BŚF wynosiły [...] mln EUR w 2008 r. i [...] mln EUR w 2009 r. dla pięciu szpitali IRIS ogółem.

Wniosek dotyczący obowiązku opieki w wielu miejscach nałożonego na szpitale IRIS

- (204) Komisja stwierdza, że zgodnie z planami strategicznymi IRIS szpitale IRIS mają wyraźny obowiązek 1) utrzymywania wszystkich zakładów szpitalnych w celu spełnienia potrzeb medyczno-społecznych odnośnie lokalnej ludności oraz 2) zapewnienia pełnej oferty podstawowej opieki zdrowotnej we wszystkich tych zakładach. W szczególności w planie strategicznym IRIS określono działania, które uznaje się za opiekę zdrowotną i za opiekę specjalistyczną, oraz wskazano dla każdego zakładu szpitalnego IRIS, jakie rodzaje opieki należy oferować. Ponadto postanowienia statutów szpitali IRIS i przepisy ustawy o CPAS zapewniają, aby szpitale IRIS były w pełni świadome potrzeb medyczno-społecznych lokalnej ludności i były w związku z tym odpowiednio zarządzane. Co więcej, obowiązek opieki w wielu miejscach przekracza wymogi ustawy LCH i mechanizmu programowania, ponieważ w mechanizmie tym nie uwzględniono potrzeb społecznych konkretnej grupy ludności ani sytuacji społecznej właściwej dla danego obszaru geograficznego. Szpitale prywatne nie mają zatem obowiązku ani prowadzenia działalności w wielu miejscach, ani zapewniania pełnej oferty podstawowej opieki zdrowotnej w każdym zakładzie (jeżeli podejmują decyzję o prowadzeniu działalności w wielu miejscach). Ponadto, jak wyjaśniono w poprzednim motywie, obowiązek opieki w wielu miejscach generuje znaczne koszty dla szpitali IRIS, których nie pokrywa BŚF i które tym samym przyczyniają się do deficytu szpitali IRIS.

III. Obowiązek świadczenia rozszerzonych usług społecznych

- (205) Ponadto władze belgijskie uważają, że szpitale IRIS mają obowiązek świadczenia rozszerzonych usług społecznych na rzecz pacjentów i ich rodzin. Zdaniem skarżących, obowiązek polega jedynie na tym, że ilość usług społecznych jest większa niż ich ilość oferowana przez inne szpitale. W tym kontekście należy podkreślić, że ani ustawa LCH, ani warunki wydawania zatwierdzenia szpitali (na podstawie zarządzenia królewskiego z dnia 23 października 1964 r.) nie nakładają ogólnego obowiązku zapewniania usług społecznych przez szpital. Jedynie niektóre pojedyncze zasady dotyczące niektórych usług szpitalnych (usług geriatrycznych i psychiatrycznych ⁽²⁴⁹⁾) przewidują interwencję pracowników socjalnych. Ponadto zasada właściwa dla szpitali uniwersyteckich przewiduje obecność tylko jednego pracownika socjalnego przypadającego na 2 000 przyjęć ⁽²⁵⁰⁾. Z wyjątkiem sytuacji szczególnych szpitale prywatne nie mają żadnego obowiązku zapewniania usług społecznych wszystkim swoim pacjentom. Na podstawie planów strategicznych IRIS szpitale IRIS są natomiast zobowiązane do dysponowania służbami społecznymi pomagającymi wszystkim pacjentom, którzy ich potrzebują.

Obowiązek świadczenia rozszerzonych usług społecznych nałożony na szpitale IRIS

- (206) W planie strategicznym IRIS na lata 1996–2001 przedstawiono ogólny kontekst wszechstronnej opieki nad pacjentami w szpitalach IRIS, w tym w odniesieniu do aspektów psychospołecznych i środowiskowych:

„Wszechstronna opieka nad pacjentami: pacjenta nie można zredukować do choroby, w zakresie której wymaga on opieki. Szczególnie niektóre kategorie pacjentów muszą korzystać z **wszechstronnej opieki**, pod względem zarówno czysto medycznym, **jak i psychospołecznym i środowiskowym**: dotyczy to pacjentów geriatrycznych, pacjentów pediatrycznych, pacjentów chorych terminalnie, pacjentów psychiatrycznych, **pacjentów znajdujących się w trudnej sytuacji społecznej** itd.” ⁽²⁵¹⁾.

⁽²⁴⁹⁾ Przykładowo w załączniku 19 do zarządzenia królewskiego z dnia 23 października 1964 r. (Moniteur belge z dnia 7 listopada 1964 r., s. 11709) określono, że w zakresie usług neuropsychiatrycznych zapewnianych pacjentom dorosłym należy dysponować co najmniej jednym asystentem socjalnym na 120 pacjentów.

⁽²⁵⁰⁾ Zarządzenie królewskie z dnia 15 grudnia 1978 r. określające szczególne normy dla szpitali uniwersyteckich (Moniteur belge z dnia 4 lipca 1979 r., s. 7818).

⁽²⁵¹⁾ Zob. sekcja „Główne osie” (s. 6). Dodano pogrubienie.

(207) W planie tym opisano bardziej szczegółowo rolę służby społecznej i jej główne zadania:

„Szpitale [IRIS] muszą dysponować służbą społeczną, której główną rolą jest przyczynianie się do dobrego samopoczucia pacjentów, jakości usług medycznych i optymalnego funkcjonowania instytucji. Służba społeczna współpracuje z kierownikiem jednostki i jest partnerem dla wszystkich służb w szpitalu. Odpowiada ona za humanizację warunków pobytu [pacjentów w szpitalu]. Musi **skupiać się na społecznych trudnościach pacjentów najlepiej przed hospitalizacją, ale także w trakcie pobytu w szpitalu i w czasie jego opuszczania**. Stanowi ona uprzywilejowany czynnik łączący pacjenta, szpital, rodzinę pacjenta i jego otoczenie. W tym celu służba ta musi:

- dysponować czasem i umiejętnościami zawodowymi w celu przeprowadzenia wraz pacjentem, jego otoczeniem i zespołami opieki oceny jego potrzeb oraz opracować wraz z nim właściwe odpowiedzi,
- posiadać dostęp do dokumentacji dotyczącej przyjęcia i dokumentacji medycznej pacjentów, w której może ona wskazać dane społeczne mające wpływ na jakość opieki,
- być powiadamiana z odpowiednim wyprzedzeniem o dacie przeniesienia lub wypisania pacjenta, aby wdrożyć odpowiednie zalecenia,
- przedstawiać opinię o pacjentach, których profile i stany chorobowe są złożone,
- wdrażać, wraz ze służbą finansową, mechanizmy określone w przepisach prawa, przy czym zakres jej interwencji jest ograniczony zasadami etyki zawodowej w ramach relacji skupionej na pacjencie we wszystkich dotyczących go aspektach społecznych,
- **zapewniać koordynację z ośrodkami CPAS,**
- znać istniejące sieci społeczne i sanitarne,
- proponować zmiany ulepszające funkcjonowanie szpitala,
- dysponować infrastrukturą, która gwarantuje poufność wymiany informacji i danych.

Zadania związane z medycyną społeczną, które stanowią istotę działalności szpitali publicznych, wskazują, że szpitale te pełnią funkcję koordynacji podmiotów służby zdrowia, uczestniczą w sieciach sanitarnych i społecznych, a nawet je tworzą, oraz bezpośrednio uczestniczą w tworzeniu dodatkowych usług IRIS **niezbędnych do tego, aby spełnić potrzeby ludności** (takich jak ośrodek opieki, hotel dla rodziny, opieka paliatywna w miejscu zamieszkania, ośrodki opieki dla osób używających środków odurzających i dla bezdomnych, usługi opieki w domu itd.). Szpitale akredytują podmioty, z którymi współpracują”⁽²⁵²⁾.

(208) Zgodnie z tym planem strategicznym usługa społeczna odgrywa również ważną rolę podczas przyjmowania pacjentów:

„Przyjęcia muszą odbywać się odmiennie w zależności od tego, czy przybycie pacjenta związane jest z nagłym przypadkiem czy też ma na celu skorzystanie z konsultacji lub przyjęcie go do szpitala; w każdym przypadku podczas przyjmowania należy zapewnić pacjentowi dyskrecję i komfort oraz przyczynić się do ograniczenia jego niepokoju i niepokoju jego rodziny w jak największym stopniu. **Usługi społeczne naszych szpitali odgrywają w tym względzie główną rolę**”⁽²⁵³⁾.

(209) W planie strategicznym IRIS na lata 2002–2014 dodano:

„Usługi społeczne w szpitalu publicznym są niezbędne, aby towarzyszyć pacjentom zarówno objętym opieką ambulatoryjną, jak i hospitalizowanym. Polegają one na tym, aby **pomagać pacjentom i ich rodzinom w rozwiązywaniu problemów i trudności administracyjnych, finansowych, społecznych i relacyjnych oraz związanych ze stanem chorobowym, pobytem i leczeniem w szpitalu oraz nowymi perspektywami i sytuacjami, a także w zarządzaniu tymi problemami i trudnościami**.

Służba społeczna:

- towarzyszy pacjentom w ich samodzielności i niezależności,

⁽²⁵²⁾ Zob. sekcja „Cele towarzyszące” (s. 54, 55). Dodano pogrubienie.

⁽²⁵³⁾ Zob. plan strategiczny na lata 1996–2000, sekcja „Główne osie” (s. 10). Dodano pogrubienie.

- dąży do uwzględnienia w opiece ogólnej norm, wartości, kultury pacjenta, w związku z czym opiera się ona na pomocy administracyjnej, wsparciu psychospołecznym, a także roli w zakresie informowania, zapobiegania, uświadamiania, współpracy i koordynacji. **Usługa społeczna świadczona jest zatem na różnych poziomach w zależności od tego, czy pacjenci potrzebują pomocy społeczno-materialnej, społeczno-administracyjnej lub psychospołecznej.**
- wymaga kompetencji w zakresie wiedzy fachowej i umiejętności społecznych, zarazem teoretycznych i technicznych, a także cech osobowościowych i relacyjnych.

[...]

Podsumowując, **zadania służby społecznej są wielorakie:**

- zapewnienie **przyjęcia pacjenta do szpitala** i przygotowanie w najlepszych warunkach **jego wyjścia za szpitala do odpowiedniego miejsca życia,**
- **zapewnienie pacjentowi pomocy w uzyskaniu ubezpieczenia społecznego umożliwiającego mu pokrycie kosztów jego leczenia.**

W tym zakresie służby społeczne i wszyscy pracownicy socjalni dążą do tych samych celów i mają ten sam interes co szpital, a ich szczególna działalność ma **wpływ na skrócenie pobytu w szpitalu i na odzyskanie przez szpital poniesionych kosztów**" ⁽²⁵⁴⁾.

- (210) Rolę służb społecznych w odzyskaniu opłat za leczenie od ośrodków CPAS (zob. również motyw 187) potwierdzono również w treści planu strategicznego IRIS na lata 2002–2014. W planie tym podkreślono w szczególności, że jednym z zadań służb społecznych jest przygotowanie badań dotyczących wypłacalności odnoszących się do pacjentów:

„Służba społeczna sporządza z informatyzowaną dokumentację społeczną, która ma pozwolić na obserwowanie pacjentów w sieci [IRIS]. Służba **przeprowadza badania wypłacalności** [dotyczące pacjentów] oraz wprowadza kody »V« karty RCM ⁽²⁵⁵⁾ i dokonuje innych czynności rejestracyjnych określonych w przepisach. Ta dokumentacja [społeczna] zostanie jak najszybciej powiązana z dokumentacją medyczną i z centralnymi systemami informatycznymi. Należy zapewnić możliwość wykorzystania tej rejestracji dokumentacji społecznej jako podstawy realizacji społecznych zadań szpitala publicznego [IRIS]" ⁽²⁵⁶⁾.

- (211) Zadania te dotyczą gromadzenia informacji wymaganych do „badań społecznych”, które są niezbędne w celu określenia, czy pacjenci spełniają warunki konieczne do tego, by ośrodek CPAS pokrył koszty ich świadczeń medycznych (zob. również motywy 187–188). Ścisłej rzecz ujmując, pracownicy socjalni szpitala gromadzą użyteczne informacje ⁽²⁵⁷⁾, aby umożliwić ośrodkowi CPAS zweryfikowanie, zgodnie z jego obowiązkami prawnymi ⁽²⁵⁸⁾, statusu ubóstwa pacjenta, a tym samym podjęcie decyzji, czy zwrot ze strony ośrodka CPAS jest uzasadniony.

Praktyczny wpływ obowiązku świadczenia rozszerzonych usług społecznych nałożonego na szpitale IRIS

- (212) Personel służb społecznych szpitali IRIS przeszedł szczegółowe szkolenie i działa zgodnie z kodeksem etyki zawodowej, uwzględniając swoją rolę łącznika między różnymi służbami w szpitalu (w szczególności między lekarzami, personelem pielęgniarskim, jednostkami odpowiedzialnymi za fakturowanie i przyjęcia) oraz poza szpitalem (na przykład objęcie ubezpieczeniem społecznym, opieka i pomoc w miejscu zamieszkania, aspekty językowe i kulturowe).

⁽²⁵⁴⁾ Zob. sekcja „Szczególne zadania szpitala publicznego” (s. 82). Dodano pogrubienie.

⁽²⁵⁵⁾ Karta RCM (fr. *résumé clinique minimum*) jest to znormalizowane zwięzłe podsumowanie historii medycznej pacjenta, którą szpitale ogólne mają obowiązek rejestrować od 1990 r. Karta ta jest wykorzystywana między innymi do określenia potrzeb w zakresie wyposażenia szpitalnego, do ustalania norm jakościowych i ilościowych w zakresie akredytacji szpitali i ich usług oraz do organizowania finansowania szpitali. Kody „V” dotyczą czynników, które wpływają na stan zdrowia pacjenta i kontakt ze służbą zdrowia. Kody te można wykorzystać do wskazania problemów społeczno-gospodarczych, prawnych i rodzinnych, które mogą wpływać na pobyt pacjenta.

⁽²⁵⁶⁾ Zob. sekcja „Szczególne zadania szpitala publicznego” (s. 83). Dodano pogrubienie.

⁽²⁵⁷⁾ Przykładowo w 2012 r. pracownicy socjalni szpitali IRIS zgromadzili informacje w ramach 25 749 ankietowych badań społecznych. Liczba ta odpowiada około 5,4 % pacjentów hospitalizowanych w tamtym roku.

⁽²⁵⁸⁾ Obowiązek ten wynika z art. 60 ust. 1 ustawy o CPAS, art. 9 a ustawy z dnia 2 kwietnia 1965 r. (w zakresie ewentualnego zwrotu ze strony federalnej służby publicznej ds. integracji społecznej na rzecz ośrodka CPAS, o ile spełnione są określone warunki) i z okólnika z dnia 25 marca 2010 r. dotyczącego badań społecznych (Moniteur belge z dnia 6 maja 2010 r., s. 25432).

- (213) Aby ocenić koszt usług społecznych, sieć IRIS porównała faktyczny koszt pracowników socjalnych zatrudnionych w szpitalach IRIS z rozsądnym poziomem odpowiadającym jednemu pracownikowi socjalnemu przypadającemu na 2 000 przyjęć (co odpowiada obowiązkowi mającemu zastosowanie do szpitali uniwersyteckich). Analiza ta pokazuje, że pięć szpitali IRIS zatrudniało 81,1 pracowników socjalnych⁽²⁵⁹⁾, podczas gdy zgodnie z rozsądnym poziomem szpitale te zatrudniałyby jedynie 36,7 pracowników socjalnych. Różnica wynosi zatem 44,4, co wskazuje na to, że szpitale IRIS zatrudniają ponad dwa razy więcej pracowników socjalnych niż wynika to z zasady stosowanej w odniesieniu do szpitali uniwersyteckich. Stanowi to dobrą ilustrację faktu, że wymogi określone w planach strategicznych zobowiązują szpitale IRIS do świadczenia o wiele szerszego zakresu usług społecznych niż oferta minimalna (na przykład w odniesieniu do usług geriatrycznych i psychiatrycznych) stosowana w innych szpitalach nieuniwersyteckich (niezależnie od tego, czy są one publiczne czy prywatne). Fakt, że brukselskie nieuniwersyteckie szpitale prywatne również zatrudniają pracowników socjalnych, można wyjaśnić nie tyle ogólnym obowiązkiem świadczenia usług społecznych na rzecz ich pacjentów, co wspomnianymi minimalnymi wymogami. Podobnie, jak wykazano wyżej, szpitale IRIS wychodzą znacznie poza podstawowy wymóg, zgodnie z którym na 2 000 przyjęć przypada jeden pracownik socjalny i który ma zastosowanie do szpitali uniwersyteckich w Belgii. W związku z tym niesfinansowany koszt usług społecznych szpitali IRIS wynosił w 2010 r. [...] mln EUR⁽²⁶⁰⁾. Obowiązek świadczenia rozszerzonych usług społecznych stanowi zatem znaczny koszt dla szpitali IRIS, którego nie muszą ponosić brukselskie szpitale prywatne.

Wniosek dotyczący obowiązku rozszerzonych usług społecznych nałożonego na szpitale IRIS

- (214) Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, Komisja stwierdza, że w przeciwieństwie do brukselskich szpitali prywatnych szpitale IRIS mają obowiązek świadczenia rozbudowanych usług społecznych, które pomagają pacjentom i ich rodzinom w rozwiązywaniu problemów administracyjnych, finansowych, społecznych i relacyjnych. Obowiązek ten określono w planach strategicznych IRIS, które narzucają ten obowiązek szpitalom IRIS. Istnienie tego obowiązku świadczenia rozszerzonych usług społecznych przekłada się na dużą liczbę pracowników socjalnych zatrudnionych w szpitalach IRIS, która znacznie przewyższa poziom ustalony dla innych belgijskich szpitali. Zadaniem służb społecznych szpitali IRIS jest przede wszystkim zajmowanie się wspomnianymi wyżej trudnościami, których pacjenci doświadczają nie tylko podczas swoje pobytu, lecz także po wyjściu ze szpitala, udzielanie pomocy pacjentom w uzyskaniu ubezpieczenia społecznego, co pozwoli im na opłacenie kosztów świadczeń medycznych, a także realizacja ankietowych badań społecznych i wymiana informacji z innymi służbami szpitala oraz z ośrodkiem CPAS. Obowiązek ten i jego koszt są ściśle związane z pozostałymi obowiązkami, które składają się na UOIG w zakresie społecznej opieki zdrowotnej (zob. motyw 167). Szpitale IRIS mają bowiem do czynienia z dużym zapotrzebowaniem na pracowników socjalnych właśnie ze względu na to, że ich obowiązkiem jest leczenie wszystkich pacjentów w każdych okolicznościach i niezależnie od ich zdolności do zapłacenia za leczenie. Dodatkowe usługi społeczne są niezbędne przede wszystkim dla pacjentów potrzebujących i ich rodzin, dlatego właśnie należy przeprowadzać badania społeczne. Ponadto liczba pracowników socjalnych jest większa od liczby, której można się rozsądnie spodziewać (tj. wynikającej z reguły: jeden pracownik na 2 000 przyjęć, zob. motyw 213), ponieważ szpitale IRIS mają obowiązek utrzymywania zakładów w wielu miejscach.

IV. Wniosek dotyczący dodatkowych obowiązków

- (215) Komisja stwierdza, że szpitale IRIS zapewniają UOIG w zakresie społecznych świadczeń zdrowotnych, które poza ich podstawowymi zadaniami szpitalnymi obejmują obowiązek 1) leczenia wszystkich pacjentów w każdych okolicznościach (w tym w sytuacjach niestanowiący nagłych przypadków) niezależnie od zdolności pacjentów do zapłacenia za leczenie, 2) zapewnienia pełnej oferty podstawowej opieki szpitalnej w wielu miejscach oraz 3) uzupełniania opieki medycznej o rozszerzoną pomoc zapewnianą w ramach ich rozbudowanych usług społecznych. To połączenie obowiązków zapewnia spełnienie szczególnych potrzeb społecznych ludności brukselskiej w zakresie usług szpitalnych, a także dostęp do opieki szpitalnej wysokiej jakości dla wszystkich, a w szczególności dla osób najbardziej potrzebujących. Żaden tego rodzaju dodatkowy obowiązek nie ma zastosowania do brukselskich szpitali prywatnych, których jedyne zadanie stanowi świadczenie podstawowej opieki szpitalnej określonej w ustawie LCH. UOIG w zakresie społecznej opieki zdrowotnej świadczone są zatem jedynie przez szpitale IRIS, ponieważ są one jedynymi szpitalami, które muszą wypełniać surowsze i szersze obowiązki poza spełnieniem wymogów minimalnych (tj. realizacją zadań w zakresie podstawowej opieki szpitalnej), które mają zastosowanie do wszystkich szpitali w Belgii na mocy ustawy LCH. Świadczenie wspomnianych UOIG w zakresie społecznej opieki zdrowotnej pociąga za sobą znaczne koszty dla szpitali IRIS, które nie są w ogóle pokrywane ze źródeł finansowania wspólnych dla szpitali publicznych i prywatnych lub są

⁽²⁵⁹⁾ Jest to liczba ekwiwalentów pełnego czasu pracy (EPC).

⁽²⁶⁰⁾ W ramach BŞ przewidziano finansowanie dotyczące pracowników socjalnych (w odniesieniu do dziedzin, takich jak geriatra, w przypadku których istnieje wymóg minimalny), ale w 2010 r. wynosiło ono jedynie około 400 000 EUR.

pokrywane w ten sposób jedynie częściowo i które powodują deficyty zgłaszane przez szpitale IRIS. Aby zapewnić ciągłość działalności swoich szpitali publicznych, ośrodki CPAS i odnośne gminy Brukseli muszą więc wyrównywać deficyty szpitali IRIS, jak opisano poniżej w pkt 7.3.4.4 i 7.3.5.

7.3.4.2. Przedsiębiorstwo, któremu powierzono realizację zadań, i w stosownych przypadkach odnośne terytorium

- (216) Każdy szpital IRIS posiada własny statut, w którym określa się jego cel, podczas gdy plany strategiczne IRIS mają zastosowanie do każdego z pięciu szpitali IRIS. Ponadto, tak jak w przypadku wszystkich belgijskich szpitali, szpitale IRIS otrzymały indywidualną upoważnienie, której potrzebują, aby móc ubiegać się o inne rodzaje finansowania publicznego (takie jak BSF). W ramach tych aktów powierzenia nie wyszczególnia się terytorium, na których szpitale realizują UOIG.

7.3.4.3. Prawa wyłączne lub specjalne

- (217) Szpitale IRIS nie posiadają żadnych praw wyłącznych lub specjalnych.

7.3.4.4. Mechanizm rekompensaty

- (218) Mechanizm wyrównania deficytów opisano w art. 46 statutu każdego z pięciu szpitali IRIS. Artykuł ten ma obecnie następujące brzmienie (zob. również przypis 48):

„Nie naruszając art. 109 [ustawy LCH], uchwałą walnego zgromadzenia wyniki za rok obrotowy rozdziela się między członków stowarzyszenia dysponujących co najmniej jedną piątą całkowitej liczby głosów na walnym zgromadzeniu”.

- (219) Z art. 46 statutów szpitali IRIS wynika wyraźnie, że:

- wspomniane wyrównanie deficytów nie narusza mechanizmu przewidzianego w art. 109 ustawy LCH (obecnie art. 125 ustawy LCH w wersji z dnia 10 lipca 2008 r.), zgodnie z którym gminy mają obowiązek pokrycia deficytu ich szpitali publicznych z wyłączeniem niektórych rodzajów działalności⁽²⁶¹⁾. Jak wyjaśniono poniżej (zob. motyw 235), wyrównanie deficytów zgodnie z art. 109 nie ma jednak rzeczywistego wpływu w niniejszym przypadku, ponieważ w momencie otrzymania tego wyrównania szpitale IRIS niezwłocznie zwracają te kwoty gminie,
- wynik do pokrycia jest to wynik figurujący w sprawozdaniach finansowych szpitala (dotyczy on deficytu księgowego szpitala jako całości, a zatem obejmuje także wynik działań powiązanych szpitala IRIS, zob. również motyw 41). Odwrotnie niż w art. 109 ustawy LCH w art. 46 statutów szpitali IRIS z deficytu nie wyłącza się niektórych rodzajów działalności. Jasne jest jednak również, że wyrównanie nie może przekraczać kwoty deficytu księgowego, ponieważ jest ono ograniczone do wyniku roku obrotowego,
- jedynie członkowie stowarzyszenia, którzy posiadają jedną piątą głosów w walnym zgromadzeniu, mają obowiązek uczestniczyć w pokryciu deficytu. W praktyce oznacza to, że jedynie gminy i ośrodki CPAS muszą zapewnić to pokrycie⁽²⁶²⁾.

- (220) Biorąc pod uwagę, że szpitale IRIS realizują jedynie UOIG i działania powiązane, w art. 46 statutu każdego szpitala IRIS określono wyraźny mechanizm wyrównania, wskazując, że wynik roku obrotowego (bez żadnego wyjątku) musi zostać pokryty. Wynik ten określa się na podstawie wyraźnie określonego zestawu zasad rachunkowości, które stosuje się w ten sam sposób w odniesieniu do belgijskich szpitali publicznych i prywatnych. Ponadto każdy szpital ma obowiązek (zgodnie z art. 80–85 ustawy LCH) wyznaczenia niezależnego biegłego rewidenta, który weryfikuje jego sprawozdania finansowe i wyniki (zob. motyw 49).

⁽²⁶¹⁾ W zarządzeniu królewskim (obecnie zarządzenie królewskie z dnia 8 marca 2006 r.) określono metodę obliczania deficytu, który gminy mają obowiązek pokryć zgodnie z art. 109 ustawy LCH.

⁽²⁶²⁾ Stowarzyszenie, które reprezentuje lekarzy danego szpitala, oraz w stosownych przypadkach Université libre de Bruxelles lub Vrije Universiteit Brussel posiadają nadal mniej niż 20 % głosów w lokalnych stowarzyszeniach szpitali IRIS. Podobnie od 2000 r. gmina i ośrodek CPAS w Jette są członkami stowarzyszenia szpitala CHU Brugmann, ponieważ jednak posiadają mniej niż 20 % głosów w tym stowarzyszeniu, nie uczestniczą w wyrównaniu deficytu. Ponadto od roku obrotowego 2014 gmina i ośrodek CPAS w Schaerbeek posiadają również mniej niż 20 % głosów w stowarzyszeniu szpitala CHU Brugmann, w związku z czym także nie uczestniczą już w pokrywaniu deficytu tego szpitala. Oznacza to, że od 2014 r. jedynie miasto Bruksela i jego ośrodek CPAS mają obowiązek pokrywania deficytu szpitala CHU Brugmann.

- (221) Ponieważ art. 46 wymaga pokrycia całego deficytu szpitala IRIS, postanowienia tego artykułu wykraczają poza minimalny wymóg przewidziany w art. 109 ustawy LCH. Przyczyną całkowitego pokrycia deficytu w związku z realizacją UOIG i działań powiązanych⁽²⁶³⁾ jest to, że brukselskie organy samorządowe chcą zapewnić ciągłość i rentowność szpitali IRIS (zob. motyw 91) w każdej chwili. Art. 46 wpisuje się zatem w logikę art. 61 ustawy o CPAS, który ma następujące brzmienie:

„Ośrodek może nawiązać współpracę z osobami, placówkami lub służbami, które – utworzone bądź przez władze publiczne, bądź z inicjatywy prywatnej – dysponują środkami niezbędnymi do wdrożenia różnych niezbędnych rozwiązań przy poszanowaniu wolnego wyboru zainteresowanej strony.

Ośrodek może pokrywać ewentualne koszty tej współpracy, jeżeli nie są one pokrywane na podstawie innej ustawy, rozporządzenia, umowy lub orzeczenia sądowego”.

- (222) Ponadto, jak wyjaśniono powyżej (zob. motywy 22 i 44), gminy mają obowiązek pokrycia deficytu swoich ośrodków CPAS. W związku z tym to na gminie spoczywa ostateczna odpowiedzialność za pokrycie całości deficytu jej szpitala publicznego.

7.3.4.5. Zasady odzyskiwania ewentualnych nadwyżek rekompensaty i sposoby unikania tych nadwyżek

- (223) Jak wyjaśniono poniżej, mechanizm wyrównania deficytów funkcjonuje w taki sposób, że ryzyko nadwyżki rekompensaty jest od początku bardzo ograniczone (zob. motyw 247). Ponadto ustawą z dnia 14 listopada 1983 r. (zob. motywy 248–250) i ustawą o CPAS (zob. motywy 251 i 252) gminom zapewniono środki prawne niezbędne do kontrolowania nadwyżki rekompensaty oraz, w stosownych przypadkach, odzyskania nadwyżek rekompensaty.

7.3.4.6. Odniesienie do decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

- (224) W art. 4 lit. f) decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. ustanowiono wymóg, zgodnie z którym akt powierzenia zawiera w szczególności odniesienie do tej decyzji. W art. 10 lit. a) tej samej decyzji przewidziano dwuletni okres przejściowy w odniesieniu do programów pomocy wdrożonych przed dniem 31 stycznia 2012 r. i zgodnych z rynkiem wewnętrznym na podstawie decyzji w sprawie UOIG z 2005 r. W związku z tym w niniejszym przypadku odniesienie do decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. wprowadzono dopiero w 2014 r. W szczególności od 2014 r. każda decyzja gmin brukselskich o dokonaniu płatności na rzecz szpitala IRIS zgodnie z art. 46 statutów szpitali IRIS zawiera również odniesienie do decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. Należy ponadto zauważyć, że ustawą z dnia 10 kwietnia 2014 r.⁽²⁶⁴⁾ dodano odniesienie do decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. w art. 108 obecnej wersji ustawy LCH. Ścisłej rzecz ujmując, w artykule tym zawarto wymóg, aby każda decyzja dotycząca kwoty z BŚF, która ma być przyznana szpitalowi, zawierała wyraźnie odniesienie do decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. Komisja stwierdza zatem, że ten warunek formalny jest spełniony.

7.3.5. Rekompensata

- (225) Drugim istotnym warunkiem zgodności przewidzianym w decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. jest warunek, że kwota rekompensaty wypłacona za świadczenie UOIG nie może przekraczać kwoty niezbędnej do pokrycia kosztów netto wynikających z wywiązywania się z obowiązków świadczenia usługi publicznej, z uwzględnieniem rozsądnego zysku⁽²⁶⁵⁾. W decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. określono również, w jaki sposób należy obliczyć koszty netto (w szczególności poprzez określenie kosztów i przychodów, które można uwzględnić), wskazano, w jaki sposób należy określić rozsądny zysk, oraz wprowadzono wymóg, zgodnie z którym przedsiębiorstwo prowadzące zarówno działalność wchodzącą w zakres UOIG, jak i działalność wykraczającą poza ten zakres, prowadzi oddzielną księgowość wewnętrzną dla działalności związanej z UOIG i dla pozostałej działalności⁽²⁶⁶⁾.
- (226) W niniejszym przypadku szpitale IRIS realizowały tylko UOIG i ograniczone działania powiązane z tą UOIG, które opisano wyżej (zob. motyw 41 i 155). Prowadząc wszystkie te rodzaje działalności (UOIG i ograniczone działania powiązane), szpitale IRIS ponoszą koszty, które są w znacznym stopniu⁽²⁶⁷⁾ pokrywane z różnych publicznych i prywatnych źródeł finansowania opisanych wyżej (zob. motyw 46). Jak przedstawiono poniżej (zob. tabele 3–7), w ciągu większości lat od 1996 r. prowadzenie tych rodzajów działalności przez szpitale IRIS generowało jednak deficyt. Komisja szacuje, że deficyty te stanowią koszt rezydualny netto (tj. część kosztu netto, której nie pokryto ze źródeł finansowania opisanych w motywie 46) UOIG i ograniczonych działań powiązanych realizowanych przez szpitale IRIS. Wyrównując te deficyty, gminy pokrywają jedynie koszt rezydualny netto

⁽²⁶³⁾ Wszystkie koszty ponoszone w celu realizacji UOIG i działań powiązanych stanowią koszty usługi publicznej obejmujące koszt działań powiązanych.

⁽²⁶⁴⁾ Moniteur belge z dnia 30 kwietnia 2014 r., s. 35442. Ustawę stosuje się od dnia 10 maja 2014 r.

⁽²⁶⁵⁾ Art. 5 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

⁽²⁶⁶⁾ Art. 5 ust. 2–9 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

⁽²⁶⁷⁾ W latach 2007–2011 z finansowania tego pokryto średnio około [...] % kosztów szpitali IRIS.

ponoszony przez szpitale IRIS w związku z realizacją UOIG i działań powiązanych oraz nie przyznają nawet rozsądnego zysku. W związku z tym wyrównanie deficytów zarejestrowanych przez szpitale IRIS z definicji nie musi powodować i nie spowodowało wystąpienia faktycznej nadwyżki rekompensaty (zob. także motywy 234–245 poniżej).

- (227) Zgodnie z art. 77 ustawy LCH wszystkie szpitale mają obowiązek prowadzenia oddzielnych rachunków, które uwidaczniają koszt każdej usługi. Zasady rachunkowości mające zastosowanie do szpitali publicznych i prywatnych określono w zarządzeniu królewskim z dnia 19 czerwca 2007 r. ⁽²⁶⁸⁾. Zgodnie z tym zarządzeniem królewskim działalność pozaszpitalna (tj. w niniejszym przypadku działania powiązane opisane wyżej w motywach 41 i 155) powinna być księgowana oddzielnie (ściślej rzecz ujmując, należy ją ewidencjonować pod kodami księgowymi 900–999, zob. również motyw 49). Komisja otrzymała poświadczenia od niezależnych biegłych rewidentów każdego szpitala IRIS potwierdzające, że rozdzielnie rachunków przeprowadzono zgodnie z wymogami prawa belgijskiego ⁽²⁶⁹⁾. W związku z tym Komisja stwierdza, że spełniono obowiązek przewidziany w art. 5 ust. 9 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. dotyczący prowadzenia oddzielnych rachunków.
- (228) Jak wyjaśniono powyżej (zob. motyw 44), zgodnie z art. 46 statutów szpitali IRIS brukselskie gminy i ośrodki CPAS są zobowiązane do pokrycia całości deficytu księgowego ich szpitali. Obowiązek ten, który istnieje od czasu utworzenia szpitali IRIS, wykracza poza mechanizm częściowego wyrównania deficytów przewidziany w art. 109 ustawy LCH (zob. motyw 47). Wyrównanie przyznane na podstawie art. 46 statutów szpitali IRIS nie może jednak nigdy przewyższać deficytu księgowego za dany rok obrotowy. Ponadto, chociaż w art. 46 przewidziano wyraźny obowiązek wyrównania deficytów, nie określono w nim jednak wyraźnie, w którym momencie gminy i ośrodki CPAS muszą faktycznie przekazać środki ⁽²⁷⁰⁾.
- (229) W praktyce czas, w którym gminy muszą dokonać płatności na rzecz szpitali IRIS, zależał zawsze od dostępności środków pieniężnych w gminnych. Ze względu na to, że dostępne fundusze były zwykle niewystarczające, gminy zazwyczaj opóźniały płatność wyrównania deficytów szpitali. Gminy mogły teoretycznie nadal opóźniać płatność aż do momentu, w którym federalna służba publiczna ds. zdrowia publicznego określa deficyt zgodnie z art. 109 ustawy LCH, ponieważ zdarzenie to zobowiązywało je do dokonania (częściowej) płatności wyrównania deficytów szpitali. Mogło jednak upłynąć dużo czasu (w niektórych przypadkach dziesięć lat) od momentu, w którym poznano wysokość deficytu księgowego, do momentu, w którym obliczono deficyt zgodnie z art. 109 ustawy LCH. Oznacza to, że w latach 1996–2002 szpitale IRIS zakumulowały ogromne deficyty (wynoszące ponad 50 mln EUR). Aby uzupełnić tę lukę w finansowaniu, szpitale IRIS zostały zmuszone do zaciągnięcia pożyczek bankowych, których koszty jeszcze bardziej zwiększyły ich deficyty.
- (230) Gminy zdały sobie sprawę z tego, że sytuacja ta jest dla nich niekorzystna, skoro ostatecznie zapłaciły odsetki od tych pożyczek na pokrycie deficytów; zamierzały zatem płacić szpitalom IRIS szybciej, zanim federalna służba publiczna ds. zdrowia publicznego zmusi je do pokrycia deficytu zgodnie z art. 109 ustawy LCH. Ze względu na niewystarczające zasoby finansowe na szczeblu gminnym Region Stołeczny Brukseli musiał interweniować, aby umożliwić takie działanie. Region w szczególności zapewnił finansowanie odnośnym gminom 1) w sposób pośredni poprzez fundusz FRBRTC (zob. motyw 231) oraz 2) od 2003 r. również w sposób bezpośredni, udzielając subwencji specjalnych (zob. motywy 232 i 233). Umożliwiło to gminom szybsze, chociaż częściowe ⁽²⁷¹⁾, spełnienie ich obowiązku w zakresie wyrównania deficytów szpitali IRIS. Jak wyjaśniono powyżej (zob. pkt 7.1), Region Stołeczny Brukseli przyznał i w dalszym ciągu przyznaje finansowanie publiczne jedynie na rzecz odnośnych gmin brukselskich, a nie na rzecz szpitali IRIS.

⁽²⁶⁸⁾ Moniteur belge z dnia 29 czerwca 2007 r., s. 35929. Mające zastosowanie od dnia 9 lipca 2007 r. Wspomniane zarządzenie królewskie zastąpiło zarządzenie królewskie z dnia 14 grudnia 1987 r. dotyczące rocznych sprawozdań finansowych szpitali, w którym przewidziano bardzo podobne wymogi.

⁽²⁶⁹⁾ W tym kontekście należy zauważyć, że niektóre przepływy księgowe związane z działalnością szpitalną również należy księgować pod kodami księgowymi 900–999. Dotyczy to niektórych przepływów, których nie uwzględnia się przy określaniu finansowania z BŚF (co opiera się na zasadach rachunkowości kasowej, a nie na metodzie rachunkowości memoriałowej, którą stosuje się w księgowości szpitalnej).

⁽²⁷⁰⁾ W teorii szpitale IRIS mogą zwrócić się do gmin z wnioskiem o przekazanie wyrównania deficytu, gdy znany jest wynik roku obrotowego. W praktyce nie uczyniły tego, ponieważ są kontrolowane przez gminy, a gminy nie (zawsze) dysponują niezbędnymi funduszami, aby niezwłocznie dokonać płatności.

⁽²⁷¹⁾ W latach 1996–2014 finansowanie regionalne przyznane na rzecz gmin było faktycznie niewystarczające, aby w całości pokryć deficyty szpitali IRIS (zob. również przypis 143).

- (231) Deficyty szpitali IRIS w latach obrotowych 1996–2002 były wyrównywane przez gminy dopiero od 2002 r. przy pomocy finansowania otrzymanego z funduszu FRBRTC. Wyrównywanie deficytów z tego okresu zakończono dopiero w 2008 r. W celu wyrównania deficytów zarejestrowanych od 2003 r. gminy nie korzystały już z finansowania z funduszu FRBRTC.
- (232) Począwszy od roku obrotowego 2003, Region Stołeczny Brukseli zaczął przyznawać gminom średnio 10 mln EUR rocznie (zob. tabela 2 poniżej odnośnie do dokładnych kwot) w formie subwencji specjalnych. Każda gmina po kolei płaciła swoją część tej subwencji specjalnej, zwykle na początku następnego roku, na podstawie deficytu oszacowanego przez szpital (na przykład na początku 2015 r. za rok obrotowy 2014). Deficyt oszacowuje się na podstawie audytu działalności szpitala i przewidywanego wyniku za dziewięć pierwszych miesięcy roku. W ciągu sześciu miesięcy od końca roku obrotowego (tj. przed końcem czerwca) walne zgromadzenie każdego szpitala IRIS zatwierdza sprawozdania finansowe szpitala i przyjmuje ostateczny deficyt księgowy. Kwota deficytu księgowego pozostającego po wypłaceniu części subwencji specjalnej jest rozliczana w zależności od dostępności środków pieniężnych w gminach. Proces rozliczania może trwać przez wiele kolejnych lat, a podczas całego ocenianego okresu (lata 1996–2014) szpitale IRIS nieustannie oczekiwały na płatności z gmin (zob. tabela w motywie 234 odnośnie do szczegółowych informacji o należnej kwocie pozostającej do rozliczenia).

Tabela 2

Płatności (sfinansowane z subwencji specjalnej) dokonane przez gminy na rzecz szpitali IRIS

(w EUR)

Rok	CHU St. Pierre	CHU Brugmann	HIS	HUDERF	Institut Bordet	Razem
2003	1 620 000	1 770 000	3 765 000	820 000	2 025 000	10 000 000
2004	1 541 775	1 457 000	3 765 000	781 981	1 321 316	8 867 072
2005	2 132 928	3 657 000	3 765 000	778 000	800 000	11 132 928
2006	—	3 657 000	3 765 000	778 000	1 800 000	10 000 000
2007	278 330	4 125 610	3 765 000	622 529	1 208 531	10 000 000
2008	308 367	3 999 767	3 765 000	871 350	1 055 516	10 000 000
2009	490 002	3 231 504	3 765 000	1 246 998	1 266 496	10 000 000
2010	565 440	3 644 432	3 388 500	1 401 628	—	9 000 000
2011	654 580	3 206 932	3 576 750	1 220 232	841 506	9 500 000
2012	1 091 761	3 380 656	3 765 000	945 316	817 267	10 000 000
2013	1 826 753	2 500 348	3 765 000	635 966	1 271 933	10 000 000
2014	1 390 000	2 847 000	3 765 000	618 000	1 380 000	10 000 000
Razem	11 899 936	37 477 249	44 615 250	10 720 000	13 787 565	118 500 000

- (233) Jeżeli chodzi o rachunkowość, część odpowiadająca subwencji specjalnej została w niektórych latach bezpośrednio uwzględniona w wyniku finansowym szpitala (zmniejszając tym samym pozostały deficyt), podczas gdy w innych latach odnośna kwota została uwzględniona jako wyrównanie deficytu (tj. w podziale wyniku). Ponadto w szpitalu CHU Saint-Pierre doszło do opóźnienia w księgowaniu w 2004 r., przez co jego część subwencji specjalnej została zarejestrowana dopiero w księgach rachunkowych dotyczących następnego roku. Fakt ten wyjaśnia, dlaczego łączna kwota subwencji specjalnej dla pięciu szpitali IRIS w 2004 r. wynosiła jedynie 8 867 072 EUR, podczas gdy w 2005 r. wynosiła ona 11 132 928 EUR, tj. ogółem 20 mln EUR (lub 10 mln EUR rocznie, jak przewidziano). Mimo tych różnic w podejściu księgowym podstawową zasadą tych płatności zawsze było zapewnienie szybkiego (i zazwyczaj częściowego) wyrównania deficytu bez powodowania nadwyżki rekompensaty (zob. pozostała część niniejszej sekcji).

(234) W poniższych tabelach 3–7 przedstawiono – dla każdego z pięciu szpitali IRIS – deficyty księgowe zarejestrowane w każdym roku (łącznie deficyty te wynoszą prawie 250 mln EUR za okres 1996–2014) oraz płatności dokonywane każdego roku przez gminy (przy czym płatności te mogą dotyczyć deficytów z poprzednich lat). W tabelach 3–7 wskazano daty (tj. lata), w których gminy dokonały płatności w celu wyrównania deficytów różnych szpitali IRIS, ale nie określono lat, których te płatności dotyczą⁽²⁷²⁾. W tabelach tych przedstawiono również akumulację deficytów w okresie 1996–2002 oraz opóźnienie gmin w płatnościach. Ponadto jasne jest, że w okresie 1996–2014 różne odnośne gminy stale posiadały wobec szpitali IRIS zobowiązania na znaczne kwoty z tytułu wyrównania deficytów. Należna kwota pozostająca do rozliczenia do końca 2014 r. w odniesieniu do pięciu szpitali IRIS łącznie wynosiła ponad 15 mln EUR. W tym kontekście należy podkreślić, że jeżeli szpitale IRIS generują zysk, nie podlega on podziałowi, lecz jest przeznaczany na pokrycie deficytów z przeszłości lub przewidywanych w przyszłości, co ogranicza interwencję gmin. Ponadto z tabel tych wynika również wyraźnie, że zgodnie ze stwierdzeniem władz belgijskich (zob. motyw 89) i przeciwie do argumentów skarżących nie istnieje mechanizm płatności zaliczkowych (zob. motyw 55). Gminy dokonywały bowiem płatności ze znacznym opóźnieniem w stosunku do momentu, w którym zarejestrowano deficyt oraz w którym obowiązek przewidziany w art. 46 statutów szpitali IRIS zaczął mieć zastosowanie. W związku z tym nie można uznać, że data płatności wyrównania deficytów z tytułu realizacji UOIG i działań powiązanych zapewnia korzyść szpitalom IRIS.

Tabela 3

Data płatności z tytułu deficytu i należna kwota pozostająca do rozliczenia w odniesieniu do szpitala CHU Saint-Pierre

(w EUR)

CHU Saint-Pierre	Deficyt księgowy	Płatności dokonane przez gminę	Należna kwota pozostająca do rozliczenia
1996	– 5 737 856	0	– 5 737 856
1997	– 6 754 920	0	– 12 492 776
1998	– 3 696 235	0	– 16 189 011
1999	– 752 234	0	– 16 941 245
2000	– 1 072 993	0	– 18 014 238
2001	– 1 416 937	0	– 19 431 174
2002	– 2 914 245	3 368 351	– 18 977 068
2003	– 2 629 012	4 925 162	– 16 680 918
2004	– 1 541 775	11 571 300	– 6 651 393
2005	– 2 248 399	1 000 000	– 7 899 792
2006	98 114	2 886 635	– 4 915 043
2007	– 774 755	2 217 900	– 3 471 897
2008	– 1 054 119	2 356 333	– 2 169 683
2009	– 1 000 933	490 002	– 2 680 614

⁽²⁷²⁾ Przykładowo w tabeli 3 wskazano, że chociaż szpital CHU Saint-Pierre rejterował deficyty każdego roku od 1996 r., pierwsza płatność (w wysokości 3 368 351 EUR) dokonana przez gminę z tytułu wyrównania jego deficytu nastąpiła dopiero w 2002 r. Tabele nie pozwalają na uzyskanie informacji o tym, który deficyt spośród rocznych deficytów zarejestrowanych od 1996 r. został wyrównany poprzez płatność dokonaną w 2002 r. Szczegółowe informacje dostarczone Komisji przez władze belgijskie wskazują jednak na to, że płatności tej dokonano faktycznie w celu pokrycia części deficytu zarejestrowanego w 1996 r.

(w EUR)

CHU Saint-Pierre	Deficyt księgowy	Płatności dokonane przez gminę	Należna kwota pozostająca do rozliczenia
2010	- 1 576 429	565 440	- 3 691 602
2011	- 949 668	654 580	- 3 986 690
2012	- 1 079 200	1 091 761	- 3 974 129
2013	- 1 880 205	1 826 753	- 4 027 580
2014	- 1 441 778	1 900 931	- 3 568 427
Razem	- 38 423 575	34 855 148	- 3 568 427

Tabela 4

Data płatności z tytułu deficytu i należna kwota pozostająca do rozliczenia w odniesieniu do szpitala CHU Brugmann ⁽¹⁾

(w EUR)

CHU Brugmann	Deficyt księgowy	Płatności dokonane przez gminę	Należna kwota pozostająca do rozliczenia
1996	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
1997	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
1998	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
1999	- 508 171	0	- 508 171
2000	- 3 755 229	0	- 4 263 399
2001	- 5 440 039	0	- 9 703 438
2002	- 1 976 934	0	- 11 680 371
2003	- 1 697 238	1 770 000	- 11 607 609
2004	- 1 442 292	1 457 000	- 11 592 901
2005	- 7 413 186	4 404 420	- 14 601 667
2006	- 14 180 725	10 893 584	- 17 888 808
2007	- 6 954 466	10 151 330	- 14 691 944
2008	- 6 308 290	6 699 647	- 14 300 587
2009	- 6 228 859	3 231 504	- 17 297 942
2010	- 5 011 208	3 644 432	- 18 664 719
2011	- 2 982 442	3 224 315	- 18 422 846
2012	- 2 945 806	16 219 985	- 5 148 666
2013	- 2 799 788	7 090 156	- 858 298
2014	- 2 923 714	2 847 000	- 935 012
Razem	- 72 568 385	71 633 373	- 935 012

⁽¹⁾ Zob. motyw 236 odnośnie do wyjaśnienia przyczyny braku danych liczbowych za lata 1996, 1997 i 1998.

Tabela 5

Data płatności z tytułu deficytu i należna kwota pozostająca do rozliczenia w odniesieniu do szpitala HUDERF

(w EUR)

HUDERF	Deficyt księgowy	Płatności dokonane przez gminę	Należna kwota pozostająca do rozliczenia
1996	- 1 505 830	0	- 1 505 830
1997	- 1 026 881	0	- 2 532 711
1998	- 245 113	0	- 2 777 825
1999	1 642	0	- 2 776 183
2000	- 484 951	0	- 3 261 134
2001	- 1 218 954	0	- 4 480 088
2002	- 479 490	883 192	- 4 076 386
2003	- 1 117 778	1 583 539	- 3 610 625
2004	- 781 981	1 863 863	- 2 528 742
2005	- 1 279 230	778 000	- 3 029 973
2006	- 2 494 074	1 605 532	- 3 918 515
2007	- 2 687 621	1 688 424	- 4 917 712
2008	- 2 314 050	1 208 667	- 6 023 095
2009	- 1 868 670	1 246 998	- 6 644 767
2010	- 1 823 049	1 401 628	- 7 066 187
2011	- 1 620 663	1 220 232	- 7 466 618
2012	- 945 316	5 525 711	- 2 886 223
2013	- 528 779	635 966	- 2 779 036
2014	- 618 000	2 682 372	- 714 664
Razem	- 23 038 788	22 324 124	- 714 664

Tabela 6

Data płatności z tytułu deficytu i należna kwota pozostająca do rozliczenia w odniesieniu do szpitala Institut Bordet

(w EUR)

Institut Bordet	Deficyt księgowy	Płatności dokonane przez gminy	Należna kwota pozostająca do rozliczenia
1996	752 505	0	752 505
1997	170 241	0	922 745
1998	41 349	0	964 094
1999	44 371	0	1 008 465

(w EUR)

Institut Bordet	Deficyt księgowy	Płatności dokonane przez gminy	Należna kwota pozostająca do rozliczenia
2000	5 439	0	1 013 904
2001	154 518	0	1 168 423
2002	-4 929 106	0	-3 760 683
2003	-4 916 506	2 025 000	-6 652 189
2004	-2 001 995	1 321 316	-7 332 868
2005	-771 467	800 000	-7 304 335
2006	-1 817 630	1 800 000	-7 321 966
2007	-1 874 162	2 673 741	-6 522 386
2008	-1 624 347	4 519 412	-3 627 322
2009	-688 005	1 266 496	-3 048 830
2010	-655 634	0	-3 704 465
2011	-838 644	841 506	-3 701 602
2012	-833 460	4 465 110	-69 952
2013	-2 551 468	1 271 933	-1 349 487
2014	-1 943 857	2 023 112	-1 270 232
Razem	-24 277 858	23 007 626	-1 270 232

Tabela 7

Data płatności z tytułu deficytu i należna kwota pozostająca do rozliczenia w odniesieniu do szpitala HIS ⁽¹⁾

(w EUR)

HIS	Deficyt księgowy	Płatności dokonane przez gminę	Należna kwota pozostająca do rozliczenia
1996	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
1997	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
1998	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
1999	- 1 248 404	0	- 1 248 404
2000	- 7 220 971	0	- 8 469 375
2001	- 14 782 680	0	- 23 252 055
2002	- 12 978 574	416 079	- 35 814 550

(w EUR)

HIS	Deficyt księgowy	Płatności dokonane przez gminę	Należna kwota pozostająca do rozliczenia
2003	- 7 990 196	6 018 822	- 37 785 924
2004	- 5 941 987	13 425 604	- 30 302 307
2005	- 4 440 896	3 765 000	- 30 978 203
2006	- 5 022 247	12 622 542	- 23 377 907
2007	- 3 882 170	10 885 280	- 16 374 797
2008	- 3 779 570	10 885 190	- 9 269 178
2009	- 3 774 545	3 765 000	- 9 278 722
2010	- 3 387 655	3 388 500	- 9 277 877
2011	- 3 572 694	3 576 750	- 9 273 821
2012	- 3 767 190	3 765 000	- 9 276 011
2013	- 3 761 761	3 765 000	- 9 272 772
2014	- 3 760 497	3 765 000	- 9 268 269
Razem	- 89 312 036	80 043 767	- 9 268 269

(¹) Zob. motyw 236 odnośnie do wyjaśnienia przyczyny braku danych liczbowych za lata 1996, 1997 i 1998.

- (235) W praktyce wyrównanie deficytu zgodnie z art. 46 statutów szpitali IRIS ma pierwszeństwo przed wyrównaniem deficytu zgodnie z art. 109 ustawy LCH. W rzeczywistości po określeniu deficytu przez federalnego ministra zdrowia publicznego zgodnie z art. 109 ustawy LCH (zob. motyw 47), do gminy wysłał się pismo, a jej bank otrzymuje polecenie niezwłocznego przelewu tej kwoty na rzecz odnośnego szpitala z uwzględnieniem ewentualnych płatności z tytułu wyrównania deficytu dokonanych już przez gminę na rzecz tego szpitala zgodnie z art. 46 jego statutu. Ponadto gminy i szpitale IRIS uzgodniły, że szpitale niezwłocznie zwracają gminom kwoty, które zostały im przekazane zgodnie z art. 109 ustawy LCH, aby uniknąć jakiegokolwiek przypadku podwójnego pokrycia tego samego deficytu. W tym względzie Komisja otrzymała od obsługującego gminy banku Belfius pismo i tabelę, które potwierdzają, że te płatności zostały dokonane niezwłocznie w odniesieniu do każdego roku i dla wszystkich pięciu szpitali IRIS, co wyklucza zatem podwójne pokrycie deficytu. W poniższej tabeli 8 przedstawiono pełne podsumowanie wszystkich kwot wyrównań „deficytu zgodnie z art. 109 ustawy LCH”, które gminy wypłaciły szpitalom IRIS i które niezwłocznie zwrócono, prze co transakcje te miały charakter neutralny. W związku z tym szpitale IRIS nie otrzymały żadnej korzyści wynikającej z tych płatności dokonywanych zgodnie z art. 109 ustawy LCH, a znaczenie dla dalszej oceny w ramach niniejszej decyzji ma jedynie wyrównanie deficytu zgodnie z art. 46 statutów szpitali IRIS. W tabeli 8 zawarto jedynie płatności dokonane do roku obrotowego 2006, gdyż rok ten jest obecnie ostatnim rokiem, w odniesieniu do którego federalna służba publiczna ds. zdrowia publicznego określiła deficyt zgodnie z art. 109 ustawy LCH. Ten stan rzeczy odzwierciedla znaczne opóźnienie, które w praktyce cechuje płatności z tytułu wyrównania tego deficytu w ramach mechanizmu przewidzianego w art. 109 ustawy LCH, oraz stanowi również wyjaśnienie przyczyn niekorzystania przez szpitale IRIS z tego mechanizmu (i w związku z tym niezwłocznie zwracają to wyrównanie po jego otrzymaniu). Rekompensata zgodnie z art. 46 statutu szpitali IRIS jest bowiem szybszym mechanizmem (w szczególności od czasu wprowadzenia subwencji specjalnych dla gmin, zob. motyw 232) niż mechanizm przewidziany w art. 109 ustawy LCH. Co więcej, pokrycie deficytu zgodnie z art. 46 statutów szpitali IRIS wykracza poza częściowe pokrycie deficytu przewidziane w art. 109 ustawy LCH (zob. motywy 47 i 48), ponieważ wyrównuje w całości deficyt księgowy zarejestrowany przez szpitale IRIS. Ze wszystkich powyższych przyczyn w niniejszej decyzji przeprowadza się ocenę dotyczącą jedynie mechanizmu rekompensaty zgodnie z art. 46, odstępuje się natomiast od dalszej oceny mechanizmu wyrównania deficytu zgodnie z art. 109 ustawy LCH, przeciwnie niż miało to miejsce w decyzji Komisji z 2009 r., co do której stwierdzono nieważność, a w której oceniano mechanizm przewidziany w art. 109 ustawy LCH.

Tabela 8

Pełne podsumowanie kwot deficytu zgodnie z art. 109 ustawy LCH ⁽¹⁾, które wpłacono i niezwłocznie zwrócono (stan na dzień 9 listopada 2015 r.)

(w EUR)

	CHU St. Pierre	CHU Brugmann	HIS	HUDERF	Institut Bordet
1996	560 322,61	0	2 727 844,19	0	0
1997	0	0	3 051 321,12	0	0
1998	0	0	553 331	0	0
1999	0	781 686,52	345 176,04	0	0
2000	1 019 647,97	0	0	0	2 483 585,21
2001	0	2 511 189,37	126 193,12	263 390,41	4 681 594,58
2002	0	0	0	0	0
2003	0	0	3 658 304,97	0	1 699 065,20
2004	0	0	0	0	705 798,98
2005	0	0	0	0	0
2006	0	5 727 775,67	0	384 527,59	0

(¹) Chodzi tu o kwoty, które faktycznie wpłacono i zwrócono po uwzględnieniu ewentualnych płatności z tytułu wyrównania deficytu, których gmina już dokonała.

- (236) Komisja oceniła również, czy w ciągu okresu 1996–2014 (²⁷³) szpitale IRIS faktycznie otrzymały nadwyżkę rekompensaty. Z powodu połączeń, które nastąpiły w dniu 1 lipca 1999 r. (zob. również motyw 28), i długiego okresu, który minął od tego czasu, analiza nadwyżki rekompensaty nie może obejmować lat 1996–1998 w odniesieniu do szpitala CHU Brugmann, ponieważ nie zdołano odnaleźć odnośnych archiwów. Z tych samych przyczyn w przypadku szpitali HIS wspomnianą analizę można przeprowadzić jedynie w formie zagregowanej w odniesieniu do lat 1996–1998. W związku z tym należy również podkreślić, że władze belgijskie przekazały wszystkie przydatne informacje księgowe dotyczące szpitali IRIS, a także dane dotyczące płatności z tytułu deficytu dokonanych przez gminy, o ile takie dane liczbowe były dostępne. Do czasu wejścia w życie decyzji w sprawie UOIG z 2005 r. w dniu 19 grudnia 2005 r. państwa członkowie były bowiem jednakowo zobowiązane do przechowywania informacji do dyspozycji Komisji przez okres pięciu lat (²⁷⁴) (zamiast dziesięciu, jak przewidziano w decyzjach w sprawie UOIG z 2005 r. i 2012 r. (²⁷⁵)). Chociaż Komisja wysłała pierwsze wezwanie do udzielenia informacji dopiero w dniu 22 marca 2006 r., władzom belgijskim udało się jednak dostarczyć dane liczbowe za okres od 1996 r. dla szpitali CHU Saint-Pierre, HUDERF i Institut Bordet oraz za okres od 1999 r. dla szpitali HIS (oraz zagregowane dane liczbowe za lata 1996–1998) i szpitala CHU Brugmann.
- (237) Komisja zbadała, czy płatności z tytułu wyrównania deficytu dokonane przez gminy dla danego roku (przy pomocy finansowania z funduszu FRBRTC i subwencji specjalnych z Regionu Stołecznego Brukseli oraz ze środków własnych) przekraczały deficyt księgowy za dany rok. W tym kontekście Komisja przypomina, że szpitale IRIS otrzymały wyrównanie jedynie za deficyty zaksięgowane w związku z realizacją UOIG i niektórych ograniczonych działań powiązanych. W poniższych tabelach 9–13 przedstawiono dane liczbowe dotyczące każdego szpitala IRIS. Należy jednak pamiętać o tym, że te tabele nie pozwalają na stwierdzenie, w którym momencie gmina (częściowo) wyrównała deficyt. Lata, w których gminy dokonały płatności z tytułu wyrównania

(²⁷³) Rok 2014 jest ostatnim rokiem obrotowym, dla którego dostępne były dane liczbowe.

(²⁷⁴) Zob. art. 5 dyrektywy Komisji 80/723/EWG z dnia 25 czerwca 1980 r. w sprawie przejrzystości stosunków finansowych między państwami członkowskimi a przedsiębiorstwami publicznymi (Dz.U. L 195 z 29.7.1980, s. 35).

(²⁷⁵) Zob. w tym względzie art. 7 decyzji w sprawie UOIG z 2005 r. i art. 8 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

deficytów na rzecz szpitali IRIS, określono bowiem w tabelach 3–7 powyżej (zob. motyw 234). W tabelach 9–13 wskazano natomiast jedynie kwoty, które gminy wypłaciły szpitalom IRIS (zwykle w wielu transzach) w celu wyrównania deficytu za dany rok, nie określając, w którym momencie kwoty te zostały faktycznie wypłacone. Chociaż tabelę 9–13 sporządzono w taki sposób, aby umożliwić określenie ewentualnej nadwyżki rekompensaty w odniesieniu do konkretnego roku, w praktyce żaden ze szpitali IRIS nigdy nie uzyskał faktycznej nadwyżki rekompensaty, jak wyjaśniono poniżej (zob. motyw 238).

- (238) Jak przedstawiono w poniższych tabelach, porównanie deficytu księgowego i kwoty wyrównania wypłaconej za dany rok wskazuje jedynie na kilka przypadków⁽²⁷⁶⁾ istnienia technicznej nadwyżki rekompensaty, jeżeli dany rok rozpatruje się oddzielnie. Z tabel 3–7 przedstawionych w motywie 234 wynika jednak wyraźnie, że w praktyce żaden szpital IRIS nie uzyskał nigdy faktycznej nadwyżki rekompensaty, ponieważ w ciągu badanego okresu (lata 1996–2014) gminy stale posiadały znaczne zobowiązania wobec szpitali IRIS z tytułu wyrównania deficytów. Techniczne nadwyżki rekompensaty mogły wynikać z tego, że w danym roku gmina chciała nie tylko pokryć deficyt księgowy za dany rok, lecz także odrobić zaległości w pokrywaniu deficytów dotyczących poprzednich lat. Nawet jeżeli takiego zamiaru nie można udowodnić, faktem jest, że w każdym roku, w którym szpital IRIS otrzymał płatności odpowiadające technicznie, jeżeli dany rok rozpatruje się oddzielnie, nadwyżkę rekompensaty z tytułu UOIG i ograniczonych działań powiązanych zrealizowanych w danym roku, szpital IRIS będący beneficjentem otrzymywał faktycznie niewystarczającą w ujęciu ogólnym rekompensatę z tytułu tych samych UOIG i ograniczonych działań powiązanych co UOIG i ograniczone działania powiązane zrealizowane w ciągu poprzednich lat i w danym roku⁽²⁷⁷⁾.
- (239) W przypadku szpitala CHU Saint-Pierre z poniższej tabeli 9 wynika, że jeżeli każdy rok rozpatruje się oddzielnie, w latach 1996, 1997 i 2012 wystąpiła ograniczona techniczna nadwyżka rekompensaty. W każdym przypadku te nadwyżki rekompensaty wynosiły mniej niż 1,5 % rekompensaty przyznanej za dany rok, w związku z czym musiały zostać przeniesione na następny rok, jak przewidziano w decyzji w sprawie UOIG⁽²⁷⁸⁾. W praktyce jednak, jak wykazano powyżej (zob. tabela 3 w motywie 234), szpital CHU Saint-Pierre w okresie 1996–2014 stale otrzymywał niewystarczającą rekompensatę, a gmina stale miała zobowiązania pieniężne wobec tego szpitala. W okresie 1996–2014 ta niedostateczna rekompensata wynosiła 3 666 541 EUR. Zgodnie z obowiązkiem nałożonym na gminy w art. 46 statutów szpitali IRIS odnośnie gminy będą jednak musiały wyrównać w przyszłości ten rezydualny deficyt księgowy⁽²⁷⁹⁾.

⁽²⁷⁶⁾ W szczególności tylko w przypadku czterech lat, spośród 89 ocenionych przypadków w odniesieniu do pięciu szpitali IRIS, techniczna nadwyżka rekompensaty dotycząca danych lat uwzględnianych oddzielnie przekraczała 10 % kwoty rocznej rekompensaty.

⁽²⁷⁷⁾ Co więcej, należy pamiętać, że kwoty wyrównania deficytu stanowią jedynie ograniczoną część całkowitego finansowania publicznego otrzymanego przez szpitale IRIS z tytułu świadczonej przez nie UOIG. W okresie 2007–2011 roczne średnie płatności z BSF dokonywane przez rząd federalny wynosiły około 323 mln EUR dla wszystkich szpitali IRIS łącznie. W tym samym okresie szpitale IRIS odnotowały łącznie średnie deficyty księgowo wynoszące 13,4 mln EUR rocznie, podczas gdy gminy wypłaciły średnio 16,4 mln EUR rocznie jako wyrównanie deficytów (które obejmowało również deficyty z poprzednich lat). Kwoty wyrównania deficytów stanowiły zatem jedynie około 5 % finansowania federalnego z BSF przyznanego szpitalom IRIS. W związku z tym, jeżeli wspomniane znaczne kwoty finansowania publicznego przyznanego poprzez BSF zostałyby uwzględnione podczas obliczeń mających na celu stwierdzenie, czy nadwyżka rekompensaty przewyższała 10 % rekompensaty wypłaconej za dany rok (a zatem czy rekompensatę tę można byłoby przenieść na następny rok zgodnie z art. 6 ust. 2 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.), wartość procentowa nadwyżki rekompensaty byłaby prawdopodobnie znacznie niższa. Wniosek ten opiera się na stosunkowo dużej kwocie płatności z BSF w porównaniu z defycytami oraz z faktu, że ryzyko nadwyżki rekompensaty poprzez BSF jest minimalne. W szczególności BSF został opracowany przede wszystkim jako finansowanie ryczałtowe obliczane na podstawie faktycznych kosztów poniesionych przez szpitale w poprzednich latach (i nie wiąże się z żadną nadwyżką rekompensaty). Federalna służba publiczna ds. zdrowia publicznego przeprowadza ponadto szczegółowe kontrole *ex post* faktycznych kosztów ponoszonych przez każdy szpital i ponownie oblicza kwotę z BSF, do której dany szpital jest uprawniony. Ponadto należy zauważyć, że przy porównaniu kwot wyrównań wypłaconych przez gminy z defycytami księgowymi zarejestrowanymi przez szpitale IRIS nie uwzględniono żadnego rozsądnego zysku.

⁽²⁷⁸⁾ Odnosny przepis art. 6 ust. 2 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. ma następujące brzmienie: „W przypadku gdy nadwyżka rekompensaty nie przekracza 10 % kwoty średniej rocznej rekompensaty, nadwyżka ta może zostać przeniesiona na kolejny okres i odliczona od kwoty rekompensaty należnej w tym okresie”. Ze względu na brak faktycznej nadwyżki rekompensaty (ponieważ w ujęciu ogólnym szpital stale znajdował się on w sytuacji niedostatecznej rekompensaty w okresie 1996–2014) w praktyce nigdy nie dokonano takiego przeniesienia. Uwaga ta dotyczy wszystkich szpitali IRIS (zob. również motyw 240–243).

⁽²⁷⁹⁾ Inne rozwiązanie, jeżeli szpital CHU Saint-Pierre osiągnąłby rentowność w przyszłych latach, polegałoby po prostu na zachowaniu zysków i wykorzystaniu ich w celu wyrównania strat odnotowanych w przeszłości. W tym przypadku gminy nie musiałyby wyrównywać rezydualnego deficytu księgowego lub musiałyby wyrównać ten deficyt jedynie częściowo. Taki scenariusz jest jednak hipotetyczny, ponieważ szpital CHU Saint-Pierre odnotował ograniczony zysk tylko w jednym roku (2006 r.) podczas okresu 1996–2014.

Tabela 9

Deficyt księgowy i wyrównanie przyznane dla szpitala CHU Saint-Pierre

(w EUR)

CHU St. Pierre	Deficyt księgowy	Sfinansowane z funduszu FRBRTC lub subwencji specjalnej Regionu ⁽¹⁾	Dodatkowe wkłady gmin	Całkowita przyznana rekompensata	Nadwyżka rekompensaty (+) lub niedostateczna rekompensata (-) w danym roku	Nadwyżka rekompensaty (+) lub niedostateczna rekompensata (-) ogółem
1996	- 5 737 856	5 738 735	0	5 738 735	879	879
1997	- 6 754 920	6 855 099	0	6 855 099	100 179	101 058
1998	- 3 696 235	3 696 092	0	3 696 092	- 143	100 915
1999	- 752 234	751 117	0	751 117	- 1 117	99 798
2000	- 1 072 993	1 072 993	0	1 072 993	0	99 798
2001	- 1 416 937	1 416 000	0	1 416 000	- 937	98 862
2002	- 2 914 245	2 914 245	0	2 914 245	0	98 862
2003	- 2 629 012	1 620 000	0	1 620 000	- 1 009 012	- 910 150
2004	- 1 541 775	1 541 775	0	1 541 775	0	- 910 150
2005	- 2 248 399	2 132 928	0	2 132 928	- 115 471	- 1 025 621
2006	98 114	0	0	0	0	- 1 025 621
2007	- 774 755	278 330	0	278 330	- 496 425	- 1 522 045
2008	- 1 054 119	308 367	0	308 367	- 745 752	- 2 267 797
2009	- 1 000 933	490 002	510 931	1 000 933	0	- 2 267 797
2010	- 1 576 429	565 440	0	565 440	- 1 010 989	- 3 278 785
2011	- 949 668	654 580	0	654 580	- 295 088	- 3 573 873
2012	- 1 079 200	1 091 761	0	1 091 761	12 561	- 3 561 312
2013	- 1 880 205	1 826 753	0	1 826 753	- 53 452	- 3 614 763
2014	- 1 441 778	1 390 000	0	1 390 000	- 51 778	- 3 666 541
	- 38 423 575	34 344 217	510 931	34 855 148	- 3 666 541	

⁽¹⁾ Jak wyjaśniono w motywie 104, fundusz FRBRTC i subwencje specjalne przyznawane gminom przez Region Stołeczny Brukseli są wewnątrzpaństwowymi środkami finansowania, które stanowią źródło finansowania mechanizmu płatności dokonanych przez gminy z tytułu wyrównania deficytów. Kwoty te wskazano w oddzielnej kolumnie, aby zilustrować fakt, że gminy wykorzystują te fundusze regionalne w całości do celów płatności z tytułu wyrównania deficytów. Nie należy tego interpretować jako wskazówki, że kwoty zostały przekazane z funduszu FRBRTC lub od Regionu Stołecznego Brukseli szpitalom IRIS. Są to transfery na rzecz gmin, które z kolei wykorzystały te fundusze w celu sfinansowania swojego obowiązku wyrównania deficytu szpitali IRIS.

(240) Jak wyjaśniono powyżej (zob. motyw 236), nie można było przeprowadzić analizy istnienia nadwyżki rekompensaty w przypadku szpitali Iris Sud (HIS) indywidualnie w odniesieniu do lat 1996–1998 z powodu braku niezbędnych danych liczbowych. Władze belgijskie były jednak w stanie odszukać zagregowane kwoty za ten okres, podczas którego szpitale HIS były jeszcze czterema niezależnymi szpitalami. W ciągu tych trzech lat niektóre szpitale HIS odnotowały straty w łącznej kwocie 2 622 714 EUR, podczas gdy pozostałe szpitale wygenerowały zyski wynoszące łącznie 703 624 EUR. Straty zostały w całości pokryte ze środków funduszu FRBRTC przyznanych gminie. Zyski przeniesiono na rok następny, co wyjaśnia, dlaczego wyrównanie deficytu zarejestrowanego w 1999 r. pokrywa ten deficyt jedynie częściowo. Pozostały deficyt został wyrównany poprzez zyski niepodzielone z okresu 1996–1998. W tabeli 10 wskazano również, że poza bardzo niewielkimi technicznymi nadwyżkami rekompensaty w latach 2000, 2010, 2011, 2013 i 2014 (w każdym przypadku nieprzekraczającymi 0,12 % rekompensaty przyznanej za te lata) szpitale HIS otrzymywały każdego roku niewystarczającą rekompensatę. Ta ogólna niedostateczna rekompensata wynosi ponad 9 mln EUR za okres 1999–2014.

Tabela 10

Deficyt księgowy i wyrównanie przyznane dla szpitali HIS

(w EUR)

HIS	Deficyt księgowy	Sfinansowane z funduszu FRBRTC lub subwencji specjalnej Regionu	Dodatkowe wkłady gmin	Całkowita przyznana rekompensata	Nadwyżka rekompensaty (+) lub niedostateczna rekompensata (-) w danym roku	Nadwyżka rekompensaty (+) lub niedostateczna rekompensata (-) ogółem
1999	- 1 248 404	446 209	0	446 209	- 802 195	- 98 571 (*)
2000	- 7 220 971	7 221 056	0	7 221 056	85	- 98 486
2001	- 14 782 680	14 782 680	0	14 782 680	0	- 98 486
2002	- 12 978 574	12 978 572	0	12 978 572	- 2	- 98 488
2003	- 7 990 196	3 765 000	0	3 765 000	- 4 225 196	- 4 323 684
2004	- 5 941 987	3 765 000	0	3 765 000	- 2 176 987	- 6 500 671
2005	- 4 440 896	3 765 000	0	3 765 000	- 675 896	- 7 176 566
2006	- 5 022 247	3 765 000	0	3 765 000	- 1 257 247	- 8 433 813
2007	- 3 882 170	3 765 000	0	3 765 000	- 117 170	- 8 550 983
2008	- 3 779 570	3 765 000	0	3 765 000	- 14 570	- 8 565 553
2009	- 3 774 545	3 765 000	0	3 765 000	- 9 545	- 8 575 098
2010	- 3 387 655	3 388 500	0	3 388 500	845	- 8 574 253
2011	- 3 572 694	3 576 750	0	3 576 750	4 056	- 8 570 197
2012	- 3 767 190	3 765 000	0	3 765 000	- 2 190	- 8 572 387
2013	- 3 761 761	3 765 000	0	3 765 000	3 239	- 8 569 148
2014	- 3 760 497	3 765 000	0	3 765 000	4 503	- 8 564 645
	- 89 312 036	80 043 767	0	80 043 767	- 9 268 269	

(*) Po dodaniu zysków niepodzielonych z okresu 1996–1998, tj. kwoty 703 624 EUR.

- (241) Jeżeli chodzi o szpital HUDERF, w tabeli 11 poniżej przedstawiono bardzo niewielkie techniczne nadwyżki rekompensaty w latach 1998, 2002 i 2007 (w każdym przypadku wynoszące mniej niż 0,15 % rekompensaty przyznanej za dany rok). W 2013 r. zarejestrowano większą techniczną nadwyżkę rekompensaty (około 17 % rekompensaty przyznanej za dany rok). Chociaż rekompensata, którą otrzymał szpital HUDERF, była już w znacznym stopniu niewystarczająca w 2010 r. i 2011 r., w ogólnym ujęciu szpital ten znalazł się jednak w takiej samej sytuacji w 2013 r. w odniesieniu do UOIG i działań powiązanych, które zrealizował do tego momentu. Dla całego okresu 1996–2014 łączna faktyczna niedostateczna rekompensata wynosi ponad 700 000 EUR. Co więcej, jak wykazano powyżej (zob. tabela 5 w motywie 234), w praktyce szpital HUDERF w żadnym momencie nie odnotował faktycznej nadwyżki rekompensaty, która zobowiązywałaby go do (częściowego) zwrotu wyrównania deficytu. Wynika to z tego, że w okresie 1996–2014 stale znajdował się on w sytuacji niedostatecznej rekompensaty, a gmina stale miała wobec niego zobowiązania pieniężne.

Tabela 11

Deficyt księgowy i wyrównanie przyznane dla szpitala HUDERF

(w EUR)

HUDERF	Deficyt księgowy	Sfinansowane z funduszu FRBRTC lub subwencji specjalnej Regionu	Dodatkowe wkłady gmin	Całkowita przyznana rekompensata	Nadwyżka rekompensaty (+) lub niedostateczna rekompensata (-) w danym roku	Nadwyżka rekompensaty (+) lub niedostateczna rekompensata (-) ogółem
1996	- 1 505 830	1 504 714	0	1 504 714	- 1 116	- 1 116
1997	- 1 026 881	1 026 279	0	1 026 279	- 602	- 1 718
1998	- 245 113	245 415	0	245 415	302	- 1 417
1999	1 642	0	0	0	0	- 1 417
2000	- 484 951	484 949	0	484 949	- 2	- 1 419
2001	- 1 218 954	1 218 000	0	1 218 000	- 954	- 2 373
2002	- 479 490	480 000	0	480 000	510	- 1 863
2003	- 1 117 778	820 000	297 778	1 117 778	0	- 1 862
2004	- 781 981	781 981	0	781 981	0	- 1 862
2005	- 1 279 230	778 000	501 230	1 279 230	0	- 1 863
2006	- 2 494 074	778 000	1 716 074	2 494 074	0	- 1 863
2007	- 2 687 621	622 529	2 065 313	2 687 842	221	- 1 642
2008	- 2 314 050	871 350	1 442 700	2 314 050	0	- 1 642
2009	- 1 868 670	1 246 998	621 672	1 868 670	0	- 1 642
2010	- 1 823 049	1 401 628	0	1 401 628	- 421 421	- 423 062
2011	- 1 620 663	1 220 232	0	1 220 232	- 400 431	- 823 493
2012	- 945 316	945 316	0	945 316	0	- 823 493
2013	- 528 779	635 966	0	635 966	107 187	- 716 306
2014	- 618 000	618 000	0	618 000	0	- 716 306
	- 23 038 788	15 679 357	6 644 767	22 324 124	- 716 306	

(242) W przypadku szpitala Institut Bordet wyniki księgowy w latach 1996–2001 były dodatnie, w związku z czym gmina nie interweniowała w tych latach. Począwszy od 2002 r., wynik księgowany zaczął przyjmować wartości ujemne, w związku z czym dokonano płatności w celu wyrównania deficytów. W tabeli 12 poniżej przedstawiono niewielkie techniczne nadwyżki rekompensaty w latach 2005 i 2011 (wynoszące odpowiednio mniej niż 4 % i 0,5 % rekompensaty przyznanej za te lata). W 2009 r. miała miejsce znaczna techniczna nadwyżka rekompensaty, wynosząca około 580 000 EUR (tj. prawie 46 % rekompensaty przyznanej za ten rok). W 2008 r. odnotowano jednak niedostateczną rekompensatę wynoszącą około 533 000 EUR (w ujęciu zagregowanym – około 505 000 EUR). Z powyższego wynika ogólna zagregowana techniczna nadwyżka rekompensaty wynosząca jedynie 73 702 EUR (mniej niż 6 % rekompensaty przyznanej za 2009 r.), którą można było przenieść na rok 2010 r.⁽²⁸⁰⁾ (podczas gdy za 2010 r. do chwili obecnej nie przyznano żadnej rekompensaty). Ponadto w każdym badanym roku szpital Institut Bordet stale oczekiwał na wyrównanie zarejestrowanych deficytów (zob. tabela 6 w motywie 234). W 2009 r. zobowiązania gminy wobec szpitala Institut Bordet wynosiły około 3 mln EUR. Dla całego okresu 1996–2014 faktyczna niedostateczna rekompensata wynosi łącznie ponad 2,4 mln EUR. Jak wyjaśniono w motywie 234, zyski z lat 1996–2001 zmniejszają należną kwotę pozostającą do rozliczenia przez gminy, ponieważ gminy odliczają te zyski przed podjęciem interwencji.

Tabela 12

Deficyt księgowy i wyrównanie przyznane dla szpitala Institut Bordet

(w EUR)

Institut Bordet	Deficyt księgowy	Sfinansowane z funduszu FRBRTC lub subwencji specjalnej Regionu	Dodatkowe wkłady gmin	Całkowita przyznana rekompensata	Nadwyżka rekompensaty (+) lub niedostateczna rekompensata (-) w danym roku	Nadwyżka rekompensaty (+) lub niedostateczna rekompensata (-) ogółem
1996	752 505	0	0	0	0	0
1997	170 241	0	0	0	0	0
1998	41 349	0	0	0	0	0
1999	44 371	0	0	0	0	0
2000	5 439	0	0	0	0	0
2001	154 518	0	0	0	0	0
2002	- 4 929 105	4 929 106	0	4 929 106	1	1
2003	- 4 916 506	2 025 000	2 891 506	4 916 506	0	1
2004	- 2 001 995	1 321 316	680 679	2 001 995	0	1
2005	- 771 467	800 000	0	800 000	28 533	28 534
2006	- 1 817 630	1 800 000	17 630	1 817 630	0	28 533
2007	- 1 874 162	1 208 531	665 631	1 874 162	0	28 533
2008	- 1 624 347	1 055 516	35 509	1 091 025	- 533 322	- 504 789
2009	- 688 005	1 266 496	0	1 266 496	578 491	73 702
2010	- 655 634	0	0	0	- 655 634	- 581 932

⁽²⁸⁰⁾ Zob. w tym względzie art. 6 decyzji w sprawie UOIG z 2005 r. i art. 6 ust. 2 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

(w EUR)

Institut Bordet	Deficyt księgowy	Sfinansowane z funduszu FRBRTC lub subwencji specjalnej Regionu	Dodatkowe wkłady gmin	Całkowita przyznana rekompensata	Nadwyżka rekompensaty (+) lub niedostateczna rekompensata (-) w danym roku	Nadwyżka rekompensaty (+) lub niedostateczna rekompensata (-) ogółem
2011	- 838 644	841 506	0	841 506	2 862	- 579 070
2012	- 833 460	817 267	0	817 267	- 16 193	- 595 263
2013	- 2 551 468	1 271 933	0	1 271 933	- 1 279 535	- 1 874 798
2014	- 1 943 857	1 380 000	0	1 380 000	- 563 857	- 2 438 654
	- 24 277 858	18 716 671	4 290 955	23 007 626	- 2 438 654	

- (243) Jak wyjaśniono powyżej (zob. motyw 236), nie można było przeprowadzić analizy istnienia nadwyżki rekompensaty na rzecz szpitala CHU Brugmann w odniesieniu do lat 1996–1998 z powodu braku niezbędnych danych liczbowych. W tabeli 13 poniżej przedstawiono nieznaczne techniczne nadwyżki rekompensaty w latach 2000, 2003, 2004, 2008 i 2011 (tj. w każdym przypadku nieprzekraczające 7 % rekompensaty przyznanej za dany rok). W dwóch latach, tj. w 1999 r. i 2012 r., techniczna nadwyżka rekompensaty wynosiła ponad 10 % rekompensaty przyznanej za dany rok (tj. odpowiednio 15,3 % i 12,9 %). W 2012 r. szpital CHU Brugmann znajdował się jednak ogólnie w sytuacji niedostatecznej rekompensaty, po wcześniejszym otrzymaniu wyraźnie niewystarczających rekompensat w latach 2009 i 2010 (tj. niedostatecznej rekompensaty wynoszącej 558 858 EUR). Jeżeli chodzi o 1999 r., nie istnieją dane liczbowe za lata poprzednie, które można byłoby uwzględnić w ocenie ogólnej sytuacji szpitala CHU Brugmann pod względem rekompensaty w 1999 r. Należy jednak zauważyć, że gmina dokonała pierwszych płatności (w oparciu o finansowanie z funduszu FRBRTC) dopiero w 2003 r. i, jak wykazano w tabeli 4 w motywie 234, szpital CHU Brugmann w żadnym momencie nie znajdował się w sytuacji nadwyżki rekompensaty, która zobowiązywałaby go do (częściowego) zwrotu kwoty wyrównania deficytu na rzecz gminy. W każdym momencie okresu 1996–2014 szpital CHU Brugmann znajdował się bowiem ogólnie w sytuacji niedostatecznej rekompensaty, a gmina stale miała wobec niego zobowiązania pieniężne z tytułu pokrycia deficytów z przeszłości. Faktyczna niedostateczna rekompensata za ten okres wynosiła łącznie około 935 000 EUR.

Tabela 13

Deficyt księgowy i wyrównanie przyznane dla szpitala CHU Brugmann

(w EUR)

CHU Brugmann	Deficyt księgowy	Sfinansowane z funduszu FRBRTC lub subwencji specjalnej Regionu	Dodatkowe wkłady gmin	Całkowita przyznana rekompensata	Nadwyżka rekompensaty (+) lub niedostateczna rekompensata (-) w danym roku	Nadwyżka rekompensaty (+) lub niedostateczna rekompensata (-) ogółem
1999	- 508 171	600 000	0	600 000	91 829	91 829
2000	- 3 755 229	3 755 587	0	3 755 587	358	92 188
2001	- 5 440 039	5 440 000	0	5 440 000	- 39	92 149
2002	- 1 976 934	1 976 933	0	1 976 933	- 1	92 149
2003	- 1 697 238	1 770 000	0	1 770 000	72 762	164 911
2004	- 1 442 292	1 457 000	0	1 457 000	14 708	179 619
2005	- 7 413 186	3 657 000	3 756 186	7 413 186	0	179 619

(w EUR)

CHU Brugmann	Deficyt księgowy	Sfinansowane z funduszu FRBRTC lub subwencji specjalnej Regionu	Dodatkowe wkłady gmin	Całkowita przyznana rekompensata	Nadwyżka rekompensaty (+) lub niedostateczna rekompensata (-) w danym roku	Nadwyżka rekompensaty (+) lub niedostateczna rekompensata (-) ogółem
2006	- 14 180 725	3 657 000	10 523 725	14 180 725	0	179 619
2007	- 6 954 466	4 125 610	2 828 856	6 954 466	0	179 619
2008	- 6 308 290	3 999 767	2 505 046	6 504 813	196 523	376 142
2009	- 6 228 859	3 231 504	2 600 612	5 832 116	- 396 743	- 20 601
2010	- 5 011 208	3 644 432	169 179	3 813 611	- 1 197 597	- 1 218 198
2011	- 2 982 442	3 206 932	0	3 206 932	224 490	- 993 708
2012	- 2 945 806	3 380 656	0	3 380 656	434 850	- 558 858
2013	- 2 799 788	2 500 348	0	2 500 348	- 299 440	- 858 298
2014	- 2 923 714	2 847 000	0	2 847 000	- 76 714	- 935 011
	- 72 568 384	49 249 769	22 383 604	71 633 373	- 935 011	

- (244) Ponadto nie można uznać, że ograniczone zyski wykazane przez niektóre szpitale IRIS (tj. szpital CHU Saint-Pierre w 2006 r., szpital HUDERF w 1999 r. i szpital Institut Bordet w latach 1996–2001) wskazują na nadwyżkę rekompensaty. Na podstawie rozdzielenia rachunków obowiązującego (zob. motyw 226) w szpitalach IRIS, Komisja stwierdza bowiem, że zyski te – we wszystkich przypadkach poza jednym – wynikają z zysków wygenerowanych poprzez działania powiązane (zob. motywy 41, 116 i 117) realizowane przez te szpitale IRIS. Działalność związana z UOIG szpitala Institut Bordet wygenerowała w 1996 r. ograniczony zysk rzędu 1 % łącznych przychodów szpitala za ten rok. Komisja uważa, że w każdym przypadku tak ograniczony zysk byłby rozsądny i nie prowadziłby do powstania nadwyżki rekompensaty. Ponadto, jak wyjaśniono wyżej (zob. motyw 234), wszystkie zyski (które wynikają z UOIG lub z działań powiązanych) zachowano i wykorzystano w celu wyrównania przyszłych deficytów (lub nieuregulowanych deficytów z przeszłości), przez co zmniejszono wkład gmin.
- (245) Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, Komisja stwierdza, że z powodu opóźnienia w płatnościach z tytułu wyrównania deficytu, wynikającego z faktu, że w okresie 1996–2014 odnośne gminy posiadały stale wobec każdego ze szpitali IRIS zobowiązania na znaczne kwoty z tytułu wyrównania deficytów, oraz ponieważ każdy ze szpitali IRIS znajdował się ogólnie w sytuacji niedostatecznej rekompensaty, w praktyce żaden ze szpitali IRIS nie uzyskał nadwyżki rekompensaty.

7.3.6. Kontrola nadwyżek rekompensaty

- (246) Trzeci niezbędny warunek zgodności przewidziany w decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. zobowiązuje państwa członkowskie do podjęcia środków w celu zapewnienia, aby przedsiębiorstwa świadczące UOIG nie otrzymywały żadnych nadwyżek rekompensaty, oraz do przeprowadzania lub zapewnienia przeprowadzania regularnych kontroli co najmniej co trzy lata⁽²⁸¹⁾. Ponadto jeżeli przedsiębiorstwo faktycznie otrzymało nadwyżkę rekompensaty, państwa członkowskie mają obowiązek żądać od danego przedsiębiorstwa zwrotu tej nadwyżki⁽²⁸²⁾.

⁽²⁸¹⁾ Art. 6 ust. 1 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

⁽²⁸²⁾ Art. 6 ust. 2 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r.

- (247) W pierwszej kolejności należy zauważyć, że w odniesieniu do pokrycia przedmiotowego deficytu, sam charakter tego mechanizmu wyrównania w znacznym stopniu ogranicza ryzyko nadwyżki rekompensaty, przez co stanowi środek przyczyniający się do uniknięcia nadwyżki rekompensaty. Gminy mogą bowiem pokryć jedynie faktyczny deficyt zarejestrowany przez szpitale IRIS w następstwie usług świadczonych przez nie w ogólnym interesie gospodarczym oraz ograniczonych działań powiązanych. Wyrównanie pokrywa zatem wyłącznie koszty rezydualne netto (zob. motyw 226) ponoszone podczas realizacji tych UOIG oraz działań powiązanych i nie obejmuje nawet rozsądnego zysku. Wszystkich płatności dokonuje się *ex post*, tj. po zaksięgowaniu deficytów (zob. w tym względzie motyw 234). Płatności dokonuje się w kilku częściach (jak przedstawiono w tabelach w motywie 234), dzięki czemu gminy mogą zatrzymać płatność, gdy pojawia się choćby najmniejsza oznaka ryzyka nadmiernej rekompensaty. Gminy przed dokonaniem płatności na rzecz szpitali IRIS sprawdzają również kwotę niepokrytych zagregowanych deficytów. Jak wyjaśniono powyżej (zob. motyw 235), gminy i szpitale IRIS uzgodniły również zasadę niezwłocznego zwrotu wyrównania deficytu zgodnie z art. 109 ustawy LCH, aby uniknąć jakiegokolwiek podwójnego pokrycia tego samego deficytu. Istnieje zatem jedynie szczątkowe, ograniczone i teoretyczne ryzyko technicznej nadwyżki rekompensaty, jeżeli rekompensatę analizuje się oddzielnie w odniesieniu do każdego roku (zob. motywy 237 i 238). W praktyce jednak żaden szpital IRIS nigdy nie uzyskał w ogólnym ujęciu faktycznej nadwyżki rekompensaty, ponieważ w każdym momencie w okresie 1996–2014 gminy posiadały wobec szpitali IRIS zobowiązania na znaczne kwoty z tytułu niezapłaconego wyrównania deficytu (jak potwierdzają tabele w motywie 234).
- (248) Po drugie w ustawie z dnia 14 listopada 1983 r. ⁽²⁸³⁾ o kontroli przyznawania i wykorzystywania niektórych dotacji określa się zasady mające zastosowanie do kontroli dotacji przyznawanych w szczególności przez organy samorządowe na szczeblu lokalnym. Zawiera ona te same przepisy co brukselski ordonans organiczny z dnia 23 lutego 2006 r., w którym określa się przepisy mające zastosowanie do budżetu, sprawozdań finansowych i audytów ⁽²⁸⁴⁾ i który zawiera w odniesieniu do Regionu Stołecznego Brukseli przepisy ogólne określone w ustawie z dnia 16 maja 2003 r. ustanawiającej przepisy ogólne mające zastosowanie do budżetów, do kontroli dotacji i do rachunkowości wspólnot i regionów, jak również do organizacji kontroli sprawowanej przez belgijski trybunał obrachunkowy ⁽²⁸⁵⁾. Artykuł 1 ustawy z dnia 14 listopada 1983 stanowi, co następuje:

„Niniejsza ustawa ma zastosowanie do wszystkich dotacji przyznawanych przez:

- 1° prowincje, gminy, jednostki działające na szczeblu prowincji lub gminy posiadające osobowość prawną, aglomeracje, związki gmin, komisje ds. kultury, stowarzyszenia prowincji i stowarzyszenia gmin;
- 2° osoby prawne lub osoby fizyczne, które uzyskały dotację bezpośrednio lub pośrednio od jednego z podmiotów, o których mowa w ust. 1^o.

Artykuł 2 tej ustawy, w którym określa się również jej bardzo szeroki zakres stosowania, stanowi, co następuje:

„Przez dotację rozumie się [...] każdy wkład, każdą korzyść lub pomoc, bez względu na ich formę lub nazwę, w tym zaliczki zwrotne udzielone bez odsetek, przyznane w celu promowania działań mających znaczenie dla interesu ogólnego [...]”.

Z przytoczonych wyżej artykułów wyraźnie wynika, że wyrównanie deficytu przyznane przez gminy brukselskie na rzecz szpitali IRIS z tytułu realizacji UOIG i działań powiązanych wchodzi w zakres stosowania tej ustawy.

- (249) W art. 3 ustawy z dnia 14 listopada 1983 r. ustanawia się zasadę, zgodnie z którą dotację należy wykorzystywać wyłącznie do celów, do których ją przyznano, a beneficjent musi być w stanie uzasadnić jej wykorzystanie. W art. 4 i 5 określa się inne zasady dotyczące przyznawania takich dotacji i obowiązków w zakresie przejrzystości nakładanych na beneficjenta. W art. 6 i 7 określa się zasady dotyczące kontroli przeprowadzanej przez podmiot przyznający dotację lub w jego imieniu w zakresie wykorzystywania dotacji. W szczególności art. 6 stanowi, co następuje:

„Każdy podmiot [przyznający dotację] ma prawo do zlecenia przeprowadzenia kontroli na miejscu w zakresie wykorzystywania przyznanej dotacji”.

⁽²⁸³⁾ Moniteur belge z dnia 6 grudnia 1983 r., s. 15009.

⁽²⁸⁴⁾ Moniteur belge z dnia 23 marca 2006 r., s. 16710.

⁽²⁸⁵⁾ Moniteur belge z dnia 25 czerwca 2003 r., s. 33692.

W art. 7 określa się obowiązki w zakresie zwrotu i odzyskiwania dotacji. Artykuł ten ma następujące brzmienie:

„Nie naruszając postanowień, którym podlega dotacja, beneficjent jest zobowiązany do jej zwrotu w następujących przypadkach:

- 1° jeżeli nie wykorzystuje on dotacji do celów, na które mu ją przyznano;
- 2° jeżeli nie przedstawi jednego z uzasadnień, o których mowa w art. 4 i 5;
- 3° jeżeli sprzeciwi się przeprowadzeniu kontroli, o której mowa w art. 6.

W przypadku przewidzianym w ust. 1°, 2° beneficjent musi zwrócić jedynie tę część dotacji, w odniesieniu do której nie przedstawił on uzasadnienia.

Osoby prawne prawa publicznego, które mają prawo do ustanawiania podatków bezpośrednich, są uprawnione do odzyskiwania dotacji podlegających zwrotowi poprzez stosowanie środków przymusu. Decyzję w sprawie zastosowania środków przymusu podejmuje urzędnik księgowy odpowiedzialny za odzyskiwanie. Wykonalność tej decyzji zapewnia organ administracyjny uprawniony do nadawania wykonalności odpowiednich bezpośrednich postanowień wspomnianych osób prawnych prawa publicznego”.

- (250) Ustawa pozwala zatem gminom na zapewnienie przyznawania subwencji zgodnie z niezbędnymi warunkami oraz na kontrolowanie wykorzystania środków i odzyskiwanie kwot, które nie są niezbędne. Wypłata wyrównania deficytów przez gminy podlega więc bardzo rygorystycznym zasadom. Ich akceptacja przez odnośne szpitale wiąże się z prawem do przeprowadzania inspekcji przez niezależny organ, który może zapewnić faktyczne przeznaczenie subwencji na cel, w którym ją przyznano. W przeciwnym wypadku szpital jest zobowiązany do jej natychmiastowego zwrotu, co gwarantuje odzyskanie wszelkiej nadwyżki rekompensaty na rzecz szpitali IRIS.
- (251) Powyższy fakt znajduje potwierdzenie w ustawie o CPAS, której art. 60 ust. 6 ma następujące brzmienie:

„Decyzję o utworzeniu lub o rozszerzeniu działalności placówek lub służb, które mogłyby skorzystać z dotacji inwestycyjnych albo operacyjnych, można podjąć wyłącznie na podstawie dokumentacji wskazującej na spełnienie warunków przewidzianych w przepisach ustawodawczych lub w regulacjach organicznych w odniesieniu do przyznawania tych dotacji”.

Jeżeli ośrodek CPAS pomaga szpitalowi publicznemu, należy udowodnić, że zasady dotyczące przyznawania finansowania będą przestrzegane.

- (252) Podobnie w art. 135d ustawy o CPAS określa się zasady nadzoru nad stowarzyszeniami lokalnymi objętymi przepisami rozdziału XII (w niniejszym przypadku – nad szpitalami IRIS) przez stowarzyszenie parasolowe (w niniejszym przypadku – IRIS) w ramach kontroli przeprowadzanej raz na kwartał. Oznacza to w szczególności, że IRIS kontroluje zgodność decyzji podejmowanych przez szpitale IRIS:

- „1° z ogólnym planem strategicznym i zakładowym planem działalności szpitalnej oraz decyzjami podejmowanymi na jego podstawie;
- 2° z planem zakładowym i z planem finansowym przyjętymi przez stowarzyszenie lokalne na podstawie wytycznych określonych przez stowarzyszenie parasolowe, jak również wprowadzonymi do nich poprawkami i aktualizacjami;
- 3° z budżetem rocznym ustalonym przez stowarzyszenie lokalne na podstawie wytycznych określonych przez stowarzyszenie parasolowe.

W przypadku niezgodności stowarzyszenie parasolowe podejmuje wszelkie środki, które uznaje za stosowne, aby usunąć niezgodność oraz informuje o nich odnośne stowarzyszenie lokalne w celu wykonania w terminie, który wyznacza.

W przypadku niewykonania środków przez odnośne stowarzyszenie lokalne w wyznaczonym terminie stowarzyszenie parasolowe może niezwłocznie zobowiązać komisarza, o którym mowa w art. 135h, do zastąpienia niewywiążującego się z obowiązku organu stowarzyszenia lokalnego”.

- (253) Z powyższych przepisów wynika, że zarówno ustawa o CPAS, jak i ustawa z dnia 14 listopada 1983 r. umożliwiają gminom brukselskim zapewnienie prawidłowego wykorzystania subwencji przyznawanych na rzecz szpitali IRIS oraz braku nadwyżki rekompensaty. Łączne stosowanie tych przepisów ułatwia kontrolę nad nadwyżkami rekompensaty i przewiduje ich odzyskanie. Ponadto w przypadku niezgodności osobie trzeciej przyznaje się uprawnienie do zastąpienia, aby zapewnić wypełnienie obowiązków nałożonych na szpitale IRIS,

w szczególności w odniesieniu do budżetu. Gminy, ośrodki CPAS i stowarzyszenie parasolowe IRIS dysponują więc rozszerzonymi uprawnieniami w zakresie kontroli, nawet jeżeli nie istnieje właściwie żadne ryzyko wystąpienia nadwyżki rekompensaty z tytułu mechanizmu wyrównania deficytów będącego przedmiotem niniejszej decyzji.

- (254) Ponadto, jeżeli rachunki tworzenia dochodów szpitala publicznego wykazują deficyt, zarząd gminy może zgodnie z art. 111 ust. 2 i z art. 126 ustawy o CPAS zawiesić wykonywanie „każdej decyzji ośrodka CPAS, która szkodzi interesowi gminy, a zwłaszcza interesom finansowym gminy”.
- (255) Należy również podkreślić, że władze, które przyznają przedmiotowy środek pomocy (tj. gminy i ośrodki CPAS), bezpośrednio kontrolują beneficjentów. W szczególności władze te posiadają większość głosów w zarządach szpitali IRIS, które między innymi powołują dyrektora generalnego ich odnośnych szpitali. Przy mało prawdopodobnym założeniu, że szpital IRIS odmówiłby zwrotu nadwyżki rekompensaty, organy publiczne mogłyby łatwo zastąpić dyrektora generalnego, aby zaradzić tej sytuacji. Ponadto zgodnie z wymaganiami statutu każdego ze szpitali IRIS zarząd zbiera się co najmniej osiem razy w roku, co pozwala władzom, które przyznały pomoc, ściśle monitorować sytuację finansową szpitali IRIS (w szczególności za pośrednictwem sprawozdań kwartalnych w tym zakresie zgodnie z wymaganiami statutu).
- (256) Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, Komisja stwierdza, że istnieją wystarczające mechanizmy unikania, wykrywania i odzyskiwania nadwyżek rekompensaty, podczas gdy ryzyko wystąpienia faktycznej nadwyżki rekompensaty wydaje się bardzo ograniczone, uwzględniając charakter przedmiotowego środka pomocy.

7.3.7. Okres powierzenia

- (257) W art. 2 ust. 2 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. określono, że decyzję stosuje się wyłącznie do aktów powierzenia, w przypadku których okres powierzenia nie przekracza dziecięciu lat, chyba że dłuższy okres można uzasadnić koniecznością amortyzacji dużych inwestycji przez upoważnione przedsiębiorstwo w dłuższym okresie zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami rachunkowości.
- (258) Czas obowiązywania statutów szpitali IRIS, które na poziomie gminy są właściwymi aktami powierzenia w przedmiotowej sprawie, ustalono na 30 lat. Komisja uważa, że tak długi czas jest uzasadniony koniecznością przeprowadzenia dużych inwestycji przez szpitale IRIS jako upoważnione podmioty świadczące UOIG. Ściślej rzecz ujmując, najważniejszymi aktywami szpitali IRIS są ich nieruchomości (stanowiące ponad 60 % wartości ich aktywów), które podlegają amortyzacji w okresie 30 lat zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami rachunkowości⁽²⁸⁶⁾. Z kolei plany strategiczne IRIS, które określają dodatkowe obowiązki nałożone na szpitale IRIS, również dotyczą ograniczonego okresu, który jest krótszy. Pierwszy plan strategiczny obejmował okres 1996–2001. Drugi plan strategiczny obejmował początkowo okres 2002–2006, jednak następnie został zmieniony i przedłużony do końca 2014 r. Nowy plan strategiczny na okres 2015–2018 przyjęto w styczniu 2015 r.
- (259) Dodatkowo w ustawie z dnia 10 kwietnia 2014 r.⁽²⁸⁷⁾ ograniczono okres powierzenia na szczeblu federalnym w zakresie podstawowych zadań szpitalnych⁽²⁸⁸⁾, zmieniając art. 105 obecnie obowiązującej wersji ustawy LCH⁽²⁸⁹⁾. W szczególności zgodnie z art. 105 wymaga się obecnie, by okres, na który przyznaje się BŚF, nie przekraczał dziesięciu lat, z wyłączeniem tych elementów BŚF, które pokrywają koszty dużych inwestycji szpitalnych, wymagających amortyzacji w dłuższym okresie zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami rachunkowości. Ponadto indywidualne pozwolenie, które muszą posiadać szpitale, by móc ubiegać się o finansowanie z BŚF, ma również ograniczony okres obowiązywania (który zależy od regionu, ale co do zasady wynosi około pięciu lat, a w każdym przypadku maksymalnie dziesięć lat).
- (260) Komisja uważa zatem, że spełniono obowiązek przewidziany w art. 2 ust. 2 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. dotyczący ograniczenia okresu powierzenia i uzasadnienia tego okresu.

⁽²⁸⁶⁾ Ten okres amortyzacji ustanowiono w zarządzeniu królewskim z dnia 19 czerwca 2007 r., które ma zastosowanie do wszystkich belgijskich szpitali (zob. również motyw 226).

⁽²⁸⁷⁾ Zob. przypis 264.

⁽²⁸⁸⁾ Jak wyjaśniono w motywie 166, Komisja uważa, że trzech dodatkowych obowiązków nie powierzono by w przypadku braku podstawowych zadań szpitalnych. W związku z tym Komisja uznaje, że należy ocenić okres powierzenia w odniesieniu do podstawowych zadań szpitalnych.

⁽²⁸⁹⁾ Tj. ujednoliconej ustawy o szpitalach z dnia 10 lipca 2008 r. (Moniteur belge z dnia 7 listopada 2008 r., s. 58624).

7.3.8. Przejrzystość

- (261) Ponadto w decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. wymaga się, aby państwa członkowskie publikowały określone informacje. Ścisłej rzecz ujmując, w odniesieniu do rekompensat przekraczających kwotę 15 mln EUR przyznanych przedsiębiorstwu prowadzącemu działalność wykraczającą poza zakres usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym zgodnie z art. 7 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. wymaga się, aby państwa członkowskie publikowały w internecie lub innych stosownych środkach przekazu akt powierzenia (lub streszczenie, które obejmuje elementy określone w art. 4 odnośnej decyzji) oraz kwoty pomocy przyznawanej przedsiębiorstwu w skali roku.
- (262) Obowiązek przejrzystości zawarty w decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. ma zastosowanie do „rekompensaty przekraczającej kwotę 15 mln EUR przyznanej przedsiębiorstwu, które prowadzi także działalność wykraczającą poza zakres usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym”. Jak wskazano w tabelach 9–13, kwota gminnego wyrównania deficytu na jeden szpital IRIS nigdy, w odniesieniu do żadnego roku, nie przekracza progu 15 mln EUR. Komisja uważa zatem, że obowiązek przejrzystości przewidziany w art. 7 decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. nie ma zastosowania w niniejszej sprawie.

7.3.9. Podsumowanie wniosków dotyczących zgodności pomocy z rynkiem wewnętrznym

- (263) Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, Komisja stwierdza, że wyrównanie deficytów brukselskich szpitali publicznych IRIS dokonywane przez gminy brukselskie od 1996 r., będące przedmiotem niniejszej decyzji jest zgodne z wymogami decyzji w sprawie UOIG z 2012 r., a zatem jest zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu z art. 106 ust. 2 TFUE.
- (264) Z powyższego wniosku oraz z wyjaśnień przedstawionych w motywach 148–152 wynika, że Komisja nie musi oceniać, czy wyrównanie deficytów brukselskich szpitali publicznych IRIS dokonywane przez gminy brukselskie jest również zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu decyzji w sprawie UOIG z 2005 r. (w odniesieniu do pomocy przyznanej od dnia 19 grudnia 2005 r. do dnia 31 stycznia 2012 r.) lub zasad ramowych UOIG z 2012 r.

7.4. Uwagi końcowe

- (265) Jak wyjaśniono powyżej (zob. motyw 159), w swoim wyroku stwierdzającym nieważność z dnia 7 listopada 2012 r. Sąd odniósł się do zasady równego traktowania. W związku z tym Komisja przypomina, że zasada niedyskryminacji/równego traktowania nie figuruje wśród kryteriów zgodności określonych w decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. W niniejszej sprawie Komisja stwierdza jednak, że zasada ta jest w każdym przypadku przestrzegana, ponieważ szpitale IRIS i belgijskie szpitale prywatne znajdują się w różnej sytuacji prawnej i faktycznej, biorąc pod uwagę, że zakres zadań dotyczących świadczenia UOIG przez publiczne szpitale IRIS jest szerszy niż zakres zadań szpitali prywatnych, a zatem ich realizacja jest bardziej kosztowna (jak wyjaśniono wyżej, zob. pkt 7.3.4.1). Tytułem uzupełnienia Komisja zauważa, że publiczne szpitale IRIS podlegają pewnej liczbie ograniczeń, jak również dodatkowych kosztów (zob. motywy 42 i 43) podczas świadczenia powierzonej im UOIG.
- (266) Skoro szpitale IRIS i brukselskie szpitale prywatne znajdują się w różnych/nieporównywalnych sytuacjach, wyrównania deficytów szpitali IRIS nie można uznać za naruszenie zasady równego traktowania.

8. WNIOSEK

- (267) Uwzględniając powyższą ocenę Komisja stwierdza, że przedmiotowa pomoc państwa w niniejszej sprawie jest zgodna z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 106 ust. 2 TFUE,

PRZYJMUJE NINIEJSZĄ DECYZJĘ:

Artykuł 1

Pomoc państwa w formie wyrównania deficytów szpitali publicznych IRIS dokonywanego przez gminy brukselskie od 1996 r. jest zgodna z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 106 ust. 2 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej.

Artykuł 2

Niniejsza decyzja skierowana jest do Królestwa Belgii.

Sporządzono w Brukseli dnia 5 lipca 2016 r.

W imieniu Komisji
Margrethe VESTAGER
Członek Komisji
