

ROZHODNUTÍ KOMISE (EU) 2016/2327**ze dne 5. července 2016****o státní podpoře SA.19864 – 2014/C (ex 2009/NN54) poskytované Belgií – Financování veřejných nemocnic IRIS v regionu Brusel – hlavní město**

(oznámeno pod číslem C(2016) 4051)

(Pouze francouzské a nizozemské znění je závazné)**(Text s významem pro EHP)**

EVROPSKÁ KOMISE,

s ohledem na Smlouvu o fungování Evropské unie, a zejména na čl. 108 odst. 2 první pododstavec ⁽¹⁾,

s ohledem na Dohodu o Evropském hospodářském prostoru, zejména na čl. 62 odst. 1 písm. a) této dohody,

po vyzvání stran k předložení připomínek podle článků ⁽²⁾ a s ohledem na tyto připomínky,

vzhledem k těmto důvodům:

1. POSTUP

- (1) Dopisy ze dne 7. září 2005 a 17. října 2005, zaevidovanými dne 12. září 2005 a dne 19. října 2005, obdržela Komise stížnost směřující proti belgickému státu, pokud jde o údajné poskytování podpory od roku 1995 pěti veřejným nemocnicím ⁽³⁾ (dále jen „nemocnice IRIS-H“) ⁽⁴⁾ náležícím do sítě IRIS ⁽⁵⁾ (dále jen „IRIS“) v regionu Brusel – hlavní město, přičemž tato podpora má být protiprávní a neslučitelná s vnitřním trhem Stížnost podala dvě sdružení [a to Coordination bruxelloise d'institutions sociales et de santé (Bruselské sdružení sociálních a zdravotnických institucí, CBI) a Association bruxelloise des institutions de soins privées (Bruselská asociace soukromých zdravotnických zařízení, ABISP)] zastupující nemocnice řízené soukromoprávními právníckými osobami (dále jen „soukromé nemocnice“) a jednotlivě pak několik jejich členů ⁽⁶⁾.
- (2) Stížnost se zaměřila na: i) neexistenci nebo nedostatečnou jasnost definice a pověření zvláštními úkoly veřejné služby, které jsou svěřeny pouze nemocnicím IRIS-H a nikoli soukromým bruselským nemocnicím; ii) vyrovnávání ztrát nemocnic IRIS-H veřejnými orgány; iii) nadměrné vyrovnávání nákladů spojených s úkoly veřejné služby nemocnic IRIS-H prostřednictvím fondu Fonds Régional Bruxellois de Refinancement des Trésoreries Communales;

⁽¹⁾ Od 1. prosince 2009 jsou články 87 a 88 Smlouvy o založení Evropského společenství označeny jako články 107 a 108 Smlouvy o fungování Evropské unie (SFEU). Oba soubory ustanovení jsou v podstatě totožné. Pro účely tohoto rozhodnutí se případné odkazy na články 107 a 108 SFEU vykládají jako odkazy na články 87 a 88 Smlouvy o založení Evropského společenství. Smlouva SFEU rovněž zavedla některé terminologické změny, jako je nahrazení pojmu „Společenství“ pojmem „Unie“, „společný trh“ pojmem „vnitřní trh“ a „Soud prvního stupně“ pojmem „Tribunál“. V tomto rozhodnutí je používána terminologie SFEU.

⁽²⁾ Úř. věst. C 437, 5.12.2014, s. 10.

⁽³⁾ Těchto pět veřejných nemocnic společně má na starost přibližně 2 425 ze 7 260 lůžek, jimiž jsou vybaveny všeobecné a fakultní nemocnice regionu Brusel – hlavní město (kromě psychiatrických, geriatrických a jiných specializovaných nemocnic). Zaměstnávají přibližně 10 000 osob. Tyto nemocnice poskytují více než milion lékařských prohlídek ročně. Počet nemocničních lůžek poskytl belgické úřady (po konzultaci se Společnou obecní komisí (Commission communautaire commune) a Federální správou sociálního zabezpečení) a týká se roku 2015. Ostatní informace jsou dostupné na webových stránkách IRIS (viz <http://www.iris-hopitaux.be>).

⁽⁴⁾ Pro více informací o těchto veřejných nemocnicích a jejich činnosti viz body 2.2 a 2.4.

⁽⁵⁾ Zkratka IRIS znamená *Interhospitalière régionale des infrastructures de soins* (Regionální síť zdravotnické infrastruktury).

⁽⁶⁾ Stěžovatelé žádali, aby jejich totožnost nebyla uvedena. Avšak z důvodu žaloby těchto stran na neplatnost a v důsledku rozhodnutí Tribunálu o zrušení ze dne 7. listopadu 2012 ve věci T-137/10 byla jejich totožnost zveřejněna [viz 4. a 6. bod odůvodnění]. Je také třeba uvést, že ABISP a jeho členové svou stížnost stáhli.

- iv) nedostatečnou transparentnost metody veřejného financování nemocnic IRIS-H; a v) křížové subvencování mimonemocniční činnosti nemocnic IRIS-H prostřednictvím veřejného financování, které bylo určeno na poskytování nemocniční péče ⁽⁷⁾.
- (3) Podle dodatečných informací podaných belgickými úřady dne informovaly útvary Komise 10. ledna 2008 stěžovatele poštovní zásilkou ⁽⁸⁾ o předběžném oznámení ohledně stížnosti a vyzvaly dotčené strany, aby dodaly další informace, aby bylo možné je znovu prověřit za účelem předběžného posouzení stížnosti, a pokud by k tomu nedošlo, tato stížnost by byla považována za staženou. Útvary Komise po obdržení odpovědi stěžovatelů potvrdily své předběžné posouzení v dopise ze dne 10. dubna 2008.
- (4) Následně stěžovatelé informovali Komisi, že podali žalobu na neplatnost tohoto rozhodnutí Komise k Soudu první instance Evropských společenství Evropské unie (od 1. prosince 2009 označovanému jako Tribunál Evropské unie, dále jen „Tribunál“) ohledně dopisu ze dne 10. ledna 2008, který považovali za rozhodnutí Komise ⁽⁹⁾. 20. června 2008 stěžovatelé podali žalobu na neplatnost dopisu útvarů Komise ze dne 10. dubna 2008 ⁽¹⁰⁾. Obě dvě řízení vedená před Tribunálem byla tímto pozastavena do 31. října 2009, protože Komise Tribunál informovala, že se chystá přijmout rozhodnutí podle nařízení Rady (ES) č. 659/1999 ⁽¹¹⁾. Za účelem přijetí tohoto rozhodnutí útvary Komise požádaly belgické úřady i stěžovatele o doplňující informace.
- (5) Ve svém rozhodnutí ze dne 28. října 2009 ⁽¹²⁾ (dále jen „rozhodnutí Komise z roku 2009“, viz také bod 4. 1) Komise rozhodla, že nevznese námitky proti podpoře financování veřejných nemocnic IRIS v regionu Brusel – hlavní město, jelikož se domnívala, že předmětné financování je slučitelné s vnitřním trhem na základě podmínek uvedených v rozhodnutí Komise 2005/842/ES ⁽¹³⁾ (dále jen „rozhodnutí o službách z roku 2005“) a přímo podle čl. 86 odst. 2 Smlouvy o založení Evropského společenství (nyní čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování EU), pokud jde o pověření předcházející vstup rozhodnutí o službách z roku 2005 v platnost dne 19. prosince 2005.
- (6) Následně stěžovatelé podali žalobu na neplatnost tohoto rozhodnutí Komise k Tribunálu. Tribunál rozhodnutí Komise zrušil rozsudkem ze dne 7. listopadu 2012 ve věci T-137/10 ⁽¹⁴⁾ (viz také bod 4.2), v němž konstatoval, že toto rozhodnutí bylo přijato v rozporu s procesními právy stěžovatelů. Tribunál zejména došel k závěru, že Komise měla mít vážné pochybnosti o slučitelnosti předmětného opatření s vnitřním trhem, a to s ohledem na příslušné argumenty stěžovatelů v této věci. Tribunál tudíž došel k závěru, že je Komise povinna zahájit formální vyšetřovací řízení, aby shromáždila veškeré informace k ověření souladu všech projednávaných opatření podpory s vnitřním trhem a aby stěžovatelům a ostatním stranám umožnila předložit připomínky v rámci tohoto řízení ⁽¹⁵⁾.
- (7) Dopisem ze dne 1. října 2014 Komise informovala Belgie o svém rozhodnutí zahájit řízení podle čl. 108 odst. 2 Smlouvy o fungování EU týkající se opatření veřejného financování pro nemocnice IRIS v regionu Brusel – hlavní město.
- (8) Rozhodnutí Komise zahájit řízení (dále jen „rozhodnutí o zahájení“) bylo uveřejněno v *Úředním věstníku Evropské unie* ⁽¹⁶⁾. Komise vyzvala zúčastněné strany k podání připomínek k těmto opatřením.

⁽⁷⁾ Tento argument stěžovatelé poprvé předložili v dopisu ze dne 15. prosince 2008.

⁽⁸⁾ Útvary Komise se v zásadě předběžně domnívaly, že nemocnice IRIS-H zjevně plní úkoly veřejné služby, že podpora, kterou pobírají, je jasně stanovena a že tato podpora není nadměrná. Útvary Komise v důsledku toho došly k závěru, že problém s ohledem na pravidla týkající se státní podpory neexistuje. Konstatovaly také, že požadavky týkající se transparentnosti jsou dodrženy. Útvary Komise tedy došly k závěru, že není dostatečný důvod k dalšímu vyšetřování, protože stěžovatelé nedodali další informace.

⁽⁹⁾ Věc T-128/08, dosud nezveřejněná.

⁽¹⁰⁾ Věc T-241/08, dosud nezveřejněná.

⁽¹¹⁾ Nařízení Rady (ES) č. 659/1999 ze dne 22. března 1999, kterým se stanoví prováděcí pravidla k článku 93 Smlouvy o ES (Úř. věst. L 83, 27.3.1999, s. 1).

⁽¹²⁾ Úř. věst. C 74, 24.3.2010, s. 1.

⁽¹³⁾ Rozhodnutí Komise 2005/842/ES ze dne 28. listopadu 2005 o použití čl. 86 odst. 2 Smlouvy o ES na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby poskytované určitým podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu (Úř. věst. L 312, 29.11.2005, s. 67).

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

⁽¹⁵⁾ Věc T-137/10, bod 313.

⁽¹⁶⁾ Viz poznámka pod čarou 2.

- (9) Dopisem ze dne 22. října 2014 belgické orgány v odpověď na rozhodnutí o zahájení požádaly o prodloužení termínu k předložení svých připomínek. Komise prodloužení lhůty povolila dopisem ze dne 23. října 2014. O další prodloužení termínu bylo žádáno dopisem ze dne 1. prosince 2014 a bylo povoleno dopisem Komise ze dne 2. prosince 2014. Dopisem ze dne 16. prosince 2014 Belgické království předložilo své připomínky k rozhodnutí o zahájení.
- (10) Komise obdržela tyto připomínky od dotčených stran (viz níže bod 5) dne 15. prosince 2014, 5. ledna 2015 a 9. ledna 2015. Dopisy ze dne 13. a 20. února 2015 Komise předala tyto připomínky Belgii, která tak měla možnost na ně reagovat. Připomínky Belgie byly obdrženy v dopise ze dne 13. března 2015, který byl zaevidován dne 17. března 2015.
- (11) Na tomto základě Komise spis přezkoumala a vyložila některé údaje odlišně od jejich posouzení ve zrušeném rozhodnutí z roku 2009.

2. CELKOVÉ SOUVISLOSTI

- (12) Nemocnice IRIS-H působí ve složitém právním a regulačním prostředí, které je určováno různými veřejnými orgány. Celkové posouzení slučitelnosti veřejného financování pro tyto nemocnice s pravidly týkajícími se státní podpory vyžaduje především stručný popis právního a regulativního rámce použitelného na nemocnice IRIS-H. Tento popis zahrnuje prezentaci zákona o CPAS (na jehož základě byly nemocnice IRIS-H založeny), stručnou historii založení nemocnic IRIS-H, přehled právních a jiných dokumentů, kterými se řídí činnosti nemocnic IRIS-H, stručný popis hlavních činností nemocnic IRIS-H a vyjmenování různých použitelných způsobů financování.

2.1 Právo na sociální pomoc a zákon o CPAS

- (13) V Belgii je právo na sociální pomoc zaručeno belgickou ústavou. Článek 23 belgické ústavy stanoví následující:

„Každý má právo vést život odpovídající lidské důstojnosti. Za tímto účelem zákon, vyhláška nebo pravidlo podle článku 134 s ohledem na odpovídající závazky zaručují ekonomická, sociální a kulturní práva a určují podmínky jejich výkonu. Tato práva zahrnují zejména:

[...]

2. právo na sociální zabezpečení, na ochranu zdraví a na sociální, lékařskou a právní pomoc.“

- (14) Skutečný přístup občanů k sociální pomoci podléhá zejména obecnému zákonu ze dne 8. července 1976⁽¹⁷⁾ (dále jen „zákon o CPAS“), který zavádí veřejná střediska sociální pomoci (*centres publics d'action sociale*, dále jen „CPAS“). Jsou to veřejné instituce, které mají titul právní osoby a nacházejí se v každé belgické obci. Střediska CPAS řídí rada, jejíž členy volí obecní rada příslušné obce. Podle článku 1 zákona o CPAS:

„Každý člověk má právo na sociální pomoc. Jejím cílem je každému umožnit vést život odpovídající lidské důstojnosti. Představují ji veřejná střediska sociální pomoci, která za podmínek stanovených tímto zákonem mají za úkol pomoc zajišťovat.“

- (15) Středisko CPAS tedy poskytuje sociální pomoc osobám, které nemají potřebné prostředky, které by jim umožňovaly vést život odpovídající lidské důstojnosti, a které nemohou využívat jiné formy sociálního zabezpečení (například podporu v nezaměstnanosti). V této souvislosti čl. 57 odst. 1 zákona o CPAS upřesňuje, že úkolem středisek CPAS je zajistit osobám a rodinám pomoc, která jim od společnosti náleží. Tento úkol je popsán následovně:

„Zajišťuje nejen paliativní a léčebnou péči, ale také preventivní pomoc. Podporuje příjemce v jejich zapojení do společnosti. Tato pomoc může být materiální, sociální, zdravotní, lékařská a sociální nebo psychologická.“

⁽¹⁷⁾ Moniteur belge ze dne 5. srpna 1976, s. 9876.

- (16) Každé středisko CPAS je povinno poskytovat sociální pomoc osobám a rodinám, ale má určitou pravomoc výběru, co se týče způsobu poskytování pomoci. Přesněji řečeno středisko CPAS může poskytovat tuto pomoc:
- buď samo přímo,
 - nebo „pokud by to bylo třeba a případně v rámci již existujícího programu“ (viz také 19. bod odůvodnění), prostřednictvím zařízení nebo služeb střediskem vytvořených (na základě čl. 60 odst. 6, čl. 79 a čl. 118 zákona o CPAS), přičemž středisko CPAS, které takové zařízení nebo službu vytvořilo, je také povinno určit jeho účel. Veškeré sociální povinnosti, které CPAS deleguje na toto zařízení nebo službu, musí být následně zajištěny v souladu s tímto účelem;
 - nebo prostřednictvím zařízení nebo služeb, se kterými spolupracuje (článek 61 zákona o CPAS), kdy tato zařízení nebo služby musí být založeny:
 - buď přímo střediskem CPAS (viz předcházející odrážka);
 - nebo třetí osobou, která také určila jejich účel.
- (17) V těchto posledních dvou případech CPAS převádí (částečně) své závazky sociální pomoci pouze tam, kde je takový převod v souladu s účelem spolupracujícího zařízení. Pokud zařízení založilo středisko CPAS, tak i kontroluje jeho účel. Pokud se jedná o zcela vzdálené zařízení (třetích osob), spolupráce se omezuje na účel tohoto zařízení.
- (18) Právní povinnost CPAS poskytovat sociální pomoc, ať už materiální, sociální, lékařskou, lékařsko-sociální nebo psychologickou, je stejná bez ohledu na to, zda CPAS poskytuje tuto pomoc přímo nebo prostřednictvím zařízení, které středisko založilo nebo se kterým spolupracuje. Článek 57 zákona o CPAS ukládá tomuto středisku (a pouze jemu) povinnost tuto pomoc poskytovat v každém případě. Jakýkoliv způsob převedení povinnosti zakládá formu plnění této povinnosti a nezabývá CPAS jeho odpovědnosti splnit a nadále plnit svou povinnost.
- (19) Požadavky, které se používají v případech, kdy středisko CPAS chce vytvořit zařízení nebo službu (například nemocnici) za účelem plnění (části) svého úkolu poskytování sociální pomoci, jsou uvedeny v čl. 60 odst. 6 zákona o CPAS:
- „Veřejné středisko sociální pomoci, pokud je to třeba a případně v rámci stávajících programů, rozvíjí a řídí zařízení nebo sociální, léčebné nebo preventivní služby.
- Potřeba vytvoření nebo rozvoje zařízení nebo služby musí vyplývat ze spisu, který obsahuje analýzu potřeb obce a/nebo regionu a podobných zařízení nebo služeb již existujících, popis fungování, přesné vyhodnocení předpokládaných nákladů a pokud možno informace umožňující porovnání s podobnými zařízeními a službami.
- O vytvoření nebo vývoji zařízení nebo služeb, které by měly pobírat podporu na úrovni investic na své fungování, lze rozhodovat pouze na základě spisu, který uvádí, že podmínky stanovené zákony nebo obecnými pravidly pro poskytování těchto podpor, jsou dodrženy.
- Aniž by bylo dotčeno povolení od jiných veřejných orgánů, rozhodnutí o vytvoření nebo rozvoji zařízení nebo služby, pokud jejich povaha předpokládá podporu z obecního rozpočtu nebo by měla být navýšena, podléhá schválení obecní radou.“
- (20) Povinnost stanovená v článku 57 zákona o CPAS týkající se poskytování pomoci (sociální, lékařské, lékařsko-sociální nebo psychologické) osobám a rodinám je:
- všeobecná: pomoc musí být poskytována nezávisle na ideologickém, filosofickém nebo náboženském přesvědčení příjemců (článek 59 zákona o CPAS) a na případném nedostatku prostředků dotčené osoby. CPAS má zvláště za úkol poskytnout pomoc podle stavu chudoby dotčeného. Na tomto základě má každé středisko CPAS povinnost poskytovat pomoc všem. Pokud vytvoří zařízení nebo službu k plnění jeho úkolu, toto zařízení nebo služba má tutéž povinnost;
 - časově neomezená pomoc musí být poskytována tak dlouho, pokud potřeba sociální pomoci trvá. CPAS má tedy povinnost zajistit trvalou pomoc a tímto i trvalou existenci zařízení nebo služby, které tuto pomoc poskytují.

- (21) Na základě principu samostatnosti obcí každé středisko CPAS ve své obci samostatně rozhoduje při dodržování zákona o CPAS o nevhodnějším způsobu, jak dostát své povinnosti sociální pomoci (včetně lékařské). Ústavní volba organizování sociální pomoci na obecní úrovni se také řídí přáním a potřebou zavádění politiky sociální pomoci co nejbližší lidem. Pokud se středisko CPAS rozhodne vytvořit zařízení péče o zdraví s léčebnou povahou, aby vyšlo vstříc potřebám místních obyvatel, takto vytvořené zařízení se řídí zákonem o CPAS a federálním regulačním rámcem použitelným pro nemocnice (viz 32. bod odůvodnění), který se použije na všechny nemocnice bez ohledu na jejich statut (veřejné či soukromé) a zaručuje organizační systém společný pro celou zemi. Nicméně na rozdíl od soukromých nemocnic mají nemocnice vytvořené CPAS, jako nemocnice IRIS-H, jako hlavní cíl průběžně poskytovat sociální pomoc. Přesná povaha povinností daných nemocnicím IRIS-H ve věci sociální pomoci (viz také níže bod 7. 3. 4. 1) je uvedena ve stanovách nemocnic IRIS-H a v jejich strategických plánech v souladu s předpisy zákona o CPAS (a zejména v člancích 120 a 135d tohoto zákona).
- (22) Na základě článku 106 zákona o CPAS mají obce povinnost krýt schodek svých CPAS, pokud tato zařízení nemají dostatečné prostředky na krytí výdajů spojených s jejich povinnostmi poskytovat sociální pomoc.

2.2 Zakládání nemocnic IRIS-H

- (23) Jak bylo vysvětleno výše (viz 15. bod odůvodnění), sociální pomoc poskytovaná střediskem CPAS zahrnuje lékařskou a lékařsko-psychologickou péči a může být preventivní nebo léčebná. Toto zajištění může být poskytováno i) přímo prostřednictvím CPAS, ii) prostřednictvím třetích osob (například soukromou nemocnicí) při dodržování jejich právní samostatnosti nebo iii) soukromými subjekty, pokud si CPAS přeje kontrolovat způsob plnění jeho cílů, a to vytvořením zařízení nebo služby, které by byly pověřeny plněním části úkolů [(tento úkol je pak určen ve stanovách zařízení nebo služby a v případě nemocnic IRIS-H ve strategických plánech IRIS (viz 16. a 21. bod odůvodnění)]. Za účelem plnění svých úkolů lékařské pomoci CPAS vytvořilo a řídí nebo se podílí na řízení nemocnic několika belgických měst a obcí.
- (24) V minulosti CPAS šesti dotčených bruselských obcí⁽¹⁸⁾ poskytla sociální pomoc lékařské a sociálně-lékařské povahy prostřednictvím osmi veřejných nemocnic⁽¹⁹⁾ na osmi různých místech. Tyto nemocnice byly řízeny přímo svými středisky CPAS a neměly právní subjektivitu. Bylo tedy jasné, že tyto nemocnice přispívají k plnění povinnosti sociální pomoci příslušného střediska CPAS. Během první poloviny 90. let však bruselské orgány uvážily, že strukturální schodky těchto nemocnic ohrožují jejich kontinuitu a životaschopnost. Aby tedy tyto veřejné orgány zajistily krytí a dlouhodobou životnost veřejných bruselských nemocnic, rozhodly se pro jejich restrukturalizaci.
- (25) První etapa této restrukturalizace byla zahájena dne 19. května 1994 podpisem dohody o spolupráci mezi federální belgickou vládou, regionem Brusel – hlavní město a Společnou bruselskou obecní komisí (Commission communautaire commune) týkající se nemocniční politiky. Tato dohoda předpokládala zavedení restrukturalizace za účelem zajištění trvání veřejných a soukromých nemocničních služeb. Jak je uvedeno v článku 2 této dohody:

„Tato dohoda o restrukturalizaci musí splňovat následující podmínky:

1. Poskytovat záruky týkající se jednak **zachování specifické povahy veřejných nemocnic**, a to mimo jiné volbou právních struktur a koordinace, které by **zajistily převahu veřejného sektoru v jejich řídicích orgánech** a rozhodovacích postupech, jednak zachování **místního zakotvení posílením přímo volených zástupců** v řídicích orgánech.“⁽²⁰⁾

- (26) Za tímto účelem preambule dohody o spolupráci stanoví následující:

„Jelikož finanční schodek oznámený veřejnými nemocnicemi na území regionu Brusel – hlavní město dosáhl znepokojující výše;

⁽¹⁸⁾ Šest dotčených obcí z devatenácti obcí regionu Brusel – hlavní město jsou: Anderlecht, město Brusel, Etterbeek, Ixelles, Schaerbeek a Saint-Gilles.

⁽¹⁹⁾ Přesněji řečeno se jedná o tyto nemocnice: CHU Brugmann-Huderf (jediný subjekt do dne 1. ledna 1997), CHU Saint-Pierre, Institut Bordet, Centre Hospitalier Baron Lambert, Centre Hospitalier Bracops, Centre Hospitalier Molière, Centre Hospitalier Brien a Centre Hospitalier Etterbeek-Ixelles.

⁽²⁰⁾ Tučně označeno autory tohoto dokumentu.

Jelikož i přes několik ozdravných plánů je finanční situace těchto institucí i nadále velmi špatná, a tudíž zatěžuje strukturálním způsobem obecní rozpočet;

vzhledem k tomu, že za těchto podmínek je třeba podpořit zavedení mechanismů koordinace a spolupráce mezi obcemi a veřejnými středisky sociální pomoci a sdruženími vytvořenými podle kapitoly XII. základního zákona ze dne 8. července 1976 o veřejných střediscích sociální pomoci, jež jsou odpovědná za různá veřejná nemocniční zařízení v regionu Brusel – hlavní město;

vzhledem k tomu, že tyto mechanismy koordinace a spolupráce **slouží k zachování životnosti veřejných nemocnic** tím, že bude podporována synergie vybavení a infrastruktura a jejich prostředky řízení a rozvoje, a rovněž slouží k příspěvku k pokrytí schodků obcí;

vzhledem k tomu, že tato dohoda nemění nic na pravidlech financování nemocnic a je zaměřena pouze na vyrovnání strukturálního schodku týkajícího se veřejných středisek sociální pomoci a obcí.“⁽²¹⁾

(27) Na tomto základě dne 22. prosince 1995 bruselská *Commission communautaire commune* přijala usnesení, jímž byla zahrnuta kapitola XII do zákona o CPAS, který je platný pro region Brusel – hlavní město. Přípravné práce na tomto usnesení⁽²²⁾ se odvolávají na dohodu o spolupráci ze dne 19. května 1994 (viz 25. bod odůvodnění), jejímž hlavním cílem je zajistit prostřednictvím navrhované restrukturalizace přetrvání veřejných bruselských nemocnic⁽²³⁾.

(28) Restrukturalizace se týkala zejména těchto bodů:

— postoupení ze strany CPAS přímého řízení veřejných nemocnic nově vytvořeným právnickým osobám („sdružení podle kapitoly XII“), které založila střediska CPAS (společně s dotčenými obcemi, sdružením zastupujícím nemocniční lékaře, případně s Universitě libre de Bruxelles (ULB) a/nebo *Vrije Universiteit Brussel* (VUB)).

Sít CPAS tudíž tímto odstoupila od svého předcházejícího rozhodnutí řídit své vlastní nemocnice. Jak je dovoleno v čl. 60 odst. 6 a v článku 118 zákona o CPAS (viz 19. bod odůvodnění), střediska CPAS se rozhodla založit sdružení, které jim umožní poskytování lékařské a lékařsko-psychologické péče občanům.

Z tohoto důvodu byly veřejné bruselské nemocnice zrušeny a jejich činnosti byly přeneseny na osm místních nemocničních sdružení, založených podle kapitoly XII zákona o CPAS. Nemocnice IRIS-H tedy obdržely právní a finanční samostatnost⁽²⁴⁾ dne 1. ledna 1996. Následně bylo vytvořeno osm nemocničních sdružení: CHU Brugmann – HUDERF, CH Brien, CHU Saint-Pierre (CHU-SP), CH Etterbeek-Ixelles, CH Baron Lambert, CH Bracops, CH Molière a Institut Bordet (IB).

Těchto osm nemocnic bylo následně sdruženo, jak je uvedeno níže, do pěti nemocnic IRIS-H, přičemž si zachovaly stávající sídlo, a taktó působí i v současnosti. CHU Brugmann (CHU-B) a Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF) byly rozděleny na dva samostatné právní subjekty ode dne 1. ledna 1997. Dne 1. července 1999 byly CHU Brugmann a CH Brien spojeny v jeden subjekt pod názvem CHU Brugmann. Téhož dne byla provedena fúze CH Etterbeek-Ixelles, CH Baron Lambert, CH Bracops a CH Molière, čímž vznikly nemocnice Hôpitaux Iris Sud. V tomto rozhodnutí, pokud není uvedeno jinak, „nemocnice IRIS-H“ označuje pět stávajících místních sdružení nemocnic⁽²⁵⁾.

⁽²¹⁾ Tučně označeno autory tohoto dokumentu.

⁽²²⁾ Řádné zasedání v letech 1995–1996. Dokumenty Zasedání Komise ES, návrh usnesení: B-10/1. Zpráva: B-10/2. Zpráva v nezkráceném znění. – Jednání a přijetí na zasedání dne 22. prosince 1995.

⁽²³⁾ V přípravných pracích se upřesňuje zejména, že dohoda o spolupráci ze dne 19. května 1994 byla uzavřena „za účelem zajištění pérennosti (tedy kontinuity a životaschopnosti) veřejných bruselských nemocnic, přičemž byl mimo jiné podpořen systém koordinace a spolupráce mezi veřejnými nemocničními institucemi působícími v oblasti regionu Brusel – hlavní město, tedy obcemi, (CPAS) a sdruženími, která vznikla na základě použití kapitoly XII. zákona (zákon o CPAS).“

⁽²⁴⁾ Článek 121 zákona o CPAS upřesňuje, že sdružení založená podle kapitoly XII mají právní subjektivitu.

⁽²⁵⁾ Některé nemocnice IRIS-H vykonávají svou činnost na několika místech. V současné době CHU-B působí na třech místech (Victor Horta, Paul Brien a Reine Astrid), CHU-SP na dvou místech (Porte de Hal a César de Paepe) a HIS na čtyřech místech (Etterbeek-Ixelles, J. Bracops, Molière-Longchamp a Baron Lambert).

- Vytvoření zastřešující struktury s názvem IRIS (na základě kapitoly XIIa zákona o CPAS), která musí zajistit koordinaci a kontrolu nemocnicnických úkonů každého sdružení podle kapitoly XII⁽²⁶⁾. Hlavním cílem zastřešující struktury IRIS je dosáhnout dlouhodobé finanční rovnováhy pro nemocniční činnosti vykonávané nemocnicemi IRIS-H. Její hlavní úkoly spočívají v koordinaci činností nemocnic IRIS-H, ve stanovení strategického plánu sítě IRIS, ve zlepšení kvality služeb a v kontrole rozpočtu sítě.
- (29) V souladu s kapitolou XII zákona o CPAS je každé místní sdružení nemocnic zřízeno na základě statutu, který mimo jiné určuje jeho předmět, práva a povinnosti jeho členů a jeho rozhodovacích orgánů⁽²⁷⁾. Každé sdružení má valné shromáždění a správní radu, kde jsou zastoupeny jednotlivé strany, které sdružení vytvořily (viz 28. bod odůvodnění), ale zástupci veřejných pravomocí (tedy obec a CPAS) mají v těchto rozhodovacích orgánech většinu hlasů⁽²⁸⁾. Není tedy pochyb o tom, že každá nemocnice IRIS-H je kontrolována veřejnými orgány. Stejně tak obce a CPAS mají širokou pravomoc v rámci plenárního shromáždění a ve správní radě zastřešující organizace IRIS.
- (30) Kapitola XIIa zákona o CPAS dále stanoví pravidla pro kontrolu a administrativní ochranu, která se použijí na místní nemocniční sdružení. Přesněji řečeno je zastřešující organizace IRIS povinna stanovit strategický plán, který bude zavazovat místní sdružení podle kapitoly XII. Na základě tohoto plánu je každé místní nemocniční sdružení povinno sestavit plán řízení a finanční plány k předložení IRIS-H za účelem odsouhlasení (viz článek 135d zákona o CPAS). Místní nemocniční sdružení musí také žádat IRIS o souhlas, než přijmou určitá důležitá rozhodnutí (viz článek 135e) a podléhají čtvrtletní kontrole ze strany IRIS (viz článek 135g). IRIS-H také určí komisaře pro každé místní sdružení nemocnic, který se účastní schůzí rozhodovacích orgánů těchto sdružení a má právo veta pro rozhodnutí, která nejsou v souladu s rozhodnutími IRIS (viz článek 135h).
- (31) Jak je vysvětleno v 31. a 32. bodu odůvodnění rozhodnutí o zahájení, restrukturalizace veřejných bruselských nemocnic, které kontroluje a řídí CPAS, zahrnovala také finanční otázky. Přesněji řečeno region Brusel – hlavní město prostřednictvím fondu Fonds Régional Bruxellois de Refinancement des Trésoreries Communales (dále jen „FRBRTC“) schválil půjčku 4 miliard belgických franků (přibližně 100 milionů EUR) na 20 let pro obce spravující veřejnou nemocnici (prostřednictvím svých příslušných CPAS)⁽²⁹⁾. Tyto obce následně převedly tyto prostředky na své veřejné nemocnice, aby pokryly část jejich finančních závazků⁽³⁰⁾. Dne 6. června 1996 region Brusel – hlavní město rozhodl, že nebude žádat o vrácení půjčky a úhradu úroků, pokud budou dohody na restrukturalizaci zcela splněny a finanční plány budou dodrženy.

2.3 Regulační rámec pro nemocnice IRIS-H

- (32) Z výše uvedeného bodu jasně vyplývá, že nemocnice IRIS-H byly vytvořeny na základě zákona o CPAS, aby střediska CPAS mohla plnit své povinnosti týkající se sociální pomoci. Tyto nemocnice se tedy řídí zejména zákonem o CPAS. Nicméně jakožto nemocnice také podléhají společnému zákonu o nemocnicích (loi coordonnée sur les hôpitaux, LCH)⁽³¹⁾ ze dne 7. srpna 1987, jehož článek 147 (nyní článek 163 LCH ve znění ze dne 10. července 2008)⁽³²⁾ stanoví následující:

„Co se týče nemocnic řízených Centre Public d'Aide Sociale a lékařů, kteří v těchto nemocnicích pracují, ustanovení tohoto loi coordonnée doplňují obecný zákon ze dne 8. července 1976 o Centres Publics d'Aide Sociale, a to zejména články 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56 a 94 tohoto zákona.“

⁽²⁶⁾ Kontrola, kterou IRIS provádí, musí odpovídat přesným podmínkám usnesení (Regionu Brusel – hlavní město) ze dne 22. prosince 1995 (Moniteur belge, 7.2.1996, s. 2737).

⁽²⁷⁾ Článek 120 zákona o CPAS uvádí minimální požadavky použitelné na statut sdružení vytvořených CPAS podle kapitoly XII zákona o CPAS.

⁽²⁸⁾ Článek 125 zákona o CPAS stanoví, že: „Bez ohledu na výši vkladů jednotlivých společníků mají veřejnoprávní osoby vždy právo na většinu hlasů v různých správních či řídicích orgánech sdružení.“

⁽²⁹⁾ Fond FRBRTC byl vytvořen podle usnesení ze dne 8. dubna 1993, Moniteur belge, 12.5.1993, s. 10889 (ve znění usnesení ze dne 2. května 2002).

⁽³⁰⁾ Částka 100 milionů EUR byla na pokrytí celkových finančních závazků nemocnic ke konci roku 1995 nedostatečná, přičemž celkový schodek se odhadoval přibližně na 200 milionů EUR.

⁽³¹⁾ Moniteur belge ze dne 7. října 1987, s. 14652. Nahrazeno zákonem loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins ze dne 10. července 2008 (Moniteur belge, 7.11.2008, s. 58624).

⁽³²⁾ Za účelem snazšího udávání těchto odkazů se toto rozhodnutí odkazuje pouze na článek 147 LCH, přičemž se rozumí, že tento odkaz se týká článku 163 LCH po nabytí platnosti zákona ze dne 10. července 2008.

- (33) LCH mimo jiné určuje druhy nemocnic, které mohou být oficiálně schváleny⁽³³⁾; podmínky řízení nemocnice a strukturu lékařské činnosti⁽³⁴⁾; programování nemocniční činnosti⁽³⁵⁾; normy a podmínky schvalování nemocnice a nemocničních služeb⁽³⁶⁾; právní vztahy mezi nemocnicí a nemocničními lékaři, finanční satut nemocničních lékařů, a to zejména včetně pobírání a stanovení odměn, jejich skladbu a poskytování odměn pobíraných centrálně⁽³⁷⁾.
- (34) Nemocnice IRIS-H také podléhají pravidlům podle stanov místních nemocničních sdružení, která mimo jiné upřesňují účel nemocnic IRIS-H a práva a povinnosti členů sdružení (viz také 29. bod odůvodnění).
- (35) Místní nemocniční sdružení jsou pod ochranou zastřešující organizace IRIS, což omezuje jejich možnost samostatně přijímat některá rozhodnutí o financích a řízení (viz 30. bod odůvodnění). Je třeba poznamenat, že zastřešující organizace IRIS přijímá strategické plány na několik let, které zavazují místní nemocniční sdružení, jak stanoví článek 135f zákona o CPAS.
- (36) Regulační rámec, podle něhož fungují nemocnice IRIS-H, tvoří zákon o CPAS, zákon LCH, stanovy místních nemocničních sdružení a závazné strategické plány přijaté zastřešující organizací IRIS.

2.4 Hlavní činnosti nemocnic IRIS-H

- (37) Hlavní činnost nemocnic IRIS-H spočívá v poskytování nemocničních služeb pacientům regionu Brusel – hlavní město. Nemocnice IRIS-H celkem zaměstnávají přibližně 10 000 osob, zajišťují více než milion prohlídek ročně a jsou největší službou pohotovostní péče v Belgii. Nabízejí celkové lékařské služby ve všech hlavních lékařských oborech. Dvě z nich jsou zaměřeny na speciální obory (l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola se specializuje na pediatrii a Institut Bordet na onkologii).
- (38) Kromě lékařských služeb nemocnice IRIS-H zajišťují také řadu souvisejících sociálních služeb. Sociální pracovníci nemocnic IRIS-H zejména poskytují pomoc znevýhodněným pacientům a jejich rodinám za účelem řešení a zvládnutí administrativních, finančních, vztahových a sociálních problémů.
- (39) Pět nemocnic IRIS-H v současnosti poskytuje své lékařské služby a související sociální služby prostřednictvím sítě jedenácti organizačních jednotek v Bruselu. Tyto organizační jednotky se nacházejí v šesti obcích (Anderlecht, město Brusel, Etterbeek, Forest, Ixelles a Schaerbeek).
- (40) Nemocnice IRIS-H popisují svůj úkol následovně: „naše nemocnice slouží všem v každé chvíli jejich existence od narození až do konce života, ať mají jakékoli zdravotní problémy“⁽³⁸⁾. Deset z jedenácti organizačních jednotek IRIS-H se nachází v obcích, kde průměrný příjem nepřesahuje medián příjmu⁽³⁹⁾ regionu Brusel – hlavní město. Na základě klasifikace veřejné federální služby veřejného zdravotnictví (viz bod 185 tabulky zmíněné klasifikace) tři velké nemocnice IRIS-H poskytující celkové služby (CHU Saint-Pierre, CHU Brugmann a nemocnice Iris Sud (HIS)) jsou tři nemocnice, profil jejichž pacientů představuje nejvíce ohrožený sociálně-ekonomický profil v Belgii. Tuto situaci potvrzuje také skutečnost, že v roce 2012 přibližně 11 % pacientů, které přijala nemocnice CHU Saint-Pierre a CHU Brugmann, nebylo kryto povinným zdravotním pojištěním v Belgii a nebylo schopno uhradit svou léčbu a že 15 % pacientů těchto nemocnic bylo závislých (také) na podpoře CPAS.

⁽³³⁾ Viz články 2 až 7 zákona ze dne 7. srpna 1987.

⁽³⁴⁾ Viz články 10 až 17 zákona ze dne 7. srpna 1987.

⁽³⁵⁾ Viz články 23 až 45 zákona ze dne 7. srpna 1987. Mechanismus programování spočívá ve stanovení maximálního počtu nemocničních lůžek na každý region na základě lékařských potřeb vyhodnocených federálními úřady. Z toho vyplývá, že pokud se požadavky na počet nemocničních lůžek nezvyšují, není vytváření dalších lůžek (nebo jakékoliv vytváření nemocnic) povoleno, pokud stávající lůžka nejsou zrušena jinde.

⁽³⁶⁾ Viz články 68 až 76e zákona ze dne 7. srpna 1987.

⁽³⁷⁾ Viz články 130 až 142 zákona ze dne 7. srpna 1987.

⁽³⁸⁾ Viz <http://www.iris-hopitaux.be/fr> (stránky navštíveny 19.8.2015).

⁽³⁹⁾ Viz poznámka dole na s. 246 týkající se průměrného příjmu.

- (41) Nemocnice IRIS-H také poskytují určité související činnosti (například převoz pacientů v sanitkách mezi nemocnicemi, jesle pro děti zaměstnanců, pečovatelské domy a domy pro seniory, školy pro zdravotnický personál a pro výzkum, infrastrukturu pro ubytování se službami, zařízení pro psychiatrickou pomoc, prostory pro setkávání pacientů se svými návštěvami, pronájem televizorů pro pacienty, pronájem pokojů třetím osobám, stravovací zařízení a parkovací místa). Tyto související činnosti představují pouze malé procento veškerých činností nemocnic IRIS-H, což dosvědčuje jejich malý podíl (průměrně méně než 2 %) na celkových příjmech nemocnic IRIS-H.
- (42) Souhrn těchto činností představuje náklady a příjmy nemocnic IRIS-H. Náklady jsou vedle jejich zvláštních činností dány jejich statutem veřejných nemocnic, který jim dává určitá omezení, jímž soukromé nemocnice nepodléhají. Provozní náklady nemocnic IRIS-H v rámci služeb obecného hospodářského zájmu (dále jen „SIEG“) a jejich souvisejících činností vzrostly, a to zejména z těchto důvodů:
- povinnost hradit odměny za jazykové znalosti ⁽⁴⁰⁾ dvojjazyčným zaměstnancům, což představuje roční náklady odhadované ⁽⁴¹⁾ na (...) ⁽⁴²⁾ milionů EUR na účet nemocnic IRIS-H,
 - důchodový systém pro statutární zaměstnance ⁽⁴³⁾ (jmenované úředníky), který je obecnější než systém používaný pro zaměstnance soukromého sektoru a na který musí nemocnice IRIS-H přispívat částkou odhadovanou na (...) EUR ročně,
 - náklady spojené s dlouhodobými nemocemi statutárních zaměstnanců ⁽⁴⁴⁾, které musí nést nemocnice IRIS-H (nikoliv systém sociálního zabezpečení) v celkové roční výši odhadované na (...) milionů EUR,
 - příplatky, které nemocnicím IRIS-H uložil region Brusel – hlavní město ⁽⁴⁵⁾, který ukládá sazebník platný pro obecní zaměstnance, CPAS a nemocnice IRIS-H, přičemž tyto hodnoty kryjí pouze 60 % tohoto navýšení a roční náklady ve výši přibližně (...) milionů EUR zůstávají na nemocnicích IRIS-H,
 - povinná účast nemocnic IRIS-H na nákladech zastřešující organizace IRIS-H ⁽⁴⁶⁾, kdy jsou roční náklady odhadovány na (...) milionů EUR.
- (43) Tyto zbývající náklady musí nést nemocnice IRIS-H a nejsou kryty z jiných zdrojů veřejných financí (jako například BMF, viz 46. bod odůvodnění písm. a).

2.5 Mechanismy financování a účetní mechanismy nemocnic IRIS-H

2.5.1. Systémy financování

- (44) Základní princip financování nemocnic IRIS-H je popsán v článku 46 ⁽⁴⁷⁾ stanov každého z pěti místních nemocničních sdružení (viz 28. a 29. bod odůvodnění), kde je uvedeno následující:

„Aniž by tím byl dotčen článek 109 zákona ze dne 7. srpna 1987 o nemocnicích, provozní hospodářský výsledek se rozděluje mezi společníky, kteří mají alespoň jednu pětinu z celkového počtu hlasů na valné hromadě, a to z rozhodnutí valné hromady.“ ⁽⁴⁸⁾

⁽⁴⁰⁾ Tato povinnost je dána zejména zákonem ze dne 18. července 1966, čl. 42 odst. 5 zákona o CPAS, zákonem ze dne 24. června 1988, výnosem řídicího orgánu regionu Brusel – hlavní město ze dne 25. července 1991 a výnosem správy regionu Brusel – hlavní město ze dne 6. května 1999.

⁽⁴¹⁾ Veškeré odhady těchto nákladů uvedené v tomto bodě odůvodnění a v následujícím bodě odůvodnění se týkají roku 2010 a vypovídají o zbývajících nákladech nemocnice IRIS-H po odpočtu veřejného financování, případně financování regionem Brusel – hlavní město nebo federální vládou.

⁽⁴²⁾ Údaj chráněný obchodním tajemstvím.

⁽⁴³⁾ Tato povinnost je dána zejména článkem 156 a čl. 161 odst. 1 a 2 zákona ze dne 24. června 1988, čl. 42 odst. 5 zákona o CPAS a odstavcem 3.4 odborového protokolu č. 95/3 ze dne 27. října 1995.

⁽⁴⁴⁾ Tato povinnost je dána zejména zákonem ze dne 14. února 1961, čl. 42 odst. 5 zákona o CPAS, zákonem ze dne 24. června 1988 a výnosem řídicího orgánu regionu Brusel – hlavní město ze dne 6. května 1999.

⁽⁴⁵⁾ Tyto příplatky jsou určeny úmluvami 2003/1, 2004/10, 2007/1 a 2009/1.

⁽⁴⁶⁾ Region Brusel – hlavní město zavedl zastřešující organizaci odpovědnou za koordinaci a za zaštitění činností nemocnic IRIS-H v souladu s kapitolou XIIa zákona o CPAS.

⁽⁴⁷⁾ Je třeba konstatovat, že pro některé nemocnice byl tento princip uveden původně v článku 44 nebo 47. V každém případě byl tento princip v podstatě již uveden v každých původních stanovách.

⁽⁴⁸⁾ Při zakládání nemocnic IRIS-H byl tento princip uveden v článku 44 stanov v tomto znění: „Provozní hospodářský výsledek se rozděluje mezi společníky, kteří mají alespoň jednu pětinu hlasů na valné hromadě, a to z rozhodnutí valné hromady v poměru jejich účasti na valné hromadě.“

Na tomto základě mají obce a CPAS povinnost krýt celý schodek nemocnic IRIS-H, který je oznámen v jejich finančním účtu. Podle článku 106 zákona o CPAS mají obce povinnost krýt celý schodek svých CPAS (viz 22. bod odůvodnění). Obce tudíž (přímo a v důsledku povinnosti financování svých CPAS) zajišťují vždy pérennost (životaschopnost a kontinuitu) nemocnic IRIS-H, přičemž kryjí celý schodek, který by mohl nemocnicím vzniknout.

- (45) Je jasné, že výše, do které se obce a CPAS musí podílet na krytí případných schodků nemocnic IRIS-H podle článku 46 jejich příslušných stanov záleží na výši, ve které jsou nemocnice IRIS-H schopny krýt své náklady z jiných zdrojů financování.
- (46) Zákon LCH popisuje pět zdrojů financování rovnocenně dostupných pro veřejné a soukromé nemocnice. Výdaje na provoz belgických nemocnic jsou kryty převážně ze tří prvních zdrojů⁽⁴⁹⁾, zatímco ze čtvrtého a pátého zdroje se kryjí investiční výdaje nemocnic.
- (a) Prvním zdrojem financování je rozpočet finančních prostředků (dále jen „BMF“)⁽⁵⁰⁾, který byl zřízen federálním ministerstvem zdravotnictví a který se týká pouze nemocniční péče, která je hrazena sociálním zabezpečením. BMF je stanoven pro každou nemocnici v rámci celkového rozpočtu federálního státu. Dostupný federální rozpočet se rozdělí mezi všechny nemocnice a nemusí nutně krýt všechny jejich způsobilé náklady. Od roku 2002 se rozpočet každé nemocnice určuje zejména s ohledem na počet dní, kdy byla péče poskytována v předcházejícím roce. Tato konkrétní částka je následně uhrazena každé nemocnici dvěma různými způsoby. Přesněji řečeno přibližně 85 % (pevná složka) této částky je nemocnicím placeno v měsíčních splátkách a zbývajících 15 % (variabilní složka) je placena na základě skutečných příjmů pacientů a dnů péče poskytnutých v nemocnici během roku. Na konci každého roku se BMF přepočítá na základě skutečných výsledků příslušného roku a podle výsledku tohoto výpočtu nemocnice dostane nebo má zaplatit určitou částku. BMF je podrobněji stanoven královskou vyhláškou ze dne 25. dubna 2002, která určuje podmínky a pravidla pro určení BMF poskytovaného nemocnicím. Královská vyhláška zejména určuje způsob stanovení BMF, druhu nákladů, které by mohl stát krýt, a za tímto účelem příslušná kritéria, která se mají použít⁽⁵¹⁾. Je třeba uvést, že rozpočet BMF nebyl zřízen za účelem krytí skutečných nákladů každé nemocnice, ale že je naopak stanoven formou paušálního financování založeného na skutečně vynaložených nákladech těchto nemocnic. Z tohoto důvodu rozpočet BMF pravděpodobně nestačí v případě velkého zvýšení nákladů nebo jiného vývoje v organizaci a struktuře nákladů nemocnice.
- (b) Druhým zdrojem financování jsou částky obdržené ze systému sociálního zabezpečení, které správa Státního institutu nemocenského a invalidního pojištění (Institut national d'assurance maladie-invalidité, dále jen „INAMI“) zaplatila nemocnicím za péči poskytovanou pacientům. Toto financování je založeno na zákoně loi Assurance Maladie-Invalidité⁽⁵²⁾ (zákon o nemocenském a invalidním pojištění) nebo na jeho znění konsolidovaném v zákoně ze dne 14. července 1994⁽⁵³⁾, který určuje belgický systém sociálního zabezpečení, co se týče nemoci a invalidity, a který upřesňuje, které lékařské služby a léky by mohly být hrazeny ze sociálního zabezpečení. Nemocnice fakturují institutu INAMI přímo část odměn lékařů a výdajů na léky podávané pacientům. Výše částek, které INAMI platí, však nepokryje veškeré výdaje nemocnic na poskytování jejich nemocniční péče. Z tohoto důvodu nemocnicím, které nemají dostatečné finanční zdroje, hrozí schodky.
- (c) Třetí zdroj financování tvoří platby nemocnicím přímo od pacientů nebo od jejich soukromých zdravotních pojišťoven. Těchto plateb je zapotřebí, protože sociální zabezpečení nekryje veškeré odměny lékařů, léky a jiný materiál (například implantáty). Když si navíc pacienti zvolí samostatný pokoj, mohou být příplatky

⁽⁴⁹⁾ V září 2013 jedna z největších belgických pojišťoven Mutualité chrétienne (pojišťovny jsou neziskové soukromé organizace odpovědné za platbu lékařských výdajů hrazených ze sociálního zabezpečení) uveřejnila článek, podle kterého byly v roce 2011 příjmy belgických nemocnic rozděleny průměrně mezi tyto tři zdroje financování takto: 1) rozpočet finančních prostředků (BMF): 49 %, 2) INAMI: 42 % a 3) pacienti (nebo jejich soukromé pojišťovny): 9 %.

⁽⁵⁰⁾ Viz článek 87 a násl. zákona ze dne 7. srpna 1987.

⁽⁵¹⁾ Viz články 24 až 87 královské vyhlášky ze dne 25. dubna 2002 (Moniteur belge, 5.7.2002, s. 30290).

⁽⁵²⁾ Viz zákon ze dne 9. srpna 1963 v platném znění (Moniteur belge, 1.11.1963, s. 10555).

⁽⁵³⁾ Moniteur belge ze dne 27. srpna 1994, s. 21524.

fakturovány nad běžnou cenu hospitalizace a normální odměny lékařů (standardní tarify fakturované pro každý úkon jsou zvýšeny). Pacientům je také možné fakturovat příplatky za používání některých doplňkových služeb (například pronájem televizoru, používání parkoviště nemocnice atd.).

Všechny tyto platby, které hradí pacienti nebo třetí osoby za úkony lékařů nemocnice týkající se hospitalizovaných pacientů, musí nemocnice přijímat centrálně⁽⁵⁴⁾. Nemocnice a jejich lékaři uzavírají smlouvy, které určují procenta částek, které si nemocnice strhávají, aby je mohly použít na krytí svých výdajů na odměny a na ostatní výdaje, které nejsou financovány z rozpočtu BMF⁽⁵⁵⁾. Nemocnice mohou použít tyto srážky nejen na normální odměny lékařů, ale také na část výše uvedených příplatků za účelem krytí části svých výdajů (opět v souladu s dohodou uzavřenou mezi nemocnicí a jejími lékaři). Část odměn lékařů tedy k jejich odměnám neslouží, ale používá se na krytí provozních výdajů nemocnic.

- (d) Čtvrtý zdroj financování slouží zvláště na krytí investičních výdajů nemocnic. Investice nemocnic jsou většinou financovány státem (podílí se na nich federální vláda a příslušný region) a zbývající část je financována z vlastních fondů nemocnic a z bankovních půjček. Financování ze strany veřejných orgánů je určeno na krytí výdajů na stavební práce a na rekonstrukce nemocnice nebo oddělení a výdajů na prvotní vybavení a na prvotní pořízení lékařských přístrojů⁽⁵⁶⁾. Investiční podpora má určitý strop (například ve výši paušální částky na metr čtvereční nebo na jednotku).
- (e) Pátý a poslední zdroj veřejného financování je spojen s investicemi a týká se výdajů na projektové studie a vypracování stavebních projektů, ale také výdajů na uzavření nebo nevyužívání nemocnice nebo oddělení nemocnice⁽⁵⁷⁾. V praxi se tento druh financování často nevyužívá.
- (47) Článek 109 LCH (nyní článek 125 LCH ve znění zákona ze dne 10. července 2008⁽⁵⁸⁾) stanoví systém dodatečného financování, jehož příjemci mohou být pouze veřejné nemocnice (jako nemocnice IRIS-H). V souladu s tímto ustanovením jsou povinny hradit schodky veřejných nemocnic plynoucích z jejich nemocniční činnosti obce, které je kontrolují (prostřednictvím CPAS nebo nějaké centrální struktury, jako je IRIS-H). Princip (částečného) krytí schodků obcemi byl již zahrnut v zákoně, který předcházel LCH, tedy v zákoně ze dne 23. prosince 1963⁽⁵⁹⁾, a byl potvrzen v článku 34 zákona ze dne 28. prosince 1973⁽⁶⁰⁾. Kritéria, která je třeba vzít v úvahu ke stanovení schodku, který jsou obce povinny krýt, jsou určena v královské vyhlášce⁽⁶¹⁾. Na tomto základě federální ministr zdravotnictví každý rok určuje výši schodků pro každou veřejnou nemocnici. V praxi schodek určený ministrem přesně neodpovídá schodku podle finančního účtu provozu nemocnice, protože některé nákladové položky (například výsledek mimonemocničních činností nemocnice, které jak je vysvětleno ve 155. bodě odůvodnění⁽⁶²⁾), jsou čistě spojeny s nemocničními činnostmi v případě nemocnic IRIS-H) spadající do nákladů nejsou zahrnuty do schodku krytého podle článku 109 LCH.
- (48) Nemocnice IRIS-H tedy využívají kompletní mechanismus financování, který jim zajišťuje krytí celého schodku, který by jim mohl vzniknout. Pět obecných pravidel stanovených zákonem LCH (viz 46. bod odůvodnění) kryje většinu provozních a investičních nákladů nemocnic. Pokud tyto zdroje nestačí krýt náklady spojené s činnostmi těchto nemocnic, článek 46 stanoví nemocnic IRIS-H dává obcím povinnost zcela krýt veškerý schodek nemocnic IRIS-H (viz 44. a 45. bod odůvodnění). Účetní schodek krytý článkem 46 stanoví nutně zahrnuje „schodek krytý článkem 109 LCH“⁽⁶³⁾ (viz 47. bod odůvodnění). Tím, že se pokryje celý účetní schodek, obce také plní svoji povinnost v souladu s článkem 109 LCH. Způsob platby tohoto mechanismu vyrovnání schodků bude popsán níže (viz bod 7.3.5).

⁽⁵⁴⁾ Viz články 133 až 135 zákona ze dne 7. srpna 1987.

⁽⁵⁵⁾ Viz článek 140 zákona ze dne 7. srpna 1987.

⁽⁵⁶⁾ Viz článek 46 a násl. zákona ze dne 7. srpna 1987.

⁽⁵⁷⁾ Viz článek 47 zákona ze dne 7. srpna 1987.

⁽⁵⁸⁾ Za účelem snazšího udávání těchto odkazů se toto rozhodnutí odkazuje pouze na článek 109 LCH, přičemž se rozumí, že tento odkaz se týká článku 125 LCH po nabytí platnosti zákona ze dne 10. července 2008.

⁽⁵⁹⁾ Moniteur belge, 1.1.1964, s. 2. Tento zákon vyžadoval, aby 10 % schodku kryla obec, ve které se nemocnice nachází, a aby zbývajících 90 % hradily belgické obce podle místa bydliště pacientů.

⁽⁶⁰⁾ Moniteur belge ze dne 29. prosince 1973, s. 15027.

⁽⁶¹⁾ Původně tomu tak bylo v královské vyhlášce ze dne 8. prosince 1986 (Moniteur belge, 12.12.1986, s. 17023) ve znění královské vyhlášky ze dne 10. listopadu 1989, která byla později nahrazena královskou vyhláškou ze dne 8. března 2006 (Moniteur belge, 12.4.2006, s. 20232).

⁽⁶²⁾ Ostatní položky nespádající do schodku krytého článkem 109 LCH jsou zejména odhadem opravných položek v rámci BMF, určitých rezerv a některých druhů umoření.

⁽⁶³⁾ Schodek podle článku 109 LCH se počítá na základě účetního schodku a některé položky sem nespádají.

2.5.2. Účetní povinnosti

- (49) Všechny nemocnice (veřejné i soukromé) podléhají povinnostem týkajícím se účetnictví a transparentnosti. Každá nemocnice musí zejména vést jasné účetnictví, které uvádí nákladovou cenu za každou službu a které dodržuje povinnosti stanovené zákonem ze dne 17. července 1975⁽⁶⁴⁾ týkající se účetnictví a účetní závěrky organizací⁽⁶⁵⁾. Mimonemocniční činnosti nemocnic musí být zapsány na zvláštních účtech. Nemocnice jsou také povinny stanovit auditora, který má za úkol potvrdit jejich účetnictví a jejich účetní závěrky⁽⁶⁶⁾. Nemocnice jsou povinny oznámit určité informace (finanční) federálnímu ministerstvu zdravotnictví⁽⁶⁷⁾ a jeho federální veřejné oddělení pro zdravotnictví má také za úkol kontrolovat dodržování ustanovení zákona LCH⁽⁶⁸⁾.

3. POPIS OPATŘENÍ, JEŽ JSOU PŘEDMĚTEM STÍŽNOSTI

- (50) Podle stěžovatelů na sebe region Brusel – hlavní město de facto vzal úkol bruselských obcí týkající se vyrovnání schodků nemocnic IRIS-H. Stěžovatelé zejména zmiňují zvláště podporu fondu Fonds régional bruxellois de refinancement des trésoreries communales (dále jen „FRBRTC“), který zřídil region Brusel – hlavní město⁽⁶⁹⁾. Dále tvrdí, že region Brusel – hlavní město také obcím poskytl zvláštní subvence⁽⁷⁰⁾ (do výše 10 milionů EUR ročně od roku 2003), které byly podle nich převedeny jako podpora nemocnicím IRIS-H.
- (51) Stěžovatelé sice nezpochybují pravomoc regionu Brusel – hlavní město týkající se těchto obcí, avšak mají za to, že to, co je považováno za regionální financování nemocnic IRIS-H, přesahuje ustanovení článku 109 LCH vztahující se na krytí schodků (viz také 47. bod odůvodnění). Stěžovatelé tvrdí, že nemocnice IRIS-H přijaly velké částky z regionálního financování poskytnutého obcím, kde se nemocnice nachází, a že nelze toto financování obhájit na základě ustanovení LCH. Stěžovatelé neuvádějí povinnost krytí schodků podle článku 46 stanov nemocnic IRIS-H.
- (52) Stěžovatelé také uvádějí poskytnutí přibližně 100 milionů EUR prostřednictvím FRBRTC v rámci restrukturalizace veřejných bruselských nemocnic, která vedla k založení nemocnic IRIS-H (viz také bod 2.2). Stěžovatelé tvrdí, že tato operace vedla k nadměrnému vyrovnávání nákladů nemocnic IRIS-H.

4. DŮVODY PRO ZAHÁJENÍ ŘÍZENÍ

4.1 Rozhodnutí Komise z roku 2009

- (53) Jak bylo uvedeno výše (viz 5. bod odůvodnění), Komise dne 28. října 2009 přijala rozhodnutí, že nevznese námitky⁽⁷¹⁾, jelikož došla k závěru, že veřejné financování nemocnic IRIS-H v regionu Brusel – hlavní město je státní podpora slučitelná s vnitřním trhem jakožto vyrovnání nákladů na služby obecného hospodářského zájmu. Komise toto rozhodnutí založila na rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2005 a přímo na čl. 86 odst. 2 Smlouvy o založení Evropského společenství (nyní čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování EU).

⁽⁶⁴⁾ Moniteur belge ze dne 4. září 1975, s. 10847.

⁽⁶⁵⁾ Viz články 77 a 78 zákona ze dne 7. srpna 1987.

⁽⁶⁶⁾ Viz články 80 až 85 zákona ze dne 7. srpna 1987.

⁽⁶⁷⁾ Viz články 86 až 86b zákona ze dne 7. srpna 1987.

⁽⁶⁸⁾ Viz článek 115 zákona ze dne 7. srpna 1987.

⁽⁶⁹⁾ Viz poznámka pod čarou 29.

⁽⁷⁰⁾ Tyto zvláštní podpory byly uděleny na základě usnesení ze dne 13. února 2003 (Moniteur belge, 5.5.2003, s. 24098).

⁽⁷¹⁾ Rozhodnutí Komise ve věci SA. 19864 (ex NN 54/2009) (Úř. věst. C 74, 24.3.2010, s. 1).

- (54) Komise se ve svém rozhodnutí domnívala, že nemocnice IRIS-H mají tři úkoly veřejné nemocniční služby: v první řadě obecné nemocniční úkoly poskytované všemi nemocnicemi (veřejnými či soukromými) v souladu se zákonem LCH⁽⁷²⁾; za druhé povinnost léčit každého pacienta za každých okolností, včetně situací mimo pohotovostní péči⁽⁷³⁾; za třetí povinnost poskytnout svou kompletní nemocniční péči na různých místech⁽⁷⁴⁾. Komise také došla k závěru, že nemocnice IRIS-H mají mimonemocniční úkoly veřejné služby, které spočívají v poskytování sociální pomoci vedle zdravotní péče⁽⁷⁵⁾. Rozhodnutí se také odvolává na povinnost dvojazyčnosti⁽⁷⁶⁾. Nemocnice IRIS-H jsou tím údajně pověřeny podle zákona LCH, zákona o CPAS, strategických plánů IRIS-H a dohody podepsané nemocnicemi IRIS-H a CPAS. Komise se také domnívala, že parametry vyrovnávacích plateb byly stanoveny předem⁽⁷⁷⁾ a že byly zavedeny dostatečné postupy k zabránění nadměrnému vyrovnání a jeho zabránění⁽⁷⁸⁾. Komise také s uspokojením uvedla, že nemocnice IRIS-H vedly oddělené účty pro své činnosti nemocniční péče a pro mimonemocniční činnost⁽⁷⁹⁾, čímž zaručovaly zabránění křížového subvencování obchodní činnosti nemocnic IRIS-H (mimo služeb obecného hospodářského zájmu)⁽⁸⁰⁾.
- (55) Komise také zkoumala, zda nemocnice IRIS-H dostaly nadměrné vyrovnání v minulosti (tedy v letech 1996 až 2007)⁽⁸¹⁾, a zjistila, že tomu tak nebylo⁽⁸²⁾. Kromě posouzení celkových opatření týkajících se financování Komise také zkoumala uvedený mechanismus zálohových plateb. Jelikož pravidelně docházelo k tomu, že podpora podle článku 109 LCH byla vyplácena s velkým zpožděním, které dosahovalo až 10 let, nemocnice IRIS-H nejspíš dostaly zálohu na tyto neuhrazené platby prostřednictvím FRBRTC. Komise došla k závěru, že jelikož tyto uváděné zálohy byly v každém případě splaceny po úhradě vyrovnání schodku v souladu s článkem 109 LCH, nemohly vést k nadměrnému vyrovnání pro nemocnice IRIS-H⁽⁸³⁾.

4.2 Rozhodnutí o zrušení Tribunálu z roku 2012

- (56) V odpověď na rozhodnutí Komise z roku 2009 podali stěžovatelé žalobu na neplatnost tohoto rozhodnutí k Tribunálu⁽⁸⁴⁾. Stěžovatelé tvrdili, že Komise poškodila jejich procesní práva, protože nezahájila formální vyšetřovací řízení, kdy Komise měla konstatovat existenci vážných nedostatků v rámci předmětného posuzování⁽⁸⁵⁾.
- (57) Tribunál rozhodnutí Komise z roku 2009 zrušil rozsudkem ze dne 7. listopadu 2012 ve věci T-137/10 a konstatoval, že Komise byla povinna zahájit formální vyšetřovací řízení⁽⁸⁶⁾.
- (58) Tribunál se nejdříve zaměřil na otázku, zda nemocnice IRIS-H byly pověřeny úkoly jasně určených veřejných služeb⁽⁸⁷⁾. Zjistil, že všechny strany se shodují na tom, že LCH pověřuje všechny nemocnice, veřejné a soukromé, úkoly veřejné služby obecné nemocniční péče⁽⁸⁸⁾. Jedinou pochybností tedy bylo, zda Komise pochybila ve svém závěru na předběžném zjišťování, zda nemocnice IRIS-H byly pověřeny veřejnými nemocničními službami a dodatečnými mimonemocničními službami⁽⁸⁹⁾. Tribunál došel k závěru, že existují pochybnosti, co se týče otázky, zda ustanovení, na nichž Komise založila své rozhodnutí, jsou dostačující pro pověření nemocnic IRIS-H

⁽⁷²⁾ Tamtéž, 140. až 145. bod odůvodnění.

⁽⁷³⁾ Tamtéž, 146. až 150. bod odůvodnění.

⁽⁷⁴⁾ Tamtéž.

⁽⁷⁵⁾ Tamtéž, 151. až 155. bod odůvodnění.

⁽⁷⁶⁾ Tamtéž, 156. bod odůvodnění.

⁽⁷⁷⁾ Tamtéž, 175. až 181. bod odůvodnění.

⁽⁷⁸⁾ Tamtéž, 182. až 193. bod odůvodnění.

⁽⁷⁹⁾ Tamtéž, 204. až 205. bod odůvodnění.

⁽⁸⁰⁾ Tamtéž, 206. bod odůvodnění.

⁽⁸¹⁾ Tamtéž, 198. bod odůvodnění.

⁽⁸²⁾ Tamtéž, 199. bod odůvodnění.

⁽⁸³⁾ Tamtéž, 201. bod odůvodnění.

⁽⁸⁴⁾ Viz poznámka pod čarou 14.

⁽⁸⁵⁾ Tamtéž, bod 70.

⁽⁸⁶⁾ Tamtéž, bod 313.

⁽⁸⁷⁾ Tamtéž, bod 97 až 188.

⁽⁸⁸⁾ Tamtéž, bod 119 až 120.

⁽⁸⁹⁾ Tamtéž, bod 104.

dodatečnými službami spočívajícími v péči o každého pacienta za všech okolností ⁽⁹⁰⁾, v poskytování nemocniční péče na různých místech ⁽⁹¹⁾ a v zajišťování dodatečných sociálních služeb ⁽⁹²⁾. Co se týče úkolu spočívajícího v poskytování nemocniční péče na různých místech, Tribunál poznamenal, že bylo obtížné rozlišit, v čem se tento úkol liší od obecných požadavků programování nebo fungování platných pro všechny nemocnice spadající pod LCH ⁽⁹³⁾.

- (59) Tribunál se následně zaměřil na otázku, zda Komise dokázala existenci jasných parametrů vyrovnání ⁽⁹⁴⁾. Co se týče úkolů nemocniční péče, Tribunál se zaměřil na mechanismus vyrovnání deficitů podle článku 109 LCH ⁽⁹⁵⁾, přičemž zdůraznil, že stěžovatelé tyto mechanismy nenapadli ⁽⁹⁶⁾, a zaměřil se také na údajný mechanismus regionálního financování prostřednictvím FRBRTC, zavedený za účelem dočasného poskytování částek potřebných k vyrovnání deficitů nemocnic IRIS-H před tím, než nabude účinku krytí předpokládaných deficitů podle článku 109 LCH ⁽⁹⁷⁾. Co se týče článku 109, Tribunál usoudil, že stěžovatelé nepředložili argumenty, které by měly význam pro pozitivní posouzení tohoto článku ze strany Komise ⁽⁹⁸⁾. Naopak co se týče záloh poskytovaných prostřednictvím mechanismu FRBRTC, Tribunál došel k závěru, že Komise nezaregistrovala parametry výpočtu těchto záloh ⁽⁹⁹⁾, a tudíž nepřistoupila k celkovému posouzení těchto záloh ⁽¹⁰⁰⁾. Tribunál dodal, že Komise popřela vlastní rozhodnutí, protože tvrdila během jednání, že FRBRTC je pouze mechanismus, kterým region Brusel – hlavní město financuje bruselské obce, a nikoli nemocnice IRIS-H ⁽¹⁰¹⁾.
- (60) Co se týče veřejného financování dodatečných sociálních úkolů nemocnic IRIS-H ⁽¹⁰²⁾, Tribunál zdůraznil, že toto financování také zjevně pochází od FRBRTC, který uzavřel dohodu s dotčenými bruselskými obcemi, že jim poskytne zvláštní podporu, aby jim umožnil financování sociálních úkolů poskytovaných nemocnicemi IRIS-H ⁽¹⁰³⁾. Tribunál dospěl k závěru, že tato dohoda neupřesňuje parametry vyrovnání předběžně spojené s dodatečnými sociálními úkoly svěřenými nemocnicím IRIS-H ⁽¹⁰⁴⁾.
- (61) Tribunál se následně zaměřil na otázku, zda Komise dokázala existenci řízení, aby zabránila nadměrnému vyrovnání a zajistila absenci nadměrného vyrovnání ⁽¹⁰⁵⁾. Tribunál nejdříve dospěl k závěru, že LCH poskytuje dostatečné záruky k zajištění, aby postup podle jeho článku 109 nevedl k nadměrnému vyrovnání ⁽¹⁰⁶⁾. Dospěl k závěru, že Komise nedokázala existenci mechanismu týkajícího se platby záloh obcemi ⁽¹⁰⁷⁾ a zejména zdůraznil zjevnou absenci právních povinností pro nemocnice IRIS-H, aby splácely tyto zálohy po obdržení financování svého deficitu podle článku 109 LCH ⁽¹⁰⁸⁾. Co se týče zvláštních subvencí, o nichž Komise tvrdí, že slouží k financování dodatečných sociálních služeb, Tribunál dospěl k závěru, že posouzení Komise týkající se způsobu umožňujícímu zabránit nadměrnému vyrovnání v rámci financování sociálních úkolů, je nedostatečné ⁽¹⁰⁹⁾.
- (62) Co se týče otázky, zda nemocnice IRIS-H v praxi obdržely nadměrné vyrovnání ⁽¹¹⁰⁾, Tribunál prostě poznamenal, že rozsah analýzy je příliš velký a že se vztahuje na veškeré finanční výsledky nemocnic IRIS-H za období více než deset let ⁽¹¹¹⁾. Aniž by Tribunál konkrétně rozhodl o závěru Komise, podle něhož k nadměrnému vyrovnání

⁽⁹⁰⁾ Tamtéž, bod 123 až 151.

⁽⁹¹⁾ Tamtéž, bod 152 až 159.

⁽⁹²⁾ Tamtéž, bod 174 až 188.

⁽⁹³⁾ Tamtéž, bod 159.

⁽⁹⁴⁾ Tamtéž, bod 189 až 244.

⁽⁹⁵⁾ Tamtéž, bod 194 a 195 až 202.

⁽⁹⁶⁾ Tamtéž, bod 196.

⁽⁹⁷⁾ Tamtéž, bod 194.

⁽⁹⁸⁾ Tamtéž, bod 203 až 207.

⁽⁹⁹⁾ Tamtéž, bod 208 až 211.

⁽¹⁰⁰⁾ Tamtéž, bod 215.

⁽¹⁰¹⁾ Tamtéž, bod 216 až 218.

⁽¹⁰²⁾ Tamtéž, bod 231 až 244.

⁽¹⁰³⁾ Tamtéž, bod 238.

⁽¹⁰⁴⁾ Tamtéž, bod 239 až 244.

⁽¹⁰⁵⁾ Tamtéž, bod 245 až 301.

⁽¹⁰⁶⁾ Tamtéž, bod 253 až 255.

⁽¹⁰⁷⁾ Tamtéž, bod 257 až 258 a 265.

⁽¹⁰⁸⁾ Tamtéž, bod 259 až 264.

⁽¹⁰⁹⁾ Tamtéž, bod 266 až 278.

⁽¹¹⁰⁾ Tamtéž, bod 279 až 288.

⁽¹¹¹⁾ Tamtéž, bod 286.

nedošlo, usoudil, že rozsah a složitost posouzení provedeného Komisí jsou samy o sobě nepřímým důkazem, který podporuje tvrzení stěžovatelů, vycházejícím z existence vážných obtíží ⁽¹¹²⁾.

- (63) Stěžovatelé také přednesli argument, podle něhož měla Komise vzít ve svém posuzování v úvahu kritérium ekonomické efektivity poskytovatele služby obecného hospodářského zájmu (dále jen „SOHZ“) ⁽¹¹³⁾. Tribunál však tento argument zamítl a dospěl k závěru, že:

„kritérium hospodářské efektivity podniku při poskytování SOHZ pro posouzení slučitelnosti státní podpory vzhledem k čl. 86 odst. 2 ES nepoužije, takže volbu hospodářské efektivity provozovatele veřejné služby provedená vnitrostátními orgány nelze v tomto bodě kritizovat.“ ⁽¹¹⁴⁾

- (64) Po shrnutí těchto závěrů Tribunál uvedl:

„[Žalobkyně] uplatňuje soubor shodujících se nepřímých důkazů, které svědčí o závažných obtížích v případě slučitelnosti přezkoumávaných opatření s ohledem na kritéria použití čl. 86 odst. 2 ES [platný čl. 106 odst. 2 SFEU], týkající se zaprvé jasně definovaného zmocnění k poskytování veřejné služby nemocniční péče a sociální veřejné služby, specifických pro nemocnice IRIS, zadruhé předem stanovených parametrů vyrovnání a zatřetí podmínek umožňujících zabránit nadměrnému vyrovnání v rámci financování těchto úkolů veřejné služby [...].“ ⁽¹¹⁵⁾

4.3 Rozhodnutí Komise o zahájení ze dne 1. října 2014 ⁽¹¹⁶⁾

- (65) Podle závěrů Tribunálu ⁽¹¹⁷⁾, podle kterých Komise musela pochybovat o souladu napadeného veřejného financování nemocnic IRIS-H na základě čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování EU s vnitřním trhem, měla Komise zahájit formální vyšetřovací řízení, což učinila svým rozhodnutím ze dne 1. října 2014. Ve svém rozhodnutí o zahájení Komise upozornila na to, že podle belgických orgánů se obce a dotčená bruselská střediska CPAS zadaly nemocnicím IRIS-H, avšak nikoli soukromým nemocnicím, následující dodatečné úkoly ⁽¹¹⁸⁾, které ospravedlňují opatření k vyrovnání schodků nemocnic IRIS-H:

- (a) povinnost ujmout se každého pacienta za každých okolností: nemocnice IRIS-H nemohou odmítnout pacienty, kteří nejsou schopni zaplatit jejich služby a/nebo nejsou pojištěni, a to ani pokud tito pacienti nepotřebují neodkladnou péči. Soukromé nemocnice by byly povinny se ujmout pouze pacientů vyžadujících neodkladnou lékařskou péči, ale neměly by tuto povinnost v případech, které nejsou neodkladné;
- (b) povinnost poskytovat úplnou nabídku nemocniční péče na různých místech: obce a CPAS provedly uváženou volbu zachovat různá nemocniční místa poskytující celkovou péči, aby zaručily dostupnost péče všem pacientům. Alternativní řešení spočívající v seskupení lůžek a dodatečných služeb na omezených místech, a tudíž ve snížení nákladů, bylo uvážlivě zamítnuto. Tato volba je zvláště důležitá pro znevýhodněné pacienty a jejich rodiny, protože nemocnice IRIS-H se nacházejí většinou v blízkosti jejich bydliště nebo přímo v místě bydliště velkého počtu znevýhodněných obyvatel;
- (c) povinnost poskytovat sociální služby pacientům a jejich rodinám: sociální pracovníci poskytují pomoc znevýhodněným pacientům a jejich rodinám za účelem řešení a zvládnutí administrativních, finančních,

⁽¹¹²⁾ Tamtéž, bod 288.

⁽¹¹³⁾ Tamtéž, bod 290.

⁽¹¹⁴⁾ Tamtéž, bod 300.

⁽¹¹⁵⁾ Tamtéž, bod. 308.

⁽¹¹⁶⁾ Viz poznámka pod čarou 2.

⁽¹¹⁷⁾ Viz také rozhodnutí ve věci T-137/10, bod 310 a 313.

⁽¹¹⁸⁾ Otázka, zda tyto činnosti jsou opravdu službami všeobecného hospodářského zájmu ve smyslu čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování EU a zda jsou tyto činnosti nemocnicím zadávány řádně provedeným pověřovacím aktem, bude posouzena níže (v bodě 7.3.4).

vztahových a sociálních problémů. Kromě toho předběžně navazují sociální vztahy za účelem usnadnění finanční pomoci CPAS. Ačkoli všechny veřejné a soukromé nemocnice mají povinnost zaměstnávat sociální pracovníky na určité nemocniční služby (například v geriatrii a psychiatrii), podle belgických orgánů mají nemocnice IRIS-H mají specifický dodatečný úkol, který zahrnuje mnohem větší spolupráci se sociálními službami a který znamená mnohem vyšší náklady zakládající vyrovnání v souladu s LCH.

(66) Vzhledem k pochybnostem Tribunálu ⁽¹¹⁹⁾ Komise vyzvala belgické orgány, stěžovatele a všechny dotčené strany, aby oznámily všechny důležité informace za účelem ověření souladu napadeného veřejného financování s vnitřním trhem, a to zejména co se týče těchto bodů:

- přesné stanovení dodatečných úkolů svěřených nemocnicím IRIS-H a dokumentů, na nichž se zakládá svěření těchto úkolů (viz 87. až 89. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení);
- právní základ použitelný na vyrovnání schodků nemocnic IRIS-H (jichž se týkají náklady na každý příslušný zadaný dodatečný úkol) (viz 91. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení);
- zda existují opatření (dostatečná) k zabránění veškerého nadměrné vyrovnání dodatečných úkolů, a to zejména prostřednictvím mechanismu vyrovnání schodků ve spojení se zálohami, které mají být vráceny (případně), a zda nemocnice mají, či nemají povinnost vrátit celou tuto zálohu, kterou mohly dostat, aby tak bylo zabráněno jakémukoli nadměrnému vyrovnání (viz 95. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení);
- pokud je třeba považovat platby speciálních podpor v maximální výši 10 milionů EUR ročně (viz níže 50. bod odůvodnění) za operaci odlišnou od vyrovnání schodků nemocnic IRIS-H, je otázkou, zda jsou zavedena dostatečná opatření na zajištění toho, že vyrovnání nepřesahuje potřebnou částku pro krytí nákladů z výkonu povinností veřejné služby (viz 96. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení);
- zda jakékoli nadměrné vyrovnání mohlo být skutečně poskytnuto nemocnicím IRIS-H od začátku provádění jejich činnosti jakožto nezávislých právnických struktur (viz 97. bod rozhodnutí o zahájení);
- veškeré vhodné argumenty doložené konkrétními a detailními dokumenty vysvětlujícími, proč a v jakém rozsahu opatření veřejného financování nemocnic IRIS-H vychází z oblasti působnosti rozhodnutí o SOHZ z roku 2012 nebo z rámce SOHZ z roku 2012 (viz 98. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení) nebo z rozhodnutí o SOHZ z roku 2005 (viz 100. bod odůvodnění) a zda, proč a v jakém rozsahu jsou plněna kritéria stanovená v těchto aktech.

(67) Komise také využila příležitost přijetí rozhodnutí o zahájení, aby se pokusila získat vysvětlení k těmto dalším důkazním bodům:

- zda jakékoli fondy FRBRTC (viz 50. bod odůvodnění výše) v projednávaném případě zvláštní subvence byly nebo nebyly převedeny přímo na nemocnice IRIS-H nebo zda FRBRTC a zvláštní subvence představují pouhé mechanismy financování mezi regionem Brusel – hlavní město a bruselskými obcemi (viz 17. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení);
- přesná povaha povinnosti podle čl. 60 odst. 6 zákona o CPAS (viz 19. bod odůvodnění výše), možnosti veřejnou nemocnici uzavřít a rozdíly oproti mechanismu nemocničních programů (viz 26. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení);
- zda dodatečné sociální služby poskytované nemocnicemi IRIS-H mají, či nemají ekonomickou povahu (viz 48. bod rozhodnutí o zahájení);

⁽¹¹⁹⁾ Viz také rozhodnutí ve věci T-137/10, odst. 308.

- zda lze předávání zvláštních subvencí (které region Brusel – hlavní město poskytuje obcím) obcemi nemocnicím IRIS-H považovat za transakce, které jsou odděleny od mechanismu krytí schodku (viz 92. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení), a pokud ano, jaký je platný právní základ, který stanoví jeho přesné podmínky;
- zda existuje mechanismus zálohových plateb, na jakém právním základě a jak se tyto platby (pokud existují) uskutečňují a zda jsou považovány za opatření podpory oddělené od mechanismu krytí schodku, a dále zda tyto zálohy (pokud existují) byly financovány prostřednictvím fondu FRBRTC (viz 93. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení);
- další vysvětlení týkající se otázky pérennitě (tedy kontinuity a životaschopnosti veřejných nemocnic, viz níže 91. bod odůvodnění), příslušného právního základu (zejména na úrovni IRIS a nemocnic IRIS-H), jeho použití a jak pérennitě ospravedlňuje mechanismy vyrovnání schodků těchto nemocnic (viz 102. a 103. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení);
- zda existují jiné důvody, než uvedené výslovně v rozhodnutí o zahájení (tedy existence dodatečných úkolů SOHZ a pérennitě veřejných nemocnic), které by mohly ospravedlnit dodatečné financování nemocnic IRIS (viz 103. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení).

5. PŘIPOMÍNKY ZÚČASTNĚNÝCH STRAN

- (68) Komise obdržela připomínky od čtyř zúčastněných stran (CBI, ABISP, Zorgnet Vlaanderen a UNCPSY), které jsou shrnuty níže:

5.1. CBI

- (69) V reakci na rozhodnutí o zahájení řízení uvádí stěžovatel CBI, že podle jeho názoru toto rozhodnutí neobsahuje žádný nový prvek, argument ani vysvětlení, které by umožňovaly prokázat existenci specifického úkolu svěřeného IRIS-H, případně by se týkaly mechanismů vyrovnání za tento údajný úkol nebo kontrol, které by byly za tímto účelem zavedeny. Stěžovatel se proto odvolává především na argumenty uvedené v jeho předchozích připomínkách.
- (70) CBI potvrzuje své stanovisko, podle něhož: 1) nemocnice IRIS-H nejsou pověřeny specifickými službami obecného hospodářského zájmu kromě úkolů uložených všem belgickým nemocnicím (veřejným i soukromým), a 2) i kdyby Komise dospěla k závěru, že dodatečné úkoly tohoto typu existují, nejsou tyto úkoly definovány dostatečně jasně, aby splňovaly požadavky právních předpisů Unie v této věci. CBI také poznamenává, že návrh politického programu nové bruselské vlády (zveřejněného v červenci 2014) plánuje „změnu usnesení ze dne 13. února 2003 s cílem specifikovat úkoly obecního zájmu odůvodňující konkrétní příspěvky obcím“. Dle názoru stěžovatelů z tohoto znění vyplývá, že v současné době žádný úkol tohoto typu neexistuje, ale že tyto úkoly budou definovány v budoucnu.
- (71) Pokud jde o požadavky čl. 60 odst. 6 zákona o CPAS, CBI se domnívá, že nijak nerozšiřují zákon LCH, pokud jde o definice dodatečných nebo specifických služeb obecného hospodářského zájmu, které by se vztahovaly pouze na veřejné nemocnice, jako jsou nemocnice IRIS-H. Stěžovatel rovněž tvrdí, že dodatečný sociální úkol evidentně spočívá pouze ve větším objemu sociálních služeb, než poskytují ostatní nemocnice, a označuje jej jako „základní sociální úkol (společný veřejným i soukromým nemocnicím)“. CBI se domnívá, že to nepostačuje k tomu, aby bylo možno mít za to, že nemocnice IRIS-H byly pověřeny dodatečným sociálním úkolem. Navíc pokud jde o otázku, zda se jedná o služby hospodářské povahy, CBI tvrdí, že tyto služby nezbavuje hospodářské povahy

pouhá skutečnost, že jsou poskytovány bezplatně. A konečně se CBI domnívá, že dodatečné sociální služby jsou neoddelitelné od rozsáhlých služeb zdravotní péče, které jsou bezesporu inherentně hospodářské povahy, neboť to nikdy nebylo zpochybněno.

- (72) Podle CBI se úkol všeobecné péče vztahuje jak na soukromé nemocnice, tak na nemocnice veřejné. Podle ní by neměl být žádný rozdíl mezi veřejnými a soukromými nemocnicemi, pokud jde o léčbu „sociálních pacientů“, ať již v situaci vyžadující neodkladnou péči nebo v situaci po poskytnutí pohotovostní péče. V této souvislosti odkazuje CBI na rozsudek bruselského soudu prvního stupně (Tribunal de première instance de Bruxelles) ⁽¹²⁰⁾, týkající se pohotovostní zdravotní péče ⁽¹²¹⁾ poskytované cizincům nelegálně pobývajícím v Belgii (dále jen „migranti bez dokladů“), který dle ní prokazuje, že v tomto kontextu mohou tuto pomoc poskytnout jak veřejné, tak i soukromé nemocnice. CBI dodává, že podle publikace ⁽¹²²⁾ křesťanských vzájemných zdravotních pojišťoven Mutualités Chrétiennes ⁽¹²³⁾ z roku 2004 poskytují soukromé nemocnice zdravotní péči více než 60 % „sociálních pacientů“ v regionu Brusel – hlavní město. Stěžovatel se rovněž domnívá, že zákon o CPAS, strategické plány IRIS ani úmluvy týkající se „nouzového bydliště“ neukládají žádný dodatečný úkol ⁽¹²⁴⁾.
- (73) Pokud jde o poskytování „víceoborové péče“, CBI se domnívá, že dosud nebyl objasněn ani přesný obsah povinnosti poskytovat „víceoborovou“ komplexní nemocniční péči, ani to, v jaké míře tato povinnost ukládá nemocnicím IRIS dodatečné náklady. Pokud jde o dodatečný sociální úkol, CBI zastává stanovisko, že článek 57 zákona o CPAS neukládá nemocnicím IRIS žádné dodatečné povinnosti a v každém případě neuvádí žádnou jejich srozumitelnou definici (stejně jako strategické plány IRIS ani „úmluvy o nouzovém bydlišti“).
- (74) Pokud jde o otázku jasné definice parametrů vyrovnávací platby, CBI upozorňuje, že podle belgických orgánů plní nemocnice IRIS specifický úkol odlišný od úkolu soukromých nemocnic, a že tento specifický úkol není definován zákonem LCH, ale opírá se o jiný právní základ. Podle CBI je jednoznačně vyloučeno, aby zákon LCH mohl definovat parametry vyrovnávací platby týkající se jednoho nebo více úkolů veřejné služby, které neupravuje. CBI kromě toho upozorňuje, že neexistuje žádná souvislost mezi údajnými právními základy předmětných specifických úkolů a mechanismů vyrovnání. Stěžovatel uvádí, že evidentně není prováděno žádné rozlišení mezi schodky vyplývajícími z nákladů na údajné specifické úkoly a schodky vyplývajícími z nákladů na základní úkol. A konečně CBI odkazuje na řadu stanovisek vydaných belgickou finanční inspekcí, která dospěla k závěru, že není možné kontrolovat využívání zvláštních subvencí poskytnutých na základě usnesení ze dne 13. února 2003, protože toto usnesení neupřesňuje úkoly obecního zájmu, na které jsou tyto subvence poskytnuty.
- (75) CBI také opakuje svá dřívější tvrzení, podle nichž nebylo přijato žádné opatření s cílem zabránit nadměrným vyrovnávacím platbám. Dodává, že pokud neexistuje přesná definice specifických úkolů, které plní nemocnice IRIS, je nemožné určit, které činnosti by měly být předmětem vyrovnávací platby a které nikoli. Podle názoru CBI je tedy nemožné ověřit existenci kontrolního mechanismu umožňujícího zabránit nadměrným vyrovnávacím platbám.
- (76) A konečně CBI upozorňuje, že přestože dohoda o spolupráci ze dne 19. května 1994 se zmiňuje o *pérennitě* veřejných nemocnic, tento dokument nedefinuje žádný úkol tohoto typu a nepředstavuje ani žádné pověření. CBI

⁽¹²⁰⁾ Viz rozsudek ze dne 25. ledna 2013 ve věci RG 2010/15534/A, ASBL La Clinique Fond’Roy / [...] a střediska CPAS v Uccle a v Anderlechtu.

⁽¹²¹⁾ Královská vyhláška ze dne 12. prosince 1996 týkající se pohotovostní zdravotní péče uvádí, že nutnost pohotovostního zásahu posuzuje a potvrzuje lékař nebo zubní lékař. Nutnost pohotovostního zásahu není definována zákonem, ale vyhodnotí ji odborný zdravotnický pracovník, na něhož se daná osoba obrátí. Pohotovostní zdravotní péče tedy může zahrnovat veškerou lékařskou péči léčebného a preventivního charakteru poskytnutou v nemocnici nebo ambulantně, stejně jako předepisování léčivých přípravků. Pohotovostní zdravotní péče se tedy liší od neodkladné zdravotní péče v případě ohrožení života, která je popsána v (97). bodě odůvodnění.

⁽¹²²⁾ MC-Info č. 211 (únor 2004), s. 8–14.

⁽¹²³⁾ Stručný popis této organizace viz poznámka pod čarou 49.

⁽¹²⁴⁾ Úmluvy „o nouzovém bydlišti“ byly uzavřeny mezi IRIS-H a 17 z 19 středisek CPAS v regionu Brusel – hlavní město [viz rovněž 187. až 188. bod odůvodnění] Tyto úmluvy stanoví podmínky, za nichž středisko CPAS nahradí náklady na léčbu pacientů, kteří nejsou schopni za svou léčbu zaplatit a kteří nejsou pojištěni, za předpokladu, že budou splněny určité podmínky. Tyto úmluvy mimo jiné stanoví, že IRIS-H musí v maximální možné míře shromážďovat informace potřebné pro „sociální šetření“ [viz rovněž 210. až 211. bod odůvodnění].

se zejména domnívá, že tato dohoda nijak nenaznačuje, že by obec nebo město byly povinny vlastnit na svém území veřejnou nemocnici, a že nestanoví žádná pravidla týkající se programů služeb nemocniční péče v Belgii, která by vyžadovala poskytování určité služby ve veřejné nemocnici.

5.2 ABISP

- (77) Association bruxelloise des institutions de soins privées (Bruselské sdružení institucí soukromé péče, ABISP), které bylo jedním z původních stěžovatelů (viz 1. bod odůvodnění), uvádí ve svých připomínkách týkajících se rozhodnutí o zahájení řízení, že všechny belgické nemocnice bez ohledu na jejich stanovy nebo vlastníky jsou ze zákona povinny plnit úkol veřejného zájmu. V této souvislosti odkazuje sdružení ABISP na článek 2 zákona LCH⁽¹²⁵⁾. A konečně sdružení ABISP připomíná, že svou stížnost stáhlo.

5.3 Zorgnet Vlaanderen

- (78) *Zorgnet Vlaanderen* *Zorgnet Vlaanderen* zastupuje více než 500 vlámských poskytovatelů péče (například všeobecných nemocnic, psychiatrických léčen a domovů důchodců). Ve svých připomínkách k rozhodnutí o zahájení řízení *Zorgnet Vlaanderen* zdůrazňuje, že na všechny belgické nemocnice, ať už veřejné nebo soukromé, se vztahuje stejná povinnost veřejné služby v rámci zákona LCH. Kromě toho uvádí, že zákon LCH nedefinuje požadavky na právní formu (veřejný či soukromý subjekt), kterou musí daná instituce mít, aby ji bylo možno považovat za nemocnici. *Zorgnet Vlaanderen* dále uvádí, že definice povinností veřejné služby nemocnic neodkazuje na regionální specifickosti. A konečně uvádí, že nemocnice ve Flandrech a v regionu Brusel – hlavní město neplní odlišný sociální úkol.

5.4 UNCPSY

- (79) Union nationale des cliniques psychiatriques privées (Národní svaz soukromých psychiatrických léčen, UNCPSY) je federace soukromých psychiatrických léčen ve Francii. Ve svých připomínkách týkajících se rozhodnutí o zahájení řízení UNCPSY tvrdí, že aby bylo možné stanovit, zda veřejné financování nepřekračuje čisté náklady na veřejnou službu, nemohou být tyto čisté náklady neomezené. Kromě toho musí podle ní toto posouzení zohledňovat kvalitu řízení daného poskytovatele služeb. V této souvislosti je UNCPSY toho názoru, že by Komise měla porovnat veřejné a soukromé nemocnice s cílem určit, zda je podpora přiměřená ve smyslu čl. 106 odst. 2 SFEU.
- (80) V této souvislosti Komise poznamenává, že připomínky svazu UNCPSY jsou v rozporu se závěrem Tribunálu uvedeným v bodě 300 jeho rozsudku ze dne 7. listopadu 2012 (T-137/10), podle něhož hospodářská efektivita podniku při poskytování SOHZ nezávisí na posouzení slučitelnosti veřejného financování obdrženého podnikem podle čl. 106 odst. 2 SFEU vzhledem k pravidlům v oblasti státních podpor (v této souvislosti viz 63. bod odůvodnění).

6. PŘIPOMÍNKY BELGICKÉHO KRÁLOVSTVÍ

6.1 Připomínky Belgie k rozhodnutí o zahájení řízení

- (81) Ve své odpovědi na rozhodnutí Komise ze dne 1. října 2014, a to zejména na 17. bod odůvodnění tohoto rozhodnutí, belgické orgány konstatují, že finanční zásahy regionu Brusel – hlavní město (tj. zvláštní subvence v maximální výši 10 milionů EUR ročně) a fondu FRBRTC představovaly finanční převody poskytnuté pouze obcím a nikoli nemocnicím IRIS. Proto se belgické orgány domnívají, že se jedná o finanční převody mezi veřejnými orgány, na něž se nevztahuje čl. 107 odst. 1 SFEU. Podle belgických orgánů ani region Brusel – hlavní město, ani fond FRBRTC neposkytly nemocnicím IRIS podporu. Podle jejich názoru tyto převody proběhly v rámci pravomocí regionu týkajících se celkového financování obcí, které umožňují obcím, aby plnily své úkoly

⁽¹²⁵⁾ Článek 2 LCH zní následovně: „Pro účely tohoto zákona jsou za nemocnice považována zdravotnická zařízení, v nichž mohou být prováděna vyšetření a/nebo poskytována specifická léčba specializované medicíny spadající do oblasti lékařství, chirurgie a případně porodnictví, a to kdykoli, ve víceoborovém kontextu a při dodržení požadovaných a vhodných podmínek péče a lékařského, zdravotně technického, ošetrovatelského a logistického standardu pacientům, kteří jsou do nich přijati a mohou v nich pobývat, protože jejich zdravotní stav tuto komplexní péči vyžaduje za účelem léčby nebo zmírnění jejich nemoci, uzdravení či zlepšení jejich zdravotního stavu, případně stabilizace zranění, v co nejkratší možné lhůtě.“

obecného zájmu, zejména úkoly středisek CPAS. V této souvislosti se odkazy stěžovatelů na stanovisko finanční inspekce týkají pouze regionu Brusel – hlavní město a obcí, ale nikoli nemocnic IRIS. A konečně belgické orgány tvrdí, že na základě zvláštního zákona ze dne 8. srpna 1980 o institucionálních reformách a stanoviska belgické státní rady (Conseil d'État) ⁽¹²⁶⁾ může region Brusel – hlavní město financovat pouze obce a nikoli nemocnice IRIS, neboť financování specifických úkolů nemocniční péče nespadá do pravomoci tohoto regionu.

- (82) Pokud jde o pochybnosti vyjádřené v 26. bodě odůvodnění rozhodnutí o zahájení řízení, belgické orgány objasňují rozdíl mezi požadavkem čl. 60 odst. 6 zákona o CPAS na jedné straně a možnostmi uzavření veřejné nemocnice na základě mechanismu nemocničních programů na straně druhé. Podle jejich názoru jsou v čl. 60 odst. 6 zákona o CPAS ⁽¹²⁷⁾ stanoveny podmínky, které je nutno splnit, aby středisko CPAS mohlo zřídit nemocnici. Středisko CPAS musí zejména analyzovat, zda je tato nemocnice skutečně nezbytná s ohledem na potřeby regionu, zejména na jeho potřeby zdravotně sociální, a na to, zda již existují podobné infrastruktury. Belgické orgány rovněž zdůrazňují, že mechanismus nemocničních programů spočívá v tom, že federální vláda stanoví maximální počet nemocničních lůžek v jednotlivých regionech. Federální vláda opírá své rozhodnutí výlučně o zjištěné potřeby nemocniční péče bez ohledu na úroveň sociálních potřeb v jednotlivých regionech ⁽¹²⁸⁾. Belgické orgány objasňují, že maximální počet nemocničních lůžek pro region Brusel – hlavní město se stanovuje pro region jako celek, nikoli jednotlivě pro každou z jeho 19 obcí. Naproti tomu každé z 19 středisek CPAS v regionu Brusel – hlavní město samostatně rozhoduje o tom, zda ve své obci zřídí nemocnici či nikoli, v závislosti na místních potřebách.
- (83) Belgické orgány rovněž objasnily, že uzavření veřejné nemocnice nebo její převod na partnera ze soukromého sektoru formálně ani specificky neupravuje ani zákon LCH, ani zákon o CPAS ⁽¹²⁹⁾. Podle belgických orgánů však podmínky pro uzavírání a/nebo převod institucí vytvořených středisky CPAS vyjasnila judikatura belgické státní rady (Conseil d'État). Ve svém rozsudku č. 113.428 ze dne 9. prosince 2002 nařídila belgická státní rada (Conseil d'État) zrušení převodu pečovatelského domu ve vlastnictví střediska CPAS na soukromého provozovatele. Rozhodla zejména o tom, že před přijetím rozhodnutí o uzavření nebo převodu instituce je třeba posoudit také potřebu poskytování zdravotně sociálních služeb. Toto posouzení by mělo náležitě zohlednit posouzení provedené při zřizování dané instituce a rovněž veškeré změny, k nimž od rozhodnutí o zřízení této instituce došlo. Belgické orgány kromě toho uvádějí, že toto hodnocení nemůže být založeno výhradně na finanční situaci předmětné instituce ani na nákladech na její údržbu. Na tomto základě dospěly belgické orgány k závěru, že středisko CPAS nemůže uzavřít svou nemocnici, aniž by nejprve určilo, že zdravotní a sociální potřeby, kvůli nimž byla daná nemocnice zřízena, již neexistují.
- (84) Podle belgických orgánů je při zřizování veřejné nemocnice nutno dodržovat zároveň povinnosti vyplývající z čl. 60 odst. 6 zákona o CPAS a nemocniční programy veřejných orgánů, zatímco v případě soukromých nemocnic jsou relevantní pouze tyto programy. Podle čl. 60 odst. 6 zákona o CPAS musí být otevření nové veřejné nemocnice odůvodněno skutečnou potřebou. Belgické orgány navíc vysvětlují, že pokud je otevřena veřejná nemocnice, její kapacita se rovná počtu lůžek stanovenému v nemocničním programu, není v rámci tohoto programu již v dané oblasti místo pro jinou nemocnici (veřejnou ani soukromou), a v takovém případě není žádná jiná možnost, jak uspokojit potřeby obyvatelstva. Belgické orgány konstatují, že pokud má středisko CPAS v úmyslu v určitém okamžiku svou veřejnou nemocnici uzavřít, musí se nejprve ujistit, že této nemocnici již není zapotřebí s ohledem na judikaturu belgické státní rady (Conseil d'État). Na rozdíl od střediska CPAS není soukromý provozovatel, který se rozhodne uzavřít svou nemocnici, ze zákona povinen zajistit, aby byla obyvatelstvu i nadále poskytována zdravotní péče. Podle belgických orgánů zůstává soukromá nemocnice otevřená pouze na základě vlastního rozhodnutí, které se může kdykoli změnit. Jako příklad belgické orgány

⁽¹²⁶⁾ Stanovisko legislativního odboru belgické státní rady (Conseil d'État) k předběžnému návrhu usnesení ze dne 13. února 2003 o poskytování zvláštních subvencí obcím regionu Brusel – hlavní město.

⁽¹²⁷⁾ Přesné znění tohoto článku viz 19. bod odůvodnění.

⁽¹²⁸⁾ Federální vláda přijímá plán nemocničních lůžek (dále jen „nemocniční program“) na základě různých ukazatelů (lékařských, chirurgických, geriatrických, porodnických, pediatrických, rehabilitačních, psychiatrických, neonatologických atd.) s ohledem na celkový počet obyvatel Bruselu, vlámského a valonského regionu a celého království na základě návrhu Conseil national des établissements hospitaliers (Národní rady nemocničních zařízení).

⁽¹²⁹⁾ Belgické orgány upřesňují, že zákon LCH stanoví nanejvýš pevné podmínky úhrady schodku v případě převodu veřejné nemocnice na soukromého vlastníka, zatímco zákon o CPAS stanoví pouze obecné zásady pro otevírání a řízení institucí vytvořených středisky CPAS.

uvádějí náhle uzavření soukromé nemocnice Hôpital Français v Berchem-Sainte-Agathe (Brusel) v roce 2008 ⁽¹³⁰⁾. Na závěr belgické orgány vysvětlují, že mechanismus nemocničních programů omezuje svobodu jak veřejných, tak soukromých subjektů při zřizování nemocnic (zřízení nemocnice je možné pouze v případě, že ještě není dosaženo maximálního počtu lůžek na daném území). Tvrdí však, že povinnosti vyplývající ze zákona o CPAS ukládají střediskům CPAS další omezení v oblasti otevírání a uzavírání veřejných nemocnic, zatímco soukromé nemocnice lze uzavřít kdykoli.

- (85) Pokud jde o povinnosti, které by se údajně měly vztahovat pouze na nemocnice IRIS-H (viz 87. až 89. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení řízení), belgické orgány tvrdí, že tyto povinnosti jsou přímým důsledkem toho, že nemocnice IRIS-H byly zřízeny proto, aby přispívaly k poskytování sociální pomoci daným střediskem CPAS (viz oddíl 2.2). Belgické orgány jsou toho názoru, že tyto povinnosti vyplývají ze zákona o CPAS, podle něhož byly nemocnice IRIS-H zřízeny, a že je nemocnicím IRIS-H ukládají jejich stanovy a strategické plány sdružení IRIS. Belgické orgány na tyto dokumenty odkazují rovněž, pokud jde o přesné vymezení těchto povinností. Pro účely zestručnění a s cílem zabránit opakování Komise uvede ve svém posouzení pouze relevantní pasáže (viz oddíl 7.3.4.1).
- (86) Ve svém rozhodnutí o zahájení řízení (viz 48. bod odůvodnění) vyjádřila Komise pochybnosti o hospodářské či nehospodářské povaze dodatečných sociálních služeb poskytovaných nemocnicemi IRIS. Ve své odpovědi na rozhodnutí o zahájení řízení belgické orgány vyjadřují domněnku, že tyto sociální služby nemají hospodářskou povahu. Tvrdí především, že sociální pomoc poskytovaná bruselskými středisky CPAS ve formě materiální, sociální, zdravotní, zdravotně-sociální a psychologické pomoci není předmětem konkurenčního trhu a že je tomu tak i v případě, že část této sociální pomoci (tj. dodatečně sociální služby) zajišťují na základě pověření nemocnice IRIS-H.
- (87) Pokud jde o právní základ vyrovnávání schodků (viz bod 91 rozhodnutí o zahájení řízení), belgické orgány se domnívají, že povinnost obcí pokrýt schodek svých veřejných nemocnic je stanovena v článku 46 stanov nemocnic IRIS-H a rovněž v článku 109 zákona LCH. Vysvětlují, že článek 109 zákona LCH uvádí všeobecnou zásadu platnou pro všechny belgické veřejné nemocnice, která stanoví minimální povinnost uloženou obcím [protože ty jsou povinny pokrýt pouze část tohoto schodku, viz rovněž 47. bod odůvodnění]. Belgické orgány rovněž konstatují, že článek 46 stanov nemocnic IRIS-H stanoví specifickou povinnost vztahující se pouze na šest obcí, které jsou zřizovateli nemocnic IRIS-H a které se rozhodly jít nad rámec minima, které jim ukládá článek 109 zákona LCH, a pokrýt celý účetní schodek nemocnic IRIS.
- (88) V 92. bodu odůvodnění svého rozhodnutí o zahájení řízení vznesla Komise otázku, zda lze předávání zvláštních subvencí (které region Brusel – hlavní město poskytuje obcím) nemocnicím IRIS-H považovat za transakce, které jsou odděleny od mechanismu krytí schodku. Belgické orgány ve své odpovědi uvádějí, že bruselské obce využívají pouze zvláštní subvence k (částečnému) splnění své povinnosti pokrývat schodky nemocnic IRIS. Jak je podrobněji vysvětleno níže (viz oddíl 7.3.5), vyrovnání schodku je prováděno v několika etapách, mezi něž patří převod zvláštních subvencí z obce na nemocnici IRIS-H, avšak všechny tyto platby probíhají na stejném základě, tj. na základě povinnosti obcí vyrovnat schodek.
- (89) Komise rovněž požádala o objasnění ohledně údajného mechanismu zálohových plateb (pokud existuje), právního základu tohoto mechanismu a způsobu jeho fungování, rozdílu oproti mechanismu krytí schodku a úlohy fondu FRBRTC při jeho financování (viz 93. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení řízení). Belgické orgány se domnívají, že žádný mechanismus zálohových plateb neexistuje. Přesněji tvrdí, že povinnost pokrýt schodek nemocnic IRIS-H nabývá účinnosti vznikem tohoto schodku. Podle belgických orgánů odkazuje článek 46 stanov nemocnic IRIS-H na účetní schodek, který je uveden v účetních výkazech těchto nemocnic nejpozději do šesti měsíců po skončení daného účetního období. Naproti tomu výpočet schodku podle článku 109 zákona LCH federální veřejnou správou veřejného zdraví trvá podstatně déle (až 10 let). Belgické orgány však tvrdí, že jelikož je schodek podle článku 109 zákona LCH jednoduše součástí účetního schodku, který je okamžitě pokryt podle článku 46 stanov nemocnic IRIS-H, nejsou těmito nemocnicím poskytovány zálohy, které by bylo možno

⁽¹³⁰⁾ Belgické orgány uvádějí, že nemocnice Hôpital Français v průběhu hledání kupce 9. května 2008 náhle přestala přijímat pacienty. Objasňují, že tato nemocnice již předtím uzavřela své pediatrické a porodnické oddělení. Podle belgických orgánů byli pacienti těchto oddělení po celý uvedený den rozváženi do jiných nemocnic v bruselském regionu.

považovat za podpory oddělené od mechanismu krytí schodku. A konečně belgické orgány znovu opakují, že fond FRBRTC poskytl obcím financování, které jim pomohlo splnit povinnost krytí schodků, a které, jak bylo vysvětleno výše, nepředstavuje mechanismus zálohových plateb.

- (90) Pokud jde o opatření, jejichž cílem je zabránit nadměrnému vyrovnání a ověřit skutečnou neexistenci nadměrné vyrovnávací platby (viz body 95 až 97 rozhodnutí o zahájení řízení), belgické orgány argumentují následovně. Především vysvětlují, že rozhodnutí o vyrovnání schodku jsou přijímána každoročně, jakmile je známa výše odhadovaného schodku pro dané účetní období, takže nehrozí žádné riziko nadměrného vyrovnání. Dodávají, že belgický právní rámec (zejména zákon ze dne 14. listopadu 1983 a zákon o CPAS) umožňuje obcím ujistit se, že nemocnice IRIS-H státní podporu využívají správným způsobem, a dosáhnout navrácení této podpory v případě nesplnění podmínek nebo nadměrné vyrovnávací platby. Kromě toho belgické orgány s cílem prokázat neexistenci nadměrné vyrovnávací platby odkazují na různé tabulky předložené Komisi, které ilustrují daný schodek a zásahy obcí u každé z pěti nemocnic IRIS-H v období 1996–2014 (tyto číselné údaje viz též oddíl 7.3.5).
- (91) Jak bylo požadováno, belgické orgány rovněž ve své odpovědi poskytují další objasnění pojmu „pérennité“ (viz 102. a 103. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení řízení). Podle nich vychází povinnost zajistit „pérennité“ nemocnic IRIS-H přímo ze zákona o CPAS. Jak bylo vysvětleno výše (viz oddíl 2.1), každé středisko CPAS může zřídit instituce pověřené poskytováním sociální pomoci, včetně zdravotní a zdravotně-sociální pomoci, pokud může prokázat, že tento krok je nezbytný ke splnění skutečné potřeby v souladu s čl. 60 odst. 6 zákona o CPAS. Vysvětlují, že šest z 19 středisek CPAS v regionu Brusel – hlavní město v minulosti zřídilo nemocnice (které nemají samostatnou právní subjektivitu) za účelem poskytování sociální podpory a že tato střediska uvedené nemocnice až do konce roku 1995 sama řídila. Podle nich restrukturalizace těchto veřejných nemocnic, která vedla ke zřízení veřejných nemocnic IRIS-H, jež se staly právně nezávislými na střediscích CPAS dne 1. ledna 1996 (viz rovněž oddíl 2.2), nijak neovlivnila povinnost středisek CPAS poskytovat sociální podporu, a to buď přímo, nebo prostřednictvím nemocnic IRIS-H. V této souvislosti belgické orgány zdůrazňují, že primárním cílem restrukturalizace a zřízení sítě IRIS a nemocnic IRIS-H bylo zajistit kontinuitu veřejných služeb nemocniční péče v regionu Brusel – hlavní město (viz rovněž 27. bod odůvodnění). Konstatují tedy, že aby bylo možné zajistit „pérennité“ nemocnic IRIS-H a tak zaručit uspokojování sociálních potřeb obyvatelstva, jsou obce a střediska CPAS povinny vyrovnat veškeré schodky těchto nemocnic na základě článku 46 stanov nemocnic IRIS-H. Belgické orgány kromě toho dospěly k závěru, že dokud existuje tato skutečná potřeba, nemohou veřejné orgány v souladu s judikaturou belgické státní rady (Conseil d'État) (viz 83. bod odůvodnění) nemocnice IRIS-H zavírat ani je postupovat vlastníkům ze soukromého sektoru.
- (92) A konečně ve 103. bodě odůvodnění rozhodnutí o zahájení řízení klade Komise otázku, zda existují i další důvody, které by mohly ospravedlnit dodatečné financování nemocnic IRIS-H. V této souvislosti belgické orgány uvádějí, že jediným účelem nemocnic IRIS-H není zřízovat „udržitelné“ služby, úkoly a programy nemocniční péče, jak by tomu mohlo být u belgických soukromých nemocnic. Podle belgických orgánů musí nemocnice IRIS-H naopak zaručit co nejširší možnou škálu zdravotní péče, zejména s cílem zajistit všem včetně nejchudších členů společnosti přístup k veškeré léčbě, kterou si vyžádá jejich patologie, a to i v případech, kdy tato léčba značně převyšuje normy plánování a schvalování vztahující se na všechny nemocnice podle zákona LCH. Belgické orgány v této souvislosti rovněž odkazují na bod 162 rozsudku Tribunálu ze dne 7. listopadu 2012, podle něhož se „vyrovnání deficitů veřejných nemocnic může ukázat jako nezbytné ze sanitárních a sociálních důvodů, aby byla zajištěna kontinuita a životaschopnost systému nemocniční péče“. Belgické orgány rovněž uvádějí, že status veřejné nemocnice s sebou přináší některé náklady, které nejsou plně kompenzovány federálními opatřeními financování. Konstatují, že tyto náklady zahrnují mimo jiné vyplácení odměn za jazykové dovednosti dvojazyčným zaměstnancům, vyšší náklady na důchodové a zdravotní pojištění statutárních zaměstnanců (úředníků) a příplatky, které ukládá (avšak vyplácí pouze částečně) region Brusel – hlavní město.

6.2 Přípomínky Belgie k připomínkám třetích stran

- (93) Belgické orgány úvodem poukazují na to, že připomínky ze strany CBI, ABISP a *Zorgnet Vlaanderen* rozhodnutí Komise o zahájení řízení jsou založeny na stejném argumentu, tj. že podle těchto organizací nejsou nemocnice IRIS-H pověřeny poskytováním dodatečných služeb obecného hospodářského zájmu kromě služeb obecného hospodářského zájmu, jimiž jsou pověřeny všechny nemocnice (veřejné i soukromé) v Belgii. Podle nich toto tvrzení vychází z téhož základu, tj. že zákon LCH ukládá soukromým i veřejným nemocnicím stejný závazek veřejné služby zcela nezávisle na potřebách daného regionu. Podle belgických orgánů však vedlejší účastníci řízení nevysvětlují, v jakém smyslu se podle nich zákon o CPAS nevztahuje na nemocnice IRIS-H, ačkoli podle Belgie

představuje tento zákon samotný právní základ existence nemocnic IRIS-H. Belgické orgány zdůrazňují, že článek 147 zákona LCH výslovně připouští, že u nemocnic spravovaných střediskem CPAS (jako jsou například nemocnice IRIS-H⁽¹³¹⁾), zákon LCH doplňuje zákon o CPAS, což potvrzuje, že zákon LCH není jediným vhodným právním základem použitelným pro nemocnice provozované středisky CPAS.

- (94) Belgické orgány považují za nesprávné tvrzení CBI, podle něhož by záměr bruselské vlády přeformulovat usnesení ze dne 13. února 2003 s cílem upřesnit úkoly obecného zájmu odůvodňující poskytnutí zvláštních subvencí obcím (viz 70. bod odůvodnění) naznačoval, že v současnosti neexistuje žádný specifický úkol (který by se vztahoval pouze na nemocnice IRIS-H). Belgické orgány zejména uvádějí, že zvláštní subvence podle tohoto usnesení jsou poskytovány pouze obcím a nikoli nemocnicím IRIS-H. Belgie dále potvrzuje, že zásahy fondu FRBRTC a samotného regionu Brusel – hlavní město (v maximální výši 10 milionů EUR ročně⁽¹³²⁾), jejichž cílem je podpora obcí, představují finanční převody mezi veřejnými orgány, které nespádají do oblasti působnosti čl. 107 odst. 1 SFEU. Belgické orgány znovu opakují, že nemocnice IRIS-H neobdržely žádnou z těchto částek ani od regionu, ani od fondu FRBRTC. Podle Belgie se naopak jedná pouze o převody mezi tímto regionem a obcemi, které spadají do působnosti celkového financování obcí daným regionem. Toto celkové financování je koncipováno tak, aby obcím umožňovalo plnit úkoly obecního zájmu, které zahrnují i úkoly středisek CPAS. Podle belgických orgánů nepředstavuje reforma ohlášená usnesením ze dne 13. února 2003 v žádném případě připuštění neexistence dodatečných služeb obecního hospodářského zájmu svěřených nemocnicím IRIS-H. Je povinností obcí, aby specifikovaly služby obecního hospodářského zájmu svěřené nemocnicím, které zřizují, a dotčené usnesení není v této souvislosti relevantní, protože se týká pouze vnitrostátního financování.
- (95) Belgické orgány rovněž nesouhlasí s popisem sociálních úkolů, který CBI uvádí ve svých připomínkách, protože ho považují za nepřesný. CBI tvrdí zejména, že zákon LCH definuje „základní sociální úkol“, který je společný pro veřejné i soukromé nemocnice, ale že jej údajně intenzivněji provádějí pouze nemocnice IRIS-H. Z tohoto hlediska by „dodatečné“ sociální úkoly nemocnic IRIS-H nebyly oddělitelné od služeb nemocniční péče a tvořily by jejich nedílnou součást. Belgické orgány tento názor nesdílejí. Domnívají se, že CBI sice výslovně připouští existenci inherentního rozdílu mezi veřejnými a soukromými nemocnicemi (tj. toho, že nemocnice IRIS-H poskytují významnější objem sociálních služeb), avšak nedefinuje, co přesně rozumí pod pojmem „základní sociální úkol“, který považuje za službu obecního hospodářského zájmu v oblasti nemocniční péče, a že nedefinuje právní základ, o němž se tento úkol opírá, ani žádné zvláštní pověření, které jej ukládá. Belgické orgány jsou toho názoru, že „základní sociální úkoly“ mohou být veřejným nemocnicím svěřovány pouze na základě zákona o CPAS. Tvrdí, že pokud jde pouze o veřejné nemocnice, zákon LCH de facto pouze doplňuje zákon o CPAS (viz článek 147 zákona LCH). Hlavní neboli „základní úkol“ nemocnic IRIS-H je definován v zákonu o CPAS nebo podle tohoto zákona, a není proto „společný“ všem nemocnicím. Podle belgických orgánů se nejedná o úkol hospodářské povahy. Nemocnice IRIS-H jsou tedy zřízeny podle zákona o CPAS a po svém zřízení jsou povinny dodržovat dodatečná pravidla stanovená v zákoně LCH⁽¹³³⁾.
- (96) Pokud jde o připomínky CBI týkající se úkolu všeobecné péče, belgické orgány zdůrazňují, že CBI omezuje úkol všeobecné péče, o němž tvrdí, že je společný všem nemocnicím, jen na pohotovostní péči a na situace po poskytnutí pohotovostní péče. Belgické orgány proto mají za to, že CBI implicitně uznává, že soukromé bruselské nemocnice nemají povinnost léčit pacienty kromě poskytování pohotovostní péče a situací po poskytnutí pohotovostní péče, což však představuje převážnou část péče o znevýhodněné osoby. Belgické orgány kromě toho tvrdí, že odkaz CBI na úkol veřejného zájmu uvedený v článku 2 zákona LCH takovou povinnost nezakládá. Podle jejich názoru neznamená pověření úkolem základní nemocniční péče zároveň obdobné pověření poskytovat péči jakékoliv osobě za jakýchkoliv okolností bez ohledu na to, zda je daná osoba schopna za ni zaplatit. To do značné míry dokazuje i samotná existence specifických pravidel upravujících pohotovostní péči. Belgické orgány tvrdí, že úkol veřejného zájmu nemůže být uložen implicitně, ale že musí být uložen explicitně. Podle jejich názoru bylo nutné stanovit specifické požadavky pro pohotovostní péči, protože definice základního

⁽¹³¹⁾ Pro účely zákona LCH se má za to, že nemocnice IRIS-H jsou řízeny některým ze středisek CPAS.

⁽¹³²⁾ Roční částka závisí na zdrojích, které jsou k dispozici v rozpočtu regionu Brusel – hlavní město, a na požadavcích dotčených obcí. Během období 2003–2014 dosahovala zvláštní subvence stropu ve výši 10 milionů EUR v každém roce s výjimkou roku 2010 (9 milionů) a 2011 (9,5 milionů).

⁽¹³³⁾ Belgické orgány v této souvislosti zdůrazňují, že soukromé nemocnice, zřízené například na základě zákona o neziskových organizacích, se musí v oblasti poskytování nemocniční péče rovněž řídit zákonem LCH. Pokud však zákon o neziskových organizacích nepověřuje instituce, na které se vztahuje, žádným specifickým úkolem, řídí se úkoly těchto soukromých nemocnic výhradně zákonem LCH.

úkolu nemocniční péče stanovená v zákoně LCH se o pohotovostní péči nezmiňuje. Belgické orgány argumentují tím, že zákon ze dne 8. července 1964⁽¹³⁴⁾ a jeho prováděcí předpisy pojednávají o pohotovostní zdravotní péči⁽¹³⁵⁾ a o pohotovostních službách (včetně vozidel záchranné služby). Právě na tomto základě některé veřejné i soukromé nemocnice plní určité úkoly související s poskytováním pohotovostní zdravotní péče.

- (97) Belgické orgány však tvrdí, že povinnost poskytnout pohotovostní zdravotní péči ve veřejných i soukromých nemocnicích nevyplývá ze zákona LCH. Spadá však do obecné povinnosti poskytnout pomoc všem osobám, kterým hrozí nebezpečí. Podle belgických orgánů jsou nemocnice povinny poskytnout pomoc v případě pohotovostní zdravotní péče v závislosti na své struktuře a dostupných odborných znalostech⁽¹³⁶⁾. Tato povinnost se týká veřejných i soukromých nemocnic a rovněž všech ostatních osob, protože vyplývá z povinnosti poskytnout pomoc osobám, kterým hrozí nebezpečí. Belgické orgány také vysvětlují, že podle čl. 422 písm. b) belgického trestního zákoníku platí tato povinnost pouze v neodkladných situacích, a to zejména v případě neodkladného zdravotního problému, který ohrožuje život. Belgické orgány však zdůrazňují, že ve všech ostatních situacích (tj. v jiných než neodkladných situacích) nejsou nemocnice pověřeny plněním úkolu všeobecné péče a nejsou povinny léčit pacienty, kteří nejsou schopni za svou léčbu zaplatit. Na závěr belgické orgány uvádějí, že je sice zřejmé, že belgické nemocnice nemají právo diskriminovat pacienty na základě jejich finanční situace (a tudíž pouze na základě toho, že dotyčná osoba je nemajetná), avšak nemohou mít povinnost poskytovat péči kromě pohotovostní péče v případě, že pacient za ni není schopen nebo ochoten zaplatit.
- (98) Ve svých připomínkách, které reagují na připomínky CBI, belgické orgány také znovu uvádějí do souvislosti odkaz CBI na rozsudek soudu prvního stupně v Bruselu (viz 72. bod odůvodnění). Podle belgických orgánů se rozsudek citovaný CBI týká pouze velmi zvláštního případu neodkladné zdravotní péče⁽¹³⁷⁾ poskytnuté migrantovi bez dokladů, který potřeboval psychiatrickou péči. Poukazují na to, že nemocnice IRIS tento typ péče neposkytují. Podle nich tento rozsudek potvrzuje, že neodkladnou zdravotní péči pro migranty bez dokladů zpravidla zajišťují buď nemocnice zřízené středisky CPAS nebo nemocnice, s nimiž střediska CPAS uzavřela dohodu⁽¹³⁸⁾. A konečně belgické orgány zdůrazňují, že CBI nezdůvodňuje a dokonce se ani nepokouší zdůvodnit údajnou povinnost soukromých nemocnic léčit všechny pacienty v situacích „po poskytnutí pohotovostní péče“. Podle belgických úřadů žádná taková povinnost soukromých nemocnic týkající se situací „po poskytnutí pohotovostní péče“ neexistuje, zatímco nemocnice IRIS-H jsou povinny léčit jakékoli pacienty za jakýchkoli okolností, a to i v případě, že se nejedná o pohotovostní zdravotní péči.

7 POSOUZENÍ OPATŘENÍ

7.1 Předmět tohoto rozhodnutí

- (99) Stížnost odkazovala na opatření podpory ve výši přibližně 100 milionů EUR poskytnuté v souvislosti s restrukturalizací, která vedla ke zřízení nemocnic IRIS-H (viz oddíl 2.2). Jak je však vysvětleno v oddíle 3.1 rozhodnutí

⁽¹³⁴⁾ Viz zákon ze dne 8. července 1964, ve znění pozdějších předpisů (Moniteur belge ze dne 25. července 1964, s. 8153).

⁽¹³⁵⁾ Na rozdíl od výše uvedené neodkladné zdravotní péče [viz 72. bod odůvodnění], který zahrnuje i péči plánovanou, se pohotovostní zdravotní péče týká takové péče, kterou je nutné poskytnout okamžitě v situacích ohrožujících život.

⁽¹³⁶⁾ To znamená, že i když nemocnice neplní některé úkoly v oblasti pohotovostní zdravotní péče, jak je uvedeno v zákoně ze dne 8. července 1964, je i nadále povinna poskytovat pohotovostní zdravotní péči podle svých nejlepších schopností (to znamená s ohledem na svou infrastrukturu a svůj personál).

⁽¹³⁷⁾ Neodkladná zdravotní péče se řídí čl. 57 odst. 2 a královskou vyhláškou ze dne 12. prosince 1996.

⁽¹³⁸⁾ Ve svém rozsudku ze dne 25. ledna 2013 bruselský soud prvního stupně (Tribunal de première instance de Brusel) uvádí toto: „Struktura dotyčného systému spočívá v tom, že středisko CPAS osobě, která potřebuje neodkladnou zdravotní péči, buď poskytne neodkladnou péči v nemocnici, kterou řídí, nebo uhradí náklady na péči o tuto osobu, kterou jí poskytne soukromá nemocnice. **Tato pomoc je sice nejčastěji poskytována v instituci, která je závislá na dotčeném středisku CPAS nebo s níž toto středisko uzavřelo dohodu,** k hospitalizaci však může dojít i v jiné instituci v důsledku neodkladnosti situace osoby, která má být hospitalizována. V takovém případě neproběhne ani předchozí konzultace se střediskem CPAS, či dokonce často ani s dotčenou osobou, ale jedná se o rychlé a jednostranné rozhodnutí pracovníků povolané záchranné služby, případně jako v tomto případě, královského státního zástupce. **Neobvyklá nebo výjimečná povaha tohoto rychlého postupu** neopravňuje střediska CPAS k tomu, aby odmítla uhradit náklady na hospitalizaci v jiné než jejich instituci [...]“ [doplněno tučně zvýraznění].

o zahájení řízení, přijala Komise opatření týkající se této podpory až po uplynutí promlčecí lhůty týkající se navrácení podpory na restrukturalizaci. V důsledku této skutečnosti nebylo toto opatření podpory zahrnuto do formálního vyšetřovacího řízení zahájeného Komisí, a proto se jí toto rozhodnutí nezabývá.

- (100) Kromě podpory, které se týkala promlčecí lhůta, byla stížnost formálně zaměřena na i) finanční prostředky, které vyplatil fond FRBRTC obcím odpovědným za nemocnice IRIS a ii) zvláštní subvence (až do výše 10 milionů EUR ročně), které těmto obcím poskytl region Brusel – hlavní město na základě usnesení ze dne 13. února 2003.
- (101) Oba tyto typy finančních prostředků jsou však poskytovány pouze obcím odpovědným za nemocnice IRIS a nikoli samotným nemocnicím IRIS. Ve skutečnosti představují pouze toky financování mezi regionem Brusel – hlavní město a šesti bruselskými obcemi odpovědnými za nemocnice IRIS, a tudíž nepředstavují státní podporu nemocnicím IRIS.
- (102) Je pravdou, že ve svém zrušeném rozhodnutí z roku 2009 měla Komise tendenci zaměřovat platby související s fondem FRBRTC a mechanismus vyrovnávání schodků stanovený v článku 109 zákona LCH, a že opomněla provést samostatné posouzení parametrů vyrovnávání u obou těchto opatření⁽¹³⁹⁾. Obce navíc využívají prostředky z fondu FRBRTC na vyrovnání schodků nemocnic IRIS⁽¹⁴⁰⁾ a jejich povinností bylo vyplatit finanční prostředky z fondu FRBRTC těmto nemocnicím v maximální lhůtě sedmi pracovních dnů.⁽¹⁴¹⁾
- (103) Jak však potvrzují informace obdržené v reakci na rozhodnutí o zahájení řízení a jak je vysvětleno níže (viz 230. bod odůvodnění), finanční převody z fondu FRBRTC a od regionu Brusel – hlavní město obcím odpovědným za nemocnice IRIS-H jsou nutné, protože vlastní zdroje těchto obcí nepostačují ke splnění povinnosti vyrovnat obecní schodek ve vztahu k nemocnicím IRIS-H. A právě v této souvislosti požadoval fond FRBRTC a region Brusel – hlavní město, aby bruselské obce daly finanční prostředky z fondu FRBRTC a zvláštní subvence k dispozici nemocnicím IRIS-H téměř okamžitě po obdržení těchto plateb. Bez ohledu na tuto povinnost převodu spočívá povinnost vyrovnání schodků nemocnic IRIS-H výhradně na dotčených obcích a uvedené nemocnice nemají nárok na žádné vyrovnání od regionu Brusel – hlavní město ani od fondu FRBRTC. Obdobně nemocnicím IRIS uložily určité povinnosti samotné obce, a nikoli region Brusel – hlavní město (viz oddíl 7.3.4.1). Z tohoto důvodu mohou být za státní podporu ve smyslu čl. 107 odst. 1 SFEU považovány pouze platby obcí nemocnicím IRIS-H za účelem vyrovnání jejich schodků bez ohledu na to, zda jsou financovány z vlastních zdrojů obcí nebo z prostředků, které obcím poskytl region Brusel – hlavní město.
- (104) Komise dospěla k závěru, že vnitrostátní financování (poskytované regionem Brusel – hlavní město obcím, ať již probíhá přímo, nebo nepřímo prostřednictvím fondu FRBRTC) představuje pouze jeden ze zdrojů financování převodů prováděných obcemi za účelem vyrovnání schodků, a nikoli opatření, které je nemocnicím IRIS-H poskytováno navíc vedle tohoto vyrovnání schodku. Finanční toky probíhající mezi regionem Brusel – hlavní město a dotčenými bruselskými obcemi ani jejich právní základy (mimo jiné usnesení ze dne 13. února 2003) proto nebudou v tomto rozhodnutí posuzovány jako takové. Toto rozhodnutí Komise se bude zabývat spíše převody, které provedly obce ve prospěch nemocnic IRIS-H za účelem vyrovnání jejich schodků, a u nichž jsou obce do značné míry závislé na vnitrostátním financování poskytovaném regionem Brusel – hlavní město⁽¹⁴²⁾. Nicméně, i když se toto rozhodnutí již dále nezabývá opatřeními, která stěžovatelé oficiálně uvádějí, posouzení pravidel státní podpory související s vyrovnáním schodků nemocnic obcemi v podstatě beze zbytku zodpoví obavy stěžovatelů ohledně existence státní podpory, neboť se bude *de facto* týkat rovněž finančních prostředků poskytnutých regionem Brusel – hlavní město, ať již přímo, nebo prostřednictvím fondu FRBRTC, vzhledem k tomu, že obce je využívají výlučně na vyrovnání schodků nemocnic IRIS-H. Z tohoto důvodu uvádí analýza existence níže popsaného nadměrného vyrovnání (viz tabulky 9 až 13 v oddíle 7.3.5) rovněž převody provedené za účelem vyrovnání schodků, které byly financovány z prostředků fondu FRBRTC a ze zvláštních subvencí od regionu Brusel – hlavní město. Na závěr je třeba poznamenat, že část převodů provedených obcemi za účelem vyrovnání schodků, která byla financována regionem Brusel – hlavní město nebo prostřednictvím fondu

⁽¹³⁹⁾ Věc T-137/10, bod 208 až 215.

⁽¹⁴⁰⁾ Tamtéž, bod 217.

⁽¹⁴¹⁾ Tamtéž, bod 218.

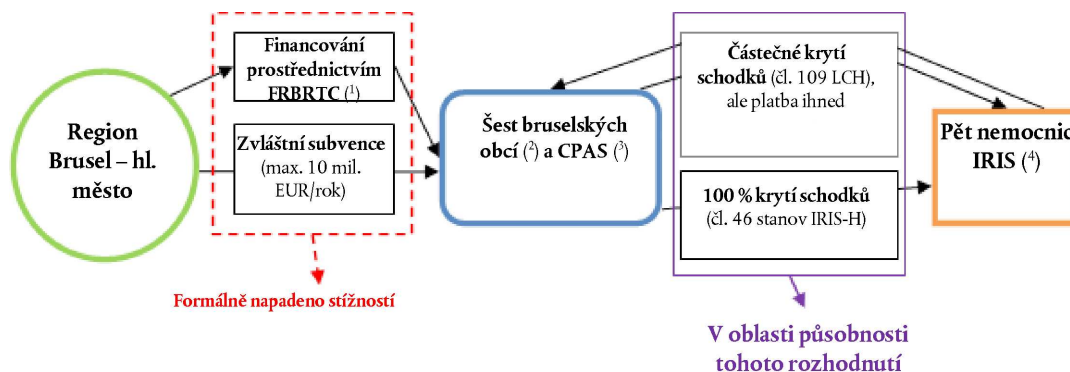
⁽¹⁴²⁾ Z toho vyplývá, že posouzení provedené v tomto rozhodnutí se liší od posouzení provedeného v rozhodnutí Komise z roku 2009, které bylo zrušeno a ve kterém byly zásahy fondu FRBRTC a zvláštní subvence do určité míry posuzovány odděleně od vyrovnávání schodků.

FRBRTC, ⁽¹⁴³⁾ nebyla dostačující k plnému pokrytí schodků nemocnic IRIS-H a že během období 1996–2014 tyto platby nikdy nevedly k situaci, v níž by některé z nemocnic IRIS-H byla skutečně poskytnuta nadměrná vyrovnávací platba a tato nemocnice by musela vyrovnání svého schodku (částečně) vracet (viz rovněž 234. a 238. bod odůvodnění).

- (105) Komise tedy posoudí vyrovnávací platby vyplacené obcemi od roku 1996 na pokrytí schodků nemocnic IRIS ⁽¹⁴⁴⁾. Níže uvedený graf č. 1 shrnuje na tomto základě veřejné financování, na které se vztahuje toto rozhodnutí (v obdélníku s plným orámováním), a uvádí rovněž opatření vnitrostátního financování uváděná stěžovateli (v obdélníku s přerušovaným orámováním). Podrobnější informace ohledně těchto opatření budou uvedeny v oddíle 7.3.5 níže.

Graf č. 1

Finanční toky a předmět tohoto rozhodnutí



⁽¹⁾ Fonds Régional Bruxellois de Refinancement des Trésoreries Communales.

⁽²⁾ Město Brusel, Anderlecht, Etterbeek, Ixelles, Saint-Gilles a Schaerbeek (do konce roku 2013).

⁽³⁾ Centre Publics d'Action Sociale: veřejná střediska sociální pomoci při obcích.

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

7.2 Existence státní podpory ve smyslu čl. 107 odst. 1 SFEU

- (106) V čl. 107 odst. 1 SFEU se uvádí, že „podpory poskytované v jakékoli formě státem nebo ze státních prostředků, které narušují nebo mohou narušit hospodářskou soutěž tím, že zvýhodňují určité podniky nebo určitá odvětví výroby, jsou, pokud ovlivňují obchod mezi členskými státy, neslučitelné s vnitřním trhem“. Z tohoto důvodu představuje opatření státní podporu, pokud jsou současně splněny následující čtyři podmínky ⁽¹⁴⁵⁾:

- musí poskytovat podniku selektivní hospodářskou výhodu;
- musí zahrnovat použití státních zdrojů;
- musí narušovat hospodářskou soutěž nebo musí hrozit, že ji naruší;
- musí být takové povahy, že ovlivňuje obchod mezi členskými státy.

⁽¹⁴³⁾ V průměru 68 % až 90 % schodků jednotlivých nemocnic zaznamenaných v průběhu celého období 1996–2014 bylo vyrovnáno obcemi pomocí finančních prostředků z fondu FRBRTC nebo zvláštních subvencí od regionu Brusel – hlavní město. K pokrytí zbývajících částí musely obce použít své vlastní finanční prostředky, a jak je vysvětleno níže [viz 234. bod odůvodnění], musely na konci roku 2014 ještě uhradit (opět z vlastních finančních prostředků) dodatečnou vyrovnávací platbu v celkové výši přibližně 15 milionů EUR, která sloužila k pokrytí schodků všech pěti nemocnic IRIS-H.

⁽¹⁴⁴⁾ Pokud je k provedení tohoto posouzení nutno provést výpočty, opírá se Komise o dostupné údaje, tj. údaje za období 1996 až 2014 [výjimky viz 236. bod odůvodnění].

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

7.2.1. Selektivní hospodářská výhoda poskytnutá podnikovi

7.2.1.1. Pojem podniku

Obecné zásady

- (107) Poskytování veřejných finančních prostředků určitému subjektu může být kvalifikováno jako státní podpora jen tehdy, pokud je tento subjekt „podnikem“ ve smyslu čl. 107 odst. 1 SFEU. Podle ustálené judikatury Soudního dvora je podnikem jakýkoli subjekt vykonávající hospodářskou činnost⁽¹⁴⁶⁾. To, jestli je subjekt podnikem, tedy závisí na povaze jeho činnosti bez ohledu na právní postavení tohoto subjektu nebo na způsob jeho financování⁽¹⁴⁷⁾. Činnost musí být zpravidla považována za činnost hospodářské povahy, pokud spočívá v nabízení zboží nebo služeb na trhu⁽¹⁴⁸⁾. Subjekt, který vykonává jak hospodářské, tak nehopodářské činnosti, se považuje za podnik pouze v souvislosti s činnostmi hospodářskými⁽¹⁴⁹⁾. Pouhá skutečnost, že hlavním účelem činnosti subjektu není zisk, nemusí nutně znamenat, že jeho činnosti nejsou hospodářské povahy⁽¹⁵⁰⁾.

Ambulantní lékařská péče

- (108) Pokud zdravotní péči poskytují nemocnice a další poskytovatelé zdravotní péče za úplatu⁽¹⁵¹⁾, bez ohledu na to, zda je hrazena přímo pacienty, nebo pochází z jiných zdrojů, měla by být tato péče obecně považována za hospodářskou činnost⁽¹⁵²⁾. Financování, které je poskytováno nemocnicím IRIS-H prostřednictvím různých subvencí od federálních nebo státních orgánů (viz například 46. bod odůvodnění písm. a), d) a e), pokud jde o veřejné financování poskytované všem nemocnicím a 44. bod odůvodnění, pokud jde o vyrovnání schodku poskytované nemocnicím IRIS-H), společně s přímými platbami od pacientů (viz 46. bod odůvodnění písm. c)) a platbami od úřadu INAMI (viz 46. bod odůvodnění písm. b)), hradí nemocnicím IRIS-H poskytnuté zdravotnické služby, a proto může být v této souvislosti považováno za hospodářské protiplnění za poskytnuté služby nemocniční péče. Takový systém předpokládá určitou míru konkurence mezi nemocnicemi v oblasti poskytování služeb zdravotní péče. Skutečnost, že nemocnice, která takové služby poskytuje za úplatu, je nemocnicí veřejnou, nic nemění na hospodářské povaze těchto činností⁽¹⁵³⁾.
- (109) V tomto případě představují hlavní činnosti nemocnic IRIS-H činnosti nemocniční péče, které spočívají v poskytování služeb zdravotní péče. Tyto činnosti provádějí i jiné typy subjektů, zejména kliniky, soukromé nemocnice a další specializovaná centra, mezi něž patří i soukromé nemocnice stěžovatelů. Tyto činnosti nemocniční péče poskytované nemocnicemi IRIS-H za úplatu a v konkurenčním prostředí musí být proto považovány za činnosti hospodářské povahy.

⁽¹⁴⁶⁾ Spojené věci C-180/98 až C-184/98, Pavel Pavlov a další proti Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, ECLI:EU:C:2000:428, bod 74.

⁽¹⁴⁷⁾ Věc C-41/90, Höfner & Fritz Elser proti Macrotron GmbH, ECLI:EU:C:1991:161, bod 21 a spojené věci C-180/98 až C-184/98, Pavel Pavlov a další proti Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, ECLI:EU:C:2000:428, bod 74.

⁽¹⁴⁸⁾ Věc C-118/85, Komise Evropských společenství proti Italské republice, ECLI:EU:C:1987:283, bod 7 a věc C-35/96, Komise Evropských společenství proti Italské republice, ECLI:EU:C:1998:303, bod 36.

⁽¹⁴⁹⁾ Věc C-82/01 P, Aéroports de Paris proti Komisi Evropských společenství, ECLI:EU:C:2002:617, bod 74 a věc C-49/07, Motosykletistiki Omospondia Ellados NPID (MOTOE) proti Elliniko Dimosio, ECLI:EU:C:2008:376, bod 25. Viz rovněž sdělení Komise o použití pravidel Evropské unie v oblasti státní podpory na vyrovnávací platbu udělenou za poskytování služeb obecného hospodářského zájmu (Úř. věst. C 8, 11.1.2012, s. 4, bod 9).

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

⁽¹⁵¹⁾ Věc C-157/99, B.S.M. Smits, provdaná Geraets, proti Stichting Ziekenfonds VGZ a H.T.M. Peerbooms proti Stichting CZ Groep Zorgverzekering ECLI:EU:C:2001:404, bod 58, podle kterého Soudní dvůr rozhodl, že skutečnost, že lékařská péče poskytnutá nemocnicí byla financována přímo zdravotními pojišťovnami na základě dohod a předem stanovených sazebníků, nemůže způsobit vynětí takovéto léčby z oblasti hospodářských činností ve smyslu článku 60 SFEU, a že platby provedené zdravotními pojišťovnami „představují skutečně ekonomickou protihodnotu za nemocniční výkony, byť byly stanoveny paušálně, a nepochybně mají charakter úplaty pro nemocniční zařízení, které je přijímá a které se zabývá činností hospodářského charakteru“. Soudní dvůr rovněž v tomto ohledu doplnil, že není nezbytné, aby tuto platbu hradili ti, kdo danou službu přijímají.

⁽¹⁵²⁾ Věc C-157/99, B.S.M. Smits, provdaná Geraets, proti Stichting Ziekenfonds VGZ a H.T.M. Peerbooms proti Stichting CZ Groep Zorgverzekering ECLI:EU:C:2001:404, bod 53; spojené věci 286/82 a 26/83, Graziana Luisi a Giuseppe Carbone proti Ministero del Tesoro ECLI:EU:C:1984:35, bod 16; věc C-159/90, The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd proti Stephen Grogan a dalším, ECLI:EU:C:1991:378, bod 18; Věc C-368/98, Abdou Vanbraekel a další proti Alliance nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC), ECLI:EU:C:2001:400, bod 43; a věc T-167/04, Asklepios Kliniken GmbH proti Komisi Evropských společenství, ECLI:EU:T:2007:215, body 49 až 55.

⁽¹⁵³⁾ Viz rovněž sdělení Komise o použití pravidel Evropské unie v oblasti státní podpory na vyrovnávací platbu udělenou za poskytování služeb obecného hospodářského zájmu (Úř. věst. C 8, 11.1.2012, s. 4, bod 24).

- (110) Prvky solidarity, na nichž je belgický státní systém zdravotní péče založen, nezpochybnují hospodářskou povahu těchto činností nemocniční péče. Je třeba připomenout, že Tribunál konstatoval, že státní systém zdravotní péče spravovaný ministerstvy a dalšími organizacemi funguje „v souladu se zásadou solidarity, je financován ze sociálních příspěvků a jiných státních příspěvků a poskytuje bezplatné služby uvedeným členům na základě všeobecného pojištění“, takže příslušné spravující organizace nejednají při správě státního systému zdravotní péče jako podniky ⁽¹⁵⁴⁾. Komise se však domnívá, že je třeba rozlišovat mezi správou vnitrostátního systému zdravotnictví, kterou vykonávají veřejné subjekty v rámci výsad veřejné moci, a poskytováním služeb nemocniční péče za úplatu v konkurenčním prostředí (o kterou se jedná v projednávané věci, jak je uvedeno v 108. a 109. bodě odůvodnění).
- (111) V důsledku toho musí být nemocnice IRIS-H v oblasti poskytování služeb zdravotní péče považovány za podniky ve smyslu čl. 107 odst. 1 SFEU.

Sociální služby

- (112) Jak je vysvětleno v 38. bodě odůvodnění, nemocnice IRIS-H nabízejí širokou škálu sociálních služeb svým sociálně znevýhodněným pacientům a jejich rodinám. Tyto služby zahrnují podle potřeb pacientů psychosociální, sociálně-správní nebo sociálně-materiální podporu. Specifický charakter těchto sociálních služeb znamená, že subjekty, které jsou oprávněny je poskytovat, mají k dispozici specifické prostředky, například personál vyškolený speciálně pro tento účel.
- (113) Je nepopiratelné, že dodatečné sociální aktivity, které jsou nemocnice IRIS-H údajně povinny poskytovat, slouží výhradně sociálnímu účelu. Jak však vyplývá z judikatury Soudního dvora, čistě sociální poslání systému, v jehož rámci je daný subjekt pověřen specifickými zvláštními úkoly, samo o sobě nestačí k vyloučení hospodářské povahy uvedených úkolů ⁽¹⁵⁵⁾.
- (114) Ve svém rozhodnutí o zahájení řízení bylo snahou Komise zjistit, zda dodatečné sociální aktivity údajně prováděné nemocnicemi IRIS-H představovaly činnost hospodářské povahy, či nikoli. Ve své odpovědi na rozhodnutí Komise o zahájení řízení belgické orgány tvrdí, že tyto sociální aktivity nejsou hospodářské povahy, protože nejsou součástí konkurenčního trhu. Stěžovatelé však tvrdí, že není možné rozlišit sociální činnosti od činností nemocniční péče, které jsou hospodářské povahy. Ačkoliv Komise pečlivě zvážila argumenty belgických orgánů, nemůže vyloučit, že výkon dodatečných sociálních činností představuje činnost hospodářské povahy. Navíc, jak je vysvětleno níže (viz 165. bod odůvodnění), Komise se domnívá, že dodatečné sociální činnosti nelze ve skutečnosti odlišit od služeb nemocniční péče hospodářské povahy.
- (115) Aby bylo možno v tomto posuzování pokračovat, vychází se v tomto rozhodnutí nadále z předpokladu, že poskytování dodatečných sociálních služeb je skutečně hospodářské povahy.

Doplňkové činnosti

- (116) Jak je uvedeno v 41. bodě odůvodnění, nemocnice IRIS-H se rovněž účastní různých doplňkových činností. Komise konstatuje, že některé z těchto činností, jsou-li posuzovány odděleně od hlavních činností nemocnic IRIS-H, se nejeví jako činnosti hospodářské povahy (například činnosti v oblasti výzkumu), zatímco jiné se na první pohled jako činnosti hospodářské povahy jeví (např. jídelna nebo obchod pro pacienty a návštěvníky). Lze však nicméně argumentovat tím, že veškeré zmíněné doplňkové činnosti je vzhledem k jejich úzkým vazbám na hlavní činnosti (hospodářské povahy) nemocnic IRIS-H nutno považovat rovněž za činnosti hospodářské povahy.

⁽¹⁵⁴⁾ Věc T-319/99, Federación Nacional de Empresas de Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental (FENIN) proti Komisi Evropských společenství, ECLI:EU:T:2003:50, bod 39. Viz rovněž věc T-137/10, body 90 a 91 a rovněž sdělení Komise o použití pravidel Evropské unie v oblasti státní podpory na vyrovnávací platbu udělenou za poskytování služeb obecného hospodářského zájmu (Úř. věst. C 8, 11.1.2012, s. 4, bod 22).

⁽¹⁵⁵⁾ Viz v tomto ohledu věc C-355/00, Freskot AE proti Elliniko Dimosio, ECLI:EU:C:2003:298, bod 53. V této věci Soudní dvůr rovněž zdůraznil, že služby a příspěvky poskytované v rámci systému povinného pojištění jsou podrobně stanoveny vnitrostátním zákonodárcem.

- (117) Aby bylo možno v tomto hodnocení pokračovat, vychází se v tomto rozhodnutí nadále z předpokladu, že doplňkové činnosti jsou skutečně činnostmi hospodářské povahy.

7.2.1.2. Hospodářské zvýhodnění

Obecné posouzení

- (118) Zvýhodněním ve smyslu čl. 107 odst. 1 SFEU se rozumí jakákoli hospodářská výhoda, kterou by podnik za běžných tržních podmínek (tj. bez zásahu státu) nebyl schopen získat ⁽¹⁵⁶⁾. Důležitý je pouze účinek opatření na podnik, nikoli důvod ani cíl státního zásahu ⁽¹⁵⁷⁾. Pokud se v důsledku státního zásahu zlepší finanční situace podniku, jedná se o zvýhodnění.
- (119) V tomto případě je třeba poznamenat, že různé systémy veřejného financování (popsané v oddíle 2.5.1), které pokrývají všeobecné i dodatečné služby nemocniční péče včetně vyrovnávání schodků, umožnily nemocnicím IRIS-H využívat souhrnu opatření, jejichž cílem je snížit náklady, které za běžných okolností nesou poskytovatelé tohoto typu činností. Proto lze mít s výhradou přezkumu s ohledem na zásady stanovené v rozsudku Altmark, který je proveden v následujících bodech odůvodnění, za to, že mechanismus vyrovnávání schodků, který je předmětem tohoto rozhodnutí, poskytuje nemocnicím IRIS-H hospodářské zvýhodnění, které by za běžných tržních podmínek (tj. bez zásahu státu) nebyly schopny získat.

Altmark

- (120) Komise podotýká, že by bylo možné mít za to, že veřejné financování nemocnic IRIS-H neposkytlo těmto nemocnicím žádné zvýhodnění, jestliže spočívalo pouze v poskytnutí vyrovnání za služby poskytované těmto nemocnicemi v souladu s povinnostmi veřejné služby, které jsou jim uloženy, za předpokladu, že jsou splněny podmínky stanovené v rozsudku Altmark.
- (121) V tomto rozsudku Soudní dvůr objasnil, že vyrovnávací platba nákladů vynaložených na poskytnutí služby obecného hospodářského zájmu, poskytnutá ze státních prostředků, nepředstavuje zvýhodnění za předpokladu, že jsou splněny čtyři kumulativní podmínky ⁽¹⁵⁸⁾:
- (a) Podnik příjemce musí být skutečně pověřen plněním závazků veřejné služby a tyto povinnosti musí být jasným způsobem definovány;
 - (b) parametry, na jejichž základě je vyrovnání vypočteno, musejí být předem stanoveny objektivním a transparentním způsobem;
 - (c) vyrovnání nemůže přesahovat meze toho, co je nezbytné k pokrytí všech nebo části nákladů vynaložených k plnění povinností veřejné služby se zohledněním příjmů, které se k nim vztahují, jakož i zisku, který je přiměřený k plnění těchto povinností;
 - (d) není-li výběr podniku, který je pověřen plněním povinností veřejné služby, učiněn v rámci řízení o zadání veřejné zakázky umožňujícího vybrat zájemce schopného poskytovat tyto služby za nejmenších nákladů pro územně správní celek, musí být úroveň nutného vyrovnání určena na základě analýzy nákladů, které by průměrný podnik, správně řízený a přiměřeně vybavený, vynaložil při plnění těchto povinností.

⁽¹⁵⁶⁾ Věc C-39/94, Syndicat français de l'Express international (SFEI) a další proti La Poste a další., ECLI:EU:C:1996:285, bod 60, a věc C-342/96, Španělské království proti Komisi Evropských společenství, ECLI:EU:C:1999:210, bod 41.

⁽¹⁵⁷⁾ Věc 173/73, Italská republika proti Komisi Evropských společenství, ECLI:EU:C:1974:71, bod 13.

⁽¹⁵⁸⁾ Věc C-280/00, Altmark Trans GmbH a Regierungspräsidium Magdeburg proti Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH, za přítomnosti Oberbundesanwalt beim Bundesverwaltungsgericht, ECLI:EU:C:2003:415, body 87 až 95).

- (122) Zásady a úvahy uvedené v rozsudku Altmark platí *ex tunc*, to znamená, že se vztahují i na právní vztahy existující před vynesením tohoto rozsudku ⁽¹⁵⁹⁾. V důsledku této skutečnosti jsou hodnotící kritéria stanovená v rozsudku ve věci Altmark plně použitelná na skutkovou i právní situaci tohoto případu, a to i pokud jde o podpory poskytnuté nemocnicím IRIS-H před datem vynesení rozsudku ve věci Altmark ⁽¹⁶⁰⁾.
- (123) Pro účely tohoto rozhodnutí se Komise rozhodla přezkoumat především čtvrté kritérium rozsudku Altmark (pro něž je třeba určit, zda byl výběr podniku, který poskytuje službu obecného hospodářského zájmu, učiněn v rámci řízení o zadání veřejné zakázky, případně zda byla výše vyrovnání poskytnutého za tuto službu obecného hospodářského zájmu určena na základě analýzy nákladů, které by vynaložil průměrný správně řízený podnik). Komise konstatuje, že nemocnice IRIS-H nebyly pro plnění povinností veřejné služby, které jim byly svěřeny belgickými orgány, vybrány v rámci řízení o zadání veřejné zakázky. Lze proto učinit závěr, že první část předmětného kritéria je v tomto případě splněna.
- (124) Co se týče druhé části zkoumaného kritéria, Komise nejprve poznamenává, že belgické orgány neuvedly, že nemocnice IRIS-H představovaly v tomto ohledu efektivní podniky. Komise dále poznamenává, že informace poskytnuté jak belgickými orgány, tak stěžovateli nestačí k prokázání toho, že mechanismy vyrovnávacích plateb za povinnosti veřejné služby svěřené nemocnicím IRIS-H splňují kritéria efektivního provozovatele ve smyslu čtvrté podmínky rozsudku Altmark. Nic nenasvědčuje tomu, že vyplacená vyrovnávací platba se opírá o analýzu nákladů průměrného podniku a že má vlastnosti požadované příslušnou judikaturou soudů Unie. Kromě toho neexistují dostatečné důkazy umožňující prokázat, že samotné nemocnice IRIS-H lze považovat za průměrné, správně řízené a přiměřeně vybavené podniky. Nejeví se, že byly pro účely stanovení poskytnuté vyrovnávací platby zohledněny úvahy týkající se řádného řízení nebo přiměřenosti vybavení. A konečně je nutno uvést, že vyrovnávací mechanismus umožňující pokrytí schodku nemocnic IRIS-H vyplývajícího z poskytování služby obecného hospodářského zájmu a doplňkových činností by nevyhověl čtvrtému kritériu rozsudku Altmark bez ohledu na to, jak efektivně jsou tyto nemocnice spravovány.
- (125) Komise se proto domnívá, že čtvrté kritérium rozsudku Altmark není v tomto případě splněno. Vzhledem k tomu, že podmínky stanovené v rozsudku Altmark jsou kumulativní, nesplnění jedné z těchto čtyř podmínek vede nutně k závěru, že mechanismus vyrovnávání schodků, který je zkoumán v rámci tohoto rozhodnutí, poskytuje hospodářské zvýhodnění ve smyslu čl. 107 odst. 1 SFEU.

7.2.1.3. Selektivita

- (126) Aby opatření státu spadalo do oblasti působnosti čl. 107 odst. 1 SFEU, musí zvýhodňovat „určité podniky nebo určitá odvětví výroby“. V důsledku toho jsou pod pojem podpory zahrnuta pouze opatření zvýhodňující podniky tím, že jim poskytují selektivní zvýhodnění.
- (127) Komise uvádí, že je nutno mít za to, že vyrovnávací mechanismus zavedený za účelem krytí schodků veřejných bruselských nemocnic (viz 44. bod odůvodnění), avšak nikoli schodků nemocnic soukromých, je nutno považovat za mechanismus selektivní povahy, neboť vylučuje soukromé nemocnice a všechny ostatní poskytovatele zdravotní péče, jakož i subjekty z jiných odvětví činností.

⁽¹⁵⁹⁾ Věc T-289/03, British United Provident Association Ltd (BUPA), BUPA Insurance Ltd a BUPA Ireland Ltd, proti Komisi Evropských společenství, ECLI:EU:T:2008:29, bod 159). Soudní dvůr rozhodl, že „... výklad ustanovení práva Společenství, který Soudní dvůr podává, se omezuje na vyjasnění a upřesnění významu a dosahu tohoto ustanovení, tak jak mělo být chápáno a používáno od okamžiku, kdy nabylo účinnosti. Z toho vyplývá, že takto vyložené ustanovení může a musí být použito i na právní vztahy vzniklé a založené před vydáním rozsudku a Soudní dvůr mohou jen výjimečně okolnosti přimět k tomu, aby na základě obecné zásady právní jistoty inherentní právnímu řádu Společenství omezil možnost všech zúčastněných osob dovolávat se ustanovení, jehož výklad podal, za účelem zpochybnění právních vztahů založených v dobré víře.“

⁽¹⁶⁰⁾ Věc C-209/03, The Queen, na žádost Danyho Bídara proti London Borough of Ealing a Secretary of State for Education and Skills, ECLI:EU:C:2005:169, body 66 a 67, a věc C-292/04, Wienand Meilicke, Heidi Christa Weyde a Marina Stöffler proti Finanzamt Bonn-Innenstadt, ECLI:EU:C:2007:132, body 34 až 36).

7.2.2 Státní prostředky

- (128) Aby opatření představovalo státní podporu ve smyslu čl. 107 odst. 1 SFEU, musí být poskytnuto státem nebo ze státních prostředků. Státní prostředky zahrnují veškeré prostředky veřejného sektoru⁽¹⁶¹⁾, včetně prostředků vnitrostátních subjektů (decentralizovaných, federalizovaných, regionálních nebo jiných)⁽¹⁶²⁾.
- (129) V tomto případě pocházejí vyrovnávací platby schodků, které nemocnice IRIS-H získávají od svých příslušných obcí za poskytování služeb obecného hospodářského zájmu a doplňkových činností, z veřejných prostředků a odpovídá za ně stát.

7.2.3 Narušení hospodářské soutěže a dopady na obchodní výměnu

- (130) Veřejné podpory poskytované podnikům představují státní podporu ve smyslu čl. 107 odst. 1 SFEU jen tehdy, pokud „narušují nebo mohou narušit hospodářskou soutěž“, a to jen do té míry, do níž „ovlivňují obchod mezi členskými státy“.

7.2.3.1. Narušení hospodářské soutěže

- (131) U podpory poskytnuté státem se má za to, že narušuje nebo může narušit hospodářskou soutěž, pokud může zlepšit konkurenční postavení svého příjemce vůči jiným podnikům, s nimiž soutěží⁽¹⁶³⁾. V praxi se tudíž z předpokladu narušení hospodářské soutěže vychází v situaci, kdy podniku působícímu v rámci liberalizovaného hospodářského odvětví, ve kterém probíhá nebo může probíhat hospodářská soutěž, poskytne stát určitou finanční výhodu.
- (132) Vzhledem k tomu, že existuje určitý stupeň hospodářské soutěže mezi veřejnými nemocnicemi, soukromými nemocnicemi a dalšími zdravotnickými zařízeními, veřejné financování poskytnuté některým zdravotnickým zařízením (včetně nemocnic IRIS-H) za účelem financování činností nemocniční péče, které vykonávají, může narušovat hospodářskou soutěž. Totéž platí pro dodatečné sociální činnosti nemocnic IRIS-H.

7.2.3.2. Vlivy na obchodní vztahy mezi členskými státy

Obecné zásady

- (133) Soudy Unie zejména konstatovaly, že „pokud podpora poskytnutá členskými státy posiluje postavení určitých podniků oproti jiným konkurenčním podnikům v rámci obchodu uvnitř [EU], je třeba mít za to, že tento obchod je podporou ovlivněn“⁽¹⁶⁴⁾.
- (134) Lze mít za to, že veřejná podpora může ovlivnit obchod uvnitř EU i v případě, že se příjemci přímo nepodílejí na přeshraničním obchodu. Subvence může například ztěžovat vstup subjektů z jiných členských států na trh tím, že udržuje nebo zvyšuje místní nabídku⁽¹⁶⁵⁾, případně ztěžovat výkon jejich práva usazování.
- (135) Podle ustálené judikatury není Komise povinna provádět hospodářskou analýzu skutečné situace na relevantních trzích, podílu společností, které jsou příjemci podpory, na trhu, postavení konkurenčních podniků ani obchodu mezi členskými státy⁽¹⁶⁶⁾. V případě protiprávně poskytnutých státních podpor není Komise povinna prokazovat skutečné dopady těchto podpor na hospodářskou soutěž a na obchod.

⁽¹⁶¹⁾ Věc T-358/94, *Compagnie nationale Air France proti Komisi Evropských společenství*, ECLI:EU:T:1996:194, bod 56.

⁽¹⁶²⁾ Věc 248/84, *Spolková republika Německo proti Komisi Evropských společenství*, ECLI:EU:C:1987:437, bod 17, a spojené věci T-92/00 a T-103/00, *Territorio Histórico de Álava – Diputación Foral de Álava, EU:T:2002:61, Ramondín, SA a Ramondín Cápsulas, SA (T-103/00) proti Komisi Evropských společenství*, EU:T:2002:61, bod 57.

⁽¹⁶³⁾ Věc 730/79, *Philip Morris Holland BV proti Komisi Evropských společenství*, ECLI:EU:C:1980:209, bod 11, a spojené věci T-298/97, T-312/97, T-313/97, T-315/97, T-600/97 až 607/97, T-1/98, T-3/98 až T-6/98 a T-23/98, *Alzetta Mauro a další proti Komisi Evropských společenství*, ECLI:EU:T:2000:151, bod 80.

⁽¹⁶⁴⁾ Věc T-288/97, *Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia proti Komisi*, ECLI:EU:T:1999:125, bod 41.

⁽¹⁶⁵⁾ Viz například věc C-280/00, *Altmark Trans a Regierungspräsidium Magdeburg* ECLI:EU:C:2003:415, bod 78; spojené věci C-197/11 a C-203/11, *Libert a další*, ECLI:EU:C:2013:288, bod 78; a věc C-518/13, *Eventech*, ECLI:EU:C:2015:9, bod 67.

⁽¹⁶⁶⁾ Věc C-279/08 P, *Komise proti Nizozemskému království*, ECLI:EU:C:2011:551, bod 131.

- (136) Vliv na obchody v rámci EU však nemůže být čistě hypotetický nebo předpokládaný. Musí být prokázáno na základě předvídatelných dopadů tohoto opatření, proč dotčené opatření narušuje nebo může narušit hospodářskou soutěž a proč může ovlivnit obchod mezi členskými státy ⁽¹⁶⁷⁾.
- (137) V tomto ohledu Komise v několika případech ⁽¹⁶⁸⁾ usoudila, že některé činnosti mají čistě místní rozměr a uvedený dopad nemají. Jeví se proto jako vhodné ověřit zejména to, zda příjemce dodává zboží či poskytuje služby na omezeném území jednoho členského státu a je nepravděpodobné, že by přilákal zákazníky z jiných členských států, a zda lze předpokládat, že toto opatření bude mít pouze nepatrný vliv na podmínky pro přeshraniční investice nebo usazování.

Posouzení

- (138) V návaznosti na výše uvedené zásady Komise konstatuje, že vliv na obchod lze stanovit na základě celé řady faktorů, především na straně „klienta“ (v závislosti na území, na němž je poskytováno zboží a služby, a na území, ze kterého klienti pocházejí) a na straně „dodavatele“ (jedná se o to zjistit, zda dané opatření vytváří překážky pro přeshraniční investice a přeshraniční usazování poskytovatelů, kteří provozují skutečnou nebo potenciální hospodářskou soutěž). Pro určení toho, zda určité opatření ovlivňuje obchod mezi členskými státy, postačí prokázat existenci vlivu na obchod vyplývající minimálně z jednoho z těchto faktorů.
- (139) Pokud jde o dopad opatření na „klienta“, Komise uvádí, že v tomto případě je jak odvětví zdravotní péče obecně, tak zdravotní péče poskytovaná v nemocničním prostředí konkrétně předmětem obchodu v rámci Unie. Komise rovněž uvádí, že dochází k nárůstu přeshraniční mobility pacientů. Je pravdou, že zdravotní péče zůstává i nadále v pravomoci členských států a mobilita pacientů podléhá přísným pravidlům, jimiž se řídí zásahy vnitrostátních systémů sociálního zabezpečení. V praxi de facto platí, že nemocniční péče je obvykle poskytována blízko místa trvalého bydliště pacienta v kulturním prostředí, které je mu známé a které mu umožňuje navázat s ošetřujícími lékaři vztah založený na důvěře. K přeshraničním přesunům dochází především v příhraničních oblastech nebo tam, kde pacienti hledají vysoce specializovanou péči při řešení specifického zdravotního problému.
- (140) V tomto případě se Komise domnívá, že dotčená opatření mohou ovlivnit obchod mezi členskými státy. Zejména specifické zvláštnosti tohoto případu jej odlišují od případů, v nichž byl učiněn závěr, že veřejná podpora poskytovaná nemocnicím neovlivňuje obchod mezi členskými státy ⁽¹⁶⁹⁾. K tomuto závěru Komise dospěla zejména na základě následujících důkazů:
- (a) Mezi nemocnice IRIS-H patří vysoce specializované nemocnice s mezinárodní pověstí. Univerzitní dětská nemocnice – Reine Fabiola a institut Bordet, z nichž první se specializuje na pediatrii a druhý na léčbu rakoviny, a univerzitní nemocnice CHU Saint-Pierre a CHU Brugmann nabízejí širokou škálu vysoce specializované péče a těší se mezinárodnímu renomé. Nemocnice s takovou pověstí mohou přitahovat zahraniční pacienty zejména z jiných členských států, bez ohledu na to, že posláním nemocnic IRIS-H je poskytovat sociální zdravotní péči místní komunitě v Bruselu (viz bod 7.3.4.1).

⁽¹⁶⁷⁾ Viz spojené věci T-447/93, T-448/93 a T-449/93, AITEC a další proti Komisi, ECLI:EU:T:1995:130, bod 141.

⁽¹⁶⁸⁾ Viz například rozhodnutí Komise ve věci státních podpor N 258/2000, koupaliště Dorsten (Úř. věst. C 172, 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 (Nizozemsko – neziskové rekreační přístavy) (Úř. věst. L 34, 6.2.2004, s. 63); N 458/2004, Editorial Andaluza Holding (Úř. věst. C 131, 28.5.2005, s. 12); SA.33243, Jornal de Madeira (Úř. věst. C 131, 28.5.2005, s. 12); SA.34576, Unidade de cuidados continuados Jean Piaget/Nordeste) (Úř. věst. C 73, 13.3.2013, s. 1); N 543/2001, Irsko – Kapitálové příspěvky nemocnicím (Úř. věst. C 154, 28.6.2002, s. 4); SA.37432, Financování veřejných nemocnic v Královéhradeckém kraji (Úř. věst. C 203, 19.6.2015, s. 1); SA.37904, údajná státní podpora poskytnutá zdravotnickému středisku v Durmersheimu (Úř. věst. C 188, 5.6.2015, s. 1); SA.33149, Städtische Projektgesellschaft „Wirtschaftsbüro Gaarden-Kiel“ (Úř. věst. C 188, 5.6.2015, s. 1); SA.38035, Údajná státní podpora poskytnutá rehabilitační klinice specializované na ortopedickou medicínu a traumatologickou chirurgii (Úř. věst. C 188, 5.6.2015, s. 1); SA.39403 Nizozemsko – podpora investice pro přístav Lauwersoog (Úř. věst. C 259, 7.8.2015, s. 1); SA.37963 Spojené království – Glenmore Lodge (Úř. věst. C 277, 21.8.2015, s. 1); a SA. 38208 Spojené království – Golfové kluby ve vlastnictví svých členů (Úř. věst. C 277, 21.8.2015, s. 1).

⁽¹⁶⁹⁾ Viz N 543/2001, Irsko – Kapitálové příspěvky nemocnicím (Úř. věst. C 154, 28.6.2002, s. 4); SA.37432, Financování veřejných nemocnic v Královéhradeckém kraji (Úř. věst. C 203, 19.6.2015, s. 1); SA.38035, Údajná státní podpora poskytnutá rehabilitační klinice specializované na ortopedickou medicínu a traumatologickou chirurgii (Úř. věst. C 188, 5.6.2015, s. 1).

- (b) Bruselské nemocnice IRIS-H se nacházejí poměrně blízko velkých měst ve Francii, Nizozemsku a Německu. Například města Aachen, Lille, Eindhoven a Rotterdam se nacházejí ve vzdálenosti menší než 150 kilometrů. Brusel má navíc přímé spojení s velkými evropskými městy, jako je Paříž, Londýn, Amsterdam a Kolín nad Rýnem, díky vysokorychlostním železničním spojům, které umožňují dopravit se do těchto měst nejpozději za dvě hodiny. V neposlední řadě má Brusel mezinárodní letiště, které umožňuje spojení se všemi významnými evropskými a mezinárodními středisky. Díky zeměpisné poloze Bruselu a velkému množství spojů, které má k dispozici, se mohou mezinárodní pacienti, kteří se zajímají o nemocnice IRIS-H, do nich snadno dopravit, obzvláště pokud žijí v blízkosti belgické hranice nebo v některém z měst, které s Bruselem spojuje vysokorychlostní železnice.
- (c) Region Brusel – hlavní město jako takový i nemocnice IRIS-H jsou mnohojazyčné. Úředními jazyky jsou nizozemština a francouzština a nemocnice IRIS-H jsou povinny nabízet služby v obou těchto jazycích. Proto jsou tyto nemocnice atraktivní zejména pro francouzské a nizozemské občany. Navíc je v regionu Brusel – hlavní město velmi rozšířeným jazykem angličtina, což usnadňuje přístup pacientům z velmi různorodých prostředí.
- (d) V regionu Brusel – hlavní město žije značný počet občanů z jiných členských států. Proto měl Brusel z 321 evropských měst, která byla zahrnuta do „městského auditu“ vypracovaného úřadem Eurostat druhý nejvyšší počet zahraničních rezidentů (33,8 % v roce 2012) a druhý nejvyšší počet rezidentů pocházejících z jiných členských států EU (20,3 % v roce 2012) ⁽¹⁷⁰⁾. Rezidenti jiných členských států Unie si mohou často vybrat místo, kde si přejí využívat lékařské služby, a to zpravidla buď v zemi původu, nebo v zemi bydliště.
- (141) Pokud jde o dodatečné sociální činnosti nemocnic IRIS-H, Komise uvádí, že pokud nelze vyloučit, že výkon těchto činností představuje hospodářskou činnost, a vzhledem k úzkému propojení mezi těmito činnostmi a obecnými službami nemocniční péče, které nemocnice IRIS-H poskytují, lze výše uvedené zdůvodnění uplatnit také ve vztahu k nim. Avšak s ohledem na úvahy uvedené níže (viz oddíl 7.3) se Komise domnívá, že i kdyby veřejné financování dodatečných sociálních služeb ovlivňovalo obchod mezi členskými státy, představovalo by veřejné financování ve prospěch této činnosti státní podporu slučitelnou s vnitřním trhem. Z důvodů hospodárnosti řízení tedy nakonec není nutné určovat, zda veřejné financování dodatečných sociálních činností ovlivňuje obchod mezi členskými státy, či nikoli.
- (142) Stejně úvahy platí pro doplňkové činnosti nemocnic IRIS-H (viz 41., 116. a 117. bod odůvodnění). Podle Komise platí, že pokud by bylo případné veřejné financování většiny doplňkových činností nemocnic IRIS-H (např. jesle pro děti zaměstnanců, pronájem místností, občůdek pro pacienty a návštěvníky, jídelna a parkoviště, pronájem televizorů pacientům) předmětem samostatného posuzování, bylo by možné argumentovat tím, že nemá žádný vliv na obchod mezi členskými státy. Vzhledem k úzké vazbě mezi doplňkovými činnostmi a hlavními činnostmi nemocnic IRIS-H však lze předpokládat, že případné veřejné financování těchto doplňkových činností také ovlivňuje obchod mezi členskými státy. V každém případě vzhledem k tomu, že by veřejné financování ve prospěch doplňkových činností představovalo státní podporu slučitelnou s vnitřním trhem (viz oddíl 7.3), nepovažuje Komise za nutné se k této otázce definitivně vyjádřit.
- (143) Aby bylo možno v tomto posuzování pokračovat, vychází se v tomto rozhodnutí nadále z předpokladu, že veřejné financování dodatečných sociálních činností a doplňkových činností by mohlo ovlivnit obchod mezi členskými státy.
- (144) Vzhledem k tomu, že Komise na tomto základě dospěla k závěru, že opatření, která jsou předmětem tohoto šetření, mohou ovlivnit obchod mezi členskými státy nejméně v jednom ohledu (na straně „zákazníka“), nepovažuje za nutné určovat, zda mohou ovlivnit obchod mezi členskými státy i pokud jde o přeshraniční investice a právo usazování (viz 138. bod odůvodnění).

7.2.4 Závěry

- (145) Ve světle výše uvedených úvah se Komise domnívá, že u opatření zkoumaných v tomto případě byly splněny všechny kumulativní podmínky pro existenci státní podpory, a že tato opatření tudíž představují státní podporu ve smyslu čl. 107 odst. 1 SFEU.

⁽¹⁷⁰⁾ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Statistics_on_European_cities/fr, údaje ze dne 8. července 2015.

7.3 Slučitelnost s vnitřním trhem

7.3.1. Právní základ

7.3.1.1. Obecné zásady

- (146) Vzhledem k tomu, že vyrovnání schodků, které se vztahuje na nemocnice IRIS-H, představuje státní podporu ve smyslu čl. 107 odst. 1 SFEU, je třeba posoudit jeho slučitelnost s vnitřním trhem. Důvody, proč státní podpora může nebo musí být prohlášena za slučitelnou s vnitřním trhem, jsou uvedeny v čl. 106 odst. 2 a v čl. 107 odst. 2 a 3 SFEU.
- (147) Vzhledem k tomu, že belgické orgány opakovaně potvrdily, že veřejné financování nemocnic IRIS-H představuje vyrovnávací platbu za poskytování služeb obecného hospodářského zájmu, musí být slučitelnost vyrovnávací platby schodku s vnitřním trhem posuzována především na základě čl. 106 odst. 2 SFEU. Ten stanoví, že:

„podniky pověřené poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu nebo ty, které mají povahu fiskálního monopolu, podléhají pravidlům obsaženým ve Smlouvách, zejména pravidlům hospodářské soutěže, pokud uplatnění těchto pravidel nebrání právně nebo fakticky plnění zvláštních úkolů, které jim byly svěřeny. Rozvoj obchodu nesmí být dotčen v míře, která by byla v rozporu se zájmem Unie.“

7.3.1.2. Použití čl. 106 odst. 2 SFEU v průběhu času: předběžné poznámky

- (148) Komise stanovila přesné podmínky, za nichž uplatňuje čl. 106 odst. 2 SFEU, v řadě právních nástrojů, v poslední době mimo jiné v rámci pro služby obecného hospodářského zájmu z roku 2012 ⁽¹⁷¹⁾ a v rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 ⁽¹⁷²⁾ (dále společně „balíček služeb obecného hospodářského zájmu z roku 2012“); již dříve Komise zveřejnila a uplatňovala rámec pro služby obecného hospodářského zájmu z roku 2005 ⁽¹⁷³⁾ a rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2005 ⁽¹⁷⁴⁾. Každé podpůrné opatření, které splňuje kritéria vyhlášená v rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012, je považováno za slučitelné s vnitřním trhem a nemusí být oznamováno. Podpůrná opatření, která nespádají do oblasti působnosti rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012, protože nesplňují všechna kritéria, která jsou v něm stanovena, musí být posuzována v souladu s rámcem pro služby obecného hospodářského zájmu z roku 2012 poté, co byla oznámena.
- (149) V tomto případě se zkoumané vyrovnání schodku nemocnic IRIS-H odehrálo v roce 1996 a došlo k němu tedy před vydáním rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu a rámce služeb obecného hospodářského zájmu z roku 2012. Balíček služeb obecného hospodářského zájmu z roku 2012 však stanoví – v článku 10 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 a v bodě 69 rámce pro služby obecného hospodářského zájmu z roku 2012 – pravidla týkající se jeho použití rovněž na podpory poskytnuté před jeho vstupem v platnost, tj. přede dnem 31. ledna 2012. Zejména, čl. 10 bod b) rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 stanoví, že

„podpora uvedená v účinnost před vstupem tohoto rozhodnutí v platnost [tj. před 31. lednem 2012], která nebyla slučitelná s vnitřním trhem a vyňata z oznamovací povinnosti v souladu s rozhodnutím 2005/842/ES, ale splňuje podmínky stanovené v tomto rozhodnutí, je slučitelná s vnitřním trhem a je vyňata z povinnosti oznámení předem.“

Pokud jde o rámec pro služby obecného hospodářského zájmu z roku 2012, jeho body 68 a 69 stanoví, že Komise použije zásady stanovené v tomto rámci na všechny návrhy podpory, které jí byly oznámeny, bez ohledu na to, zda k tomuto oznámení došlo před začátkem používání tohoto rámce (tj. 31. lednem 2012), nebo po něm, a rovněž na protiprávní podporu, o které rozhodne po 31. lednu 2012, i když byla podpora udělena před 31. lednem 2012.

- (150) V důsledku toho z výše popsaných prováděcích pravidel k rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 a z rámce pro služby obecného hospodářského zájmu z roku 2012 vyplývá, že od roku 1996 lze veřejné financování nemocnic IRIS-H hodnotit na základě balíčku služeb obecného hospodářského zájmu z roku 2012. Pokud vyrovnávací mechanismus schodků splňuje podmínky stanovené v rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 nebo v rámci pro služby obecného hospodářského zájmu z roku 2012, je slučitelný s vnitřním trhem pro celé období počínající rokem 1996.

⁽¹⁷¹⁾ Sdělení Komise – Rámec Evropské unie pro státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby (Úř. věst. C 8, 11.1.2012, s. 15).

⁽¹⁷²⁾ Rozhodnutí Komise 2012/21/EU ze dne 20. prosince 2011 o použití čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování Evropské unie na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby udělené určitým podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu (Úř. věst. L 7, 11.1.2012, s. 3).

⁽¹⁷³⁾ Rámec Společenství pro státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby (Úř. věst. C 297, 29.11.2005, s. 4).

⁽¹⁷⁴⁾ Viz poznámka pod čarou 13.

- (151) V neposlední řadě je třeba upozornit na přechodné ustanovení uvedené v čl. 10 písm. a) rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012, podle něhož režim podpory, který byl uveden v účinnost před vstupem daného rozhodnutí v platnost (tj. před 31. lednu 2012) a který byl slučitelný s vnitřním trhem a vyňat z oznamovací povinnosti v souladu s rozhodnutím 2005/842/ES, je nadále slučitelný s vnitřním trhem a je vyňat z oznamovací povinnosti na období dalších dvou let (tj. do 30. ledna 2014 včetně). To znamená, že podpora, která byla poskytnuta v rámci daného režimu během období mezi datem, kdy vstoupilo v platnost rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2005, tj. 19. prosincem 2005, a datem, kdy vstoupilo v platnost rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012, tj. 31. lednem 2012, se považuje za slučitelnou s vnitřním trhem, ale pouze ode dne, kdy byla poskytnuta, do 30. ledna 2014 včetně. V každém případě se u podpor, které byly poskytnuty od 31. ledna 2012, přechodné ustanovení čl. 10, písm. a), rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 nepoužije a posouzení slučitelnosti je nutno provést na základě rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.
- (152) V důsledku toho Komise nejprve posoudí, zda veřejné financování udělené nemocnicím IRIS-H od roku 1996, které je předmětem tohoto rozhodnutí, splňuje podmínky stanovené v rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012. Pouze v opačném případě bude Komise toto financování posuzovat na základě rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2005 (u podpory, která byla poskytnuta mezi 19. prosincem 2005 a 31. lednem 2012) a rámce pro služby obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

7.3.2. Použití čl. 106 odst. 2 SFEU: skutečná služba obecného hospodářského zájmu

- (153) Čl. 106 odst. 2 SFEU a rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012, které je na něm založeno, se vztahují pouze na vyrovnávací platby vyplacené podniku pověřenému poskytováním „skutečné služby obecného hospodářského zájmu“⁽¹⁷⁵⁾. Soudní dvůr rozhodl, že služby obecného hospodářského zájmu jsou služby, které mají zvláštní rysy ve srovnání s jinými hospodářskými činnostmi⁽¹⁷⁶⁾. Je rovněž dobře zavedenou praxí, že pokud daná problematika není upravena zvláštními pravidly, která na úrovni Unie definují kritéria pro určení toho, zda se jedná o službu obecného hospodářského zájmu, mají členské státy velký prostor k vlastnímu uvážení při definování služeb, které budou považovat za služby obecného hospodářského zájmu, a v oblasti poskytnutí vyrovnávací platby poskytovateli této služby⁽¹⁷⁷⁾. Pravomoci Komise v této věci se omezují na ověření, že se členský stát při vymezení služby obecného hospodářského zájmu nedopustil žádné zjevné chyby.
- (154) Komise se domnívá, že všechny hospodářské činnosti nemocnic IRIS-H, na něž je poskytováno veřejné financování (tj. celé spektrum sociálních služeb a služeb nemocniční péče, které tyto nemocnice poskytují) představují buď skutečné služby obecného hospodářského zájmu, jak tvrdí belgické orgány, nebo čistě doplňkové činnosti, které s nimi souvisejí. Zejména veškeré zdravotnické a sociální služby, o které se jedná v projednávané věci, vykazují zvláštní vlastnosti ve srovnání s vlastnostmi jiných hospodářských činností, tj. v podstatě v oblasti jejich významu pro zdravotní a sociální zabezpečení společnosti. Belgické orgány se proto při vymezení těchto služeb obecného hospodářského zájmu nedopustily žádné zjevné chyby.
- (155) Co se týče doplňkových činností uvedených v 41. bodě odůvodnění, Komise uvádí, že činnost lze považovat za doplňkovou činnost ke službě obecného hospodářského zájmu, pokud přímo souvisí s poskytováním této služby obecného hospodářského zájmu a je pro ně nezbytná, případně je s ním neoddělitelně spojena. V posledním zmíněném případě dotčené činnosti spotřebovávají stejné vstupy jako daná služba obecného hospodářského zájmu, například materiál, vybavení, práci, fixní kapitál. Doplňkové činnosti musí mít rovněž omezený dosah. Komise se domnívá, že veškeré činnosti uvedené v 41. bodě odůvodnění lze považovat za činnosti doplňkové k hlavní činnosti služby obecného hospodářského zájmu nemocnic IRIS-H. Tyto činnosti považované za doplňkové skutečně 1) přímo souvisejí s poskytováním činnosti služby obecného hospodářského zájmu nemocnic IRIS-H a jsou pro ně nezbytné, protože představují činnosti, které se od moderní nemocnice vedle poskytování sociálních a zdravotních služeb očekávají, a/nebo 2) jsou s nimi neoddělitelně spojeny, protože využívají nemocniční infrastrukturu (to znamená budovy a pozemky). Vzhledem k omezenému podílu doplňkových služeb na celkových příjmech nemocnic IRIS-H (v průměru méně než 2 %) se Komise rovněž domnívá, že všechny doplňkové činnosti mají jen velmi omezený rozsah.

⁽¹⁷⁵⁾ Viz 8. bod odůvodnění rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

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

⁽¹⁷⁷⁾ Věc T-289/03, *BUPA a další proti Komisi*, ECLI:EU:T:2008:29, body 166 až 169 a bod 172; věc T-17/02, *Fred Olsen*, ECLI:EU:T:2005:218, bod 216.

7.3.3. Použitelnost rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012

- (156) Komise se rovněž domnívá, že přidělování veřejných finančních prostředků nemocnicím IRIS-H za účelem poskytování služeb obecného hospodářského zájmu spadá do oblasti věcné působnosti rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012, jak je stanoveno v jeho článku 2. Jak je uvedeno v jeho čl. 2 odst. 1 písm. b) a c), použije se rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 na státní podporu poskytnutou ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby udělenou nemocnicím poskytujícím zdravotní péči (což zahrnuje výkon doplňkových činností, které přímo souvisejí s hlavními činnostmi, zejména, nikoli však výlučně, v oblasti výzkumu), a podnikům poskytujícím služby obecného hospodářského zájmu, jimiž se uspokojují sociální potřeby, například zdravotní péče a sociální začleňování zranitelných skupin. Vzhledem k tomu, že do těchto kategorií činností lze zahrnout všechny služby obecného hospodářského zájmu a doplňkové činnosti prováděné nemocnicemi IRIS-H, na něž je poskytováno veřejné financování, dospěla Komise k závěru, že vyrovnávací mechanismus schodků zkoumaný v tomto případě spadá do oblasti věcné působnosti rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012. V důsledku této skutečnosti se na náklady na veškeré činnosti nemocnic IRIS (na služby obecného hospodářského zájmu i na doplňkové činnosti) vztahují vyrovnávací platby udělené v souladu s rozhodnutím o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

7.3.4. Pověřovací akt

- (157) První nezbytnou podmínkou slučitelnosti zakotvenou v rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 je, že poskytováním služby obecného hospodářského zájmu je dotčený podnik pověřen jedním nebo několika akty, jejichž formu si mohou upravit jednotlivé členské státy⁽¹⁷⁸⁾. V tomto aktu nebo aktech musí být jasně uvedeny tyto údaje:

- náplň a trvání závazků veřejné služby⁽¹⁷⁹⁾;
- podnik, kterému jsou uvedené povinnosti uloženy, případně území, o které se jedná⁽¹⁸⁰⁾;
- povaha jakýchkoli výhradních nebo zvláštních práv udělených podniku orgánem poskytujícím podporu⁽¹⁸¹⁾;
- popis kompenzačního mechanismu a parametrů pro výpočet, kontrolu a přezkoumání vyrovnávací platby⁽¹⁸²⁾;
- opatření k zamezení a vrácení jakéhokoli nadměrného vyrovnání⁽¹⁸³⁾.

- (158) Rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 navíc vyžaduje, aby pověření obsahovalo odkaz na dané rozhodnutí⁽¹⁸⁴⁾.

7.3.4.1. Náplň závazků veřejné služby uložených nemocnicím IRIS-H a pověření jimi

- (159) Ve svém zrušujícím rozsudku ze dne 7. listopadu 2012 provedl soud předběžné zjištění, podle něhož „jsou-li na veřejné a soukromé subjekty, kterým je uložena stejná veřejná služba, kladeny rozdílné požadavky, což předpokládá rozdílnou úroveň nákladů a vyrovnání, musejí tyto rozdíly jasně vyplývat z příslušných pověření, zejména aby bylo umožněno ověřit slučitelnost dotace se zásadou rovného zacházení. Státní podpora, která některými ze svých podmínek porušuje takové obecné zásady unijního práva, jako je zásada rovného zacházení, nemůže být Komisí prohlášena za slučitelnou s vnitřním trhem (rozsudek Soudního dvora ze dne 15. dubna 2008, Nuova Agricast, C-390/06, Sb. rozh. s. I-2577, bod 51).“⁽¹⁸⁵⁾

- (160) Bod 66 rozsudku ve věci Nuova Agricast⁽¹⁸⁶⁾ uvádí, že „dodržování zásady rovného zacházení vyžaduje, aby se srovnatelnými situacemi nebylo zacházeno odlišně a s odlišnými situacemi stejně, není-li takové zacházení objektivně odůvodněno (viz zejména rozsudek ze dne 26. října 2006, Koninklijke Coöperatie Cosun, C-248/04, Sb. rozh. s. I-10211, bod 72 a citovaná judikatura).“

⁽¹⁷⁸⁾ Viz článek 4 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

⁽¹⁷⁹⁾ Viz čl. 4 písm. a) rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

⁽¹⁸⁰⁾ Viz čl. 4 písm. b) rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

⁽¹⁸¹⁾ Viz čl. 4 písm. c) rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

⁽¹⁸²⁾ Viz čl. 4 písm. d) rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

⁽¹⁸³⁾ Viz čl. 4 písm. e) rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

⁽¹⁸⁴⁾ Viz čl. 4 písm. f) rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

⁽¹⁸⁵⁾ Věc T-137/10, bod 95.

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

- (161) Komise však připomíná, že zásada zákazu diskriminace není uvedena jako kritérium slučitelnosti v rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012. Komise však má v úmyslu přezkoumat, zda se veřejné nemocnice IRIS-H a soukromé nemocnice v Bruselu nacházejí ve srovnatelné nebo v odlišné právní a faktické situaci. V této souvislosti Komise při popisu povahy závazků veřejné služby svěřených nemocnicím IRIS-H uvede, zda byl, či nebyl srovnatelný požadavek uložen i soukromým bruselským nemocnicím.
- (162) Jak bylo vysvětleno výše (viz oddíl 2.3), nemocnice IRIS-H podléhají regulačnímu rámci, který se skládá ze zákona o CPAS (na jehož základě byly nemocnice IRIS-H zřízeny), zákona LCH, stanov místních sdružení poskytujících nemocniční péči a strategických plánů přijatých zastřešující organizací IRIS. Vzhledem k tomu, že orgány veřejné moci (tj. obce a střediska CPAS) vykonávají většinou kontrolu nad místními sdruženími, na která se vztahuje kapitola XII zákona o CPAS, i nad zastřešující organizací IRIS, jsou stanovy a strategické plány pro nemocnice IRIS-H povinné, a lze je tedy považovat za platné pověřovací akty, jejichž obsah bude upřesněn níže (viz 164., 170. a následující body odůvodnění). V této souvislosti je rovněž zajímavé konstatovat, že veřejné orgány mohou přímo řídit každodenní provoz nemocnic IRIS-H a v případě potřeby poskytovat další pokyny.
- (163) Bylo také zjištěno (viz 24. bod odůvodnění), že nemocnice IRIS-H byly původně řízeny a kontrolovány přímo středisky CPAS, která je zřídila s cílem splnit svou povinnost sociální pomoci v souladu se zákonem o CPAS. Aby byla zajištěna *péremnité* a životaschopnost veřejných bruselských nemocnic (viz 24. bod odůvodnění), bylo nutné provést restrukturalizaci, která vyústila ve zřízení nemocnic IRIS-H (které měly podobu místních sdružení s finanční a právní nezávislostí podle kapitoly XII zákona o CPAS). Tato restrukturalizace však nezměnila základní poslání veřejných bruselských nemocnic IRIS-H⁽¹⁸⁷⁾, kterým je zajistit zdravotní a sociálně-zdravotní péči a přispět tak k plnění povinnosti sociální pomoci střediska CPAS, které je zřídilo.
- (164) Lékařská péče poskytovaná nemocnicemi IRIS-H je rovněž definována zákonem LCH, který stanoví vhodný rámec pro organizaci belgického odvětví nemocniční péče jako celku. Na tomto základě svěřuje zákon LCH úkol poskytování základní nemocniční péče všem belgickým nemocnicím, ať již veřejným nebo soukromým, včetně nemocnic IRIS-H. Zejména článek 2 zákona LCH definuje instituce, které mohou být považovány za nemocnice, zatímco článek 68 až čl. 76 písm. e) tohoto zákona definují podmínky pro schvalování nemocnic a služeb nemocniční péče (které jsou podrobně uvedeny v prováděcích nařízeních, která stanoví podmínky z hlediska kvality, personálních požadavků apod.). Články 23 až 45 zákona LCH stanoví požadavky na mechanismus nemocničních programů, který určuje limity na počet nemocničních lůžek, služby nemocniční péče a na některá lékařská zařízení (například skenery), která lze zprovoznit a využívat. Nárok na veřejné financování mají pouze schválené služby nemocniční péče, které splňují podmínky tohoto programu. Jak je uvedeno v rozhodnutí o zahájení řízení⁽¹⁸⁸⁾ – a potvrzuje to i skutečnost, že třetí strany nevznesly žádné připomínky – nebylo a není pochyb o jednoznačnosti základního úkolu nemocniční péče, který je definován zákonem LCH. Je rovněž zřejmé, že nemocnice IRIS-H tyto požadavky splňují, protože mají všechna nezbytná povolení a jejich fungování je schváleno jako součást uvedeného mechanismu programů.
- (165) Kromě úkolu základní nemocniční péče, kterým jsou pověřeny všechny veřejné i soukromé belgické nemocnice, poukazovalo rozhodnutí Komise ze dne 28. října 2009 (viz oddíl 4.1 výše), rozhodnutí (Tribunálu) o zrušení ze dne 7. listopadu 2012 (viz oddíl 4.2 výše) a rozhodnutí Komise o zahájení řízení ze dne 1. října 2014 (viz oddíl 4.3 výše) na tři dodatečné (nebo specifické) služby obecného hospodářského zájmu, týkající se především 1) všeobecného přístupu ke zdravotní péči, 2) povinnosti zajistit víceoborovou péči a 3) dodatečných sociálních služeb, které byly svěřeny pouze a výhradně nemocnicím IRIS-H. To však neznamená, že základní úkoly nemocniční péče a dodatečné služby obecného hospodářského zájmu musí být nezbytně posuzovány nezávisle na sobě. V tomto ohledu bylo v 23. bodě odůvodnění rozhodnutí o zahájení řízení uvedeno, že podle belgických orgánů jsou základní úkoly nemocniční péče součástí širší služby obecného hospodářského zájmu, tj. povinnosti poskytovat sociální pomoc, kterou ukládá zákon o CPAS nebo která představuje dodatečnou službu k této službě obecného hospodářského zájmu.

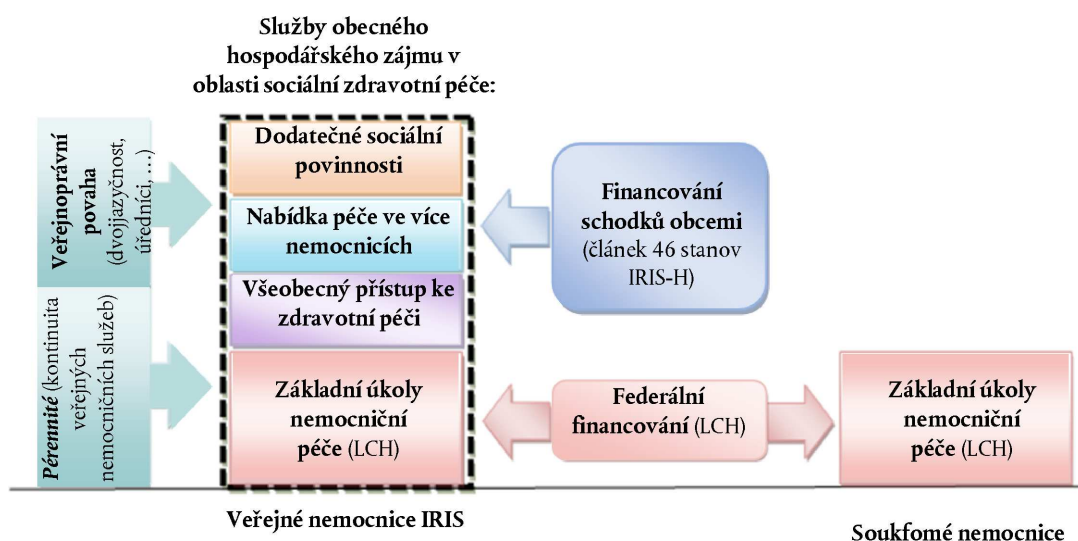
⁽¹⁸⁷⁾ Viz 25. bod odůvodnění a zejména zmínku v dohodě o spolupráci ze dne 19. května 1994, která se týká potřeby „poskytnout záruky týkající se zachování [...] zvláštního charakteru veřejných nemocnic“ [doplněno tučně zvýraznění]. Viz rovněž strategický plán IRIS na období 1996-2001, zejména jeho oddíl: „Strukturální osy“ (s. 3), „aby bylo možné pokračovat v poskytování **léčby bez jakýchkoli ohledů na obchodní hledisko**“ a oddíl „Cíle příspěvků“ (s. 54), „základním účelem veřejných nemocnic [tj. nemocnic IRIS-H] je **poskytovat sociální medicínu**; to jim ukládá povinnost **splňovat požadavky sociálních úkolů**“ [doplněno tučně zvýraznění].

⁽¹⁸⁸⁾ Viz 87. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení řízení.

- (166) V této souvislosti se Komise domnívá, že kombinace základních úkolů nemocniční péče svěřených všem nemocnicím podle zákona LCH a tří povinností dodatečných služeb obecného hospodářského zájmu uložených⁽¹⁸⁹⁾ pouze nemocnicím IRIS-H představuje de facto „službu obecného hospodářského zájmu sociální zdravotní péče“, která je charakteristická pro nemocnice IRIS-H a je poskytována jen jimi. Po přezkoumání podstaty všech povinností služby obecného hospodářského zájmu uložených nemocnicím IRIS-H a na základě vlastní analýzy povahy a vlastností všech těchto povinností dospěla Komise k názoru, že by nebylo vhodné zkoumat tyto tři povinnosti dodatečných služeb obecného hospodářského zájmu uložené na úrovni obcí nezávisle na základních úkolech nemocniční péče svěřených podle zákona LCH. Závazky dodatečných služeb obecného hospodářského zájmu jsou fakticky na jedné straně založeny na základních úkolech nemocniční péče svěřených nemocnicím IRIS-H podle zákona LCH a opírají se o ně a na straně druhé zasahují daleko nad rámec této základní povinnosti tím, že vyžadují, aby nemocnice IRIS-H 1) nabízely širokou škálu služeb zdravotní péče všem pacientům bez ohledu na jejich schopnost za ni zaplatit (všeobecný přístup ke zdravotní péči) (viz 170. až 190. bod odůvodnění), 2) ve více nemocnicích (se zajištěním péče v blízkosti domova) (viz 191. až 204. bod odůvodnění), a přitom 3) věnovaly zvláštní pozornost sociálním potřebám pacientů (prostřednictvím dodatečných sociálních služeb) (viz 205. až 214. bod odůvodnění). Pokud jde o základní úkoly nemocniční péče svěřené na základě zákona LCH (viz 164. bod odůvodnění), nelze uvedené tři doplňkové povinnosti považovat za samostatné činnosti, jak jasně dokládá skutečnost, že tyto povinnosti nebyly nikdy uloženy, aniž by byla zároveň uložena i základní povinnost plnit základní úkoly nemocniční péče podle zákona LCH. Tento přístup konečně do určité míry potvrzují i stěžovatelé, pokud tvrdí (viz 71. bod odůvodnění), že dodatečné sociální služby nelze oddělit od všeobecných služeb zdravotní péče.
- (167) Pokud jde o přístup uvedený v předchozích bodech odůvodnění (viz 162. až 166. bod odůvodnění), Komise by ráda zdůraznila tři následující body. Za prvé, služba obecného hospodářského zájmu v oblasti zdravotní péče, kterou poskytují nemocnice IRIS-H, zahrnuje jednak základní úkoly nemocniční péče, kterými byly pověřeny (viz 164. bod odůvodnění), jednak tři dodatečné povinnosti služeb obecného hospodářského zájmu, které jim byly svěřeny (viz 170. a násl. body odůvodnění). Za druhé, jak bude uvedeno níže, nemocnice IRIS-H a soukromé bruselské nemocnice nejsou ve srovnatelné situaci, a to zejména vzhledem k tomu, že uvedené tři povinnosti dodatečných služeb obecného hospodářského zájmu (viz 170. a násl. body odůvodnění) byly uloženy pouze nemocnicím IRIS-H, a proto pouze ony vykonávají služby obecného hospodářského zájmu v oblasti sociální zdravotní péče, které byly definovány výše (viz 166. a 167. bod odůvodnění). A za třetí, nemocnice IRIS-H rovněž podléhají omezením, která mají dopad na poskytování služeb obecného hospodářského zájmu v oblasti sociální zdravotní péče, tj. na jejich veřejnoprávní povahu (viz 42. bod odůvodnění) a nutnosti zajistit *přennité* poskytování této služby obecného hospodářského zájmu (viz 91. a 168. bod odůvodnění). Tyto dva údaje ilustruje graf č. 2 níže.

Graf č. 2

Povinnosti, omezení a mechanismy veřejného financování veřejných nemocnic IRIS-H v porovnání se soukromými nemocnicemi



⁽¹⁸⁹⁾ Více informací o pověřeních týkajících se těchto tří povinností viz 170. a násl. body odůvodnění.

(168) Vzhledem k tomu, že tři povinnosti dodatečných služeb obecného hospodářského zájmu přesahují rámec minimálních požadavků platných pro všechny belgické nemocnice (veřejné i soukromé), nesou s sebou náklady, které nejsou kryty rozpočtem BMF a systémem sociálního zabezpečení, případně jsou jimi kryty jen částečně (viz oddíl 2.5.1). Přidáme-li k tomu zvýšené náklady nemocnic IRIS-H vyplývající z jejich veřejnoprávní povahy (úředníci, dvojjazyčnost atd., viz též 42. bod odůvodnění), vysvětluje to, proč tyto nemocnice vykazovaly pro většinu let v období od roku 1996 do roku 2014 schodek. Celková výše účetních schodků nemocnic IRIS za období 1996–2014 činí přibližně 250 milionů EUR (viz 234. bod odůvodnění). Střediska CPAS a dotčené bruselské obce chtějí a musí⁽¹⁹⁰⁾ zajistit *pérennitě* svých nemocnic IRIS-H s cílem dbát na to, aby byla poskytována služba obecného hospodářského zájmu v oblasti sociální zdravotní péče a aby byla splněna povinnost střediska CPAS týkající se sociální pomoci (viz rovněž oddíl 2.2). Z tohoto důvodu pokrývají uvedené schodky v plné výši, což umožňuje vyrovnat zbývající náklady na službu obecného hospodářského zájmu v oblasti sociální zdravotní péče (která sestává ze základních úkolů nemocniční péče a ze tří povinností dodatečných služeb obecného hospodářského zájmu)⁽¹⁹¹⁾ a tak zajistit *pérennitě* nemocnic IRIS-H (viz 91. bod odůvodnění). Vyrovnávací platba schodku přitom nerozlišuje mezi jednotlivými povinnostmi služeb obecného hospodářského zájmu. V této souvislosti je třeba ověřit, zda je možné celkově vyloučit veškeré nadměrné vyrovnání (např. pro kombinaci více různých služeb obecného hospodářského zájmu), jak je uvedeno níže (viz tabulky 9 až 13 v oddíle 7.3.5).

(169) Jak je uvedeno ve 165. až 167. bodě odůvodnění, Komise dospěla k závěru, že dodatečné povinnosti nemocnic IRIS-H a základní úkoly nemocniční péče musí být společně považovány *de facto* za službu obecného hospodářského zájmu v oblasti sociální zdravotní péče. Zatímco základní úkoly nemocniční péče byly definovány výše (viz 164. bod odůvodnění), přesná povaha jednotlivých povinností poskytovat dodatečné služby obecného hospodářského zájmu je definována v následující části tohoto oddílu. Kromě toho je zde rovněž vysvětleno, jak jsou tyto povinnosti dodatečných služeb obecného hospodářského zájmu vzájemně propojeny a jak přispívají k poskytování služeb obecného hospodářského zájmu v oblasti sociální zdravotní péče.

I. Povinnost léčit jakéhokoli pacienta za jakýchkoliv okolností bez ohledu na jeho schopnost zaplatit (všeobecná povinnost poskytování péče)

(170) Podle belgických orgánů jsou nemocnice IRIS-H povinny léčit všechny pacienty, a to i v případě, že nejsou schopni zaplatit a/nebo nejsou pojištěni, a to za jakýchkoliv okolností včetně případů, kdy tito pacienti nevyžadují neodkladnou lékařskou péči. Stěžovatelé zpochybňují skutečnost, že se tato povinnost vztahuje na nemocnice IRIS-H, a tvrdí, že soukromé bruselské nemocnice nemohou odmítat pacienty a *de facto* léčí mnoho tzv. „sociálních“ pacientů. Na podporu svých tvrzení stěžovatelé uvádějí, že zákon LCH svěřuje stejný úkol nemocniční péče všem nemocnicím, a jak je uvedeno v bodě 150 rozhodnutí o zrušení ze dne 7. listopadu 2012, odkazují rovněž na obecnou zásadu zákazu diskriminace, která brání nemocnicím vybírat si pacienty podle jejich ideologických, filosofických a náboženských přesvědčení nebo podle jejich chudoby. Podle nich se na veřejné i na soukromé nemocnice vztahuje stejná povinnost léčit pacienty jak v situacích vyžadujících pohotovostní zdravotní péči, tak v „situacích po poskytnutí pohotovostní péče“.

(171) Komise nejprve uvádí, že žádnou formulaci v zákoně LCH nelze vykládat tak, že nemocnice (ať již veřejné, nebo soukromé) jsou povinny léčit pacienty za všech okolností bez ohledu na jejich schopnost platit. Belgické právo však stanoví všeobecnou povinnost poskytnutí pomoci osobám, kterým hrozí nebezpečí. Jak zdůraznily belgické orgány v souladu s čl. 422 písm. b) belgického trestního zákona, tato povinnost se vztahuje na situace vyžadující poskytnutí neodkladné zdravotní péče, a zejména na situace ohrožující život, které vyžadují neodkladnou lékařskou péči. Nemocnice jsou tedy povinny poskytnout pomoc v případě neodkladné zdravotní péče v závislosti na své organizaci a dostupných odborných znalostech. Tato povinnost se vztahuje jak na veřejné, tak na soukromé nemocnice, jakož i na každého občana vzhledem k tomu, že je povinen poskytnout pomoc osobám, jimž hrozí nebezpečí. Není tedy žádných pochyb o tom, že veřejné i soukromé bruselské nemocnice jsou

⁽¹⁹⁰⁾ Jak je vysvětleno výše [viz 83. a 91. bod odůvodnění], v souladu s judikaturou belgického Conseil d'État platí, že pokud existují zdravotní a sociální potřeby, pro jejichž uspokojení byly nemocnice IRIS-H zřízeny, nemohou veřejné orgány tyto nemocnice uzavřít ani převést na vlastníka ze soukromého sektoru.

⁽¹⁹¹⁾ Náklady vyplývající z veřejnoprávní povahy nemocnic IRIS-H jsou zahrnuty do nákladů na základní úkoly nemocniční péče a na dodatečné povinnosti obecného hospodářského zájmu, a mohou proto přispět ke schodkům vyplývajícím z těchto činností.

povinny léčit pacienty v situaci vyžadující neodkladnou zdravotní péči bez ohledu na jejich schopnost platit. Stejně tak etický kodex lékařů jim výslovně umožňuje odmítat pacienty s výjimkou situací vyžadujících pohotovostní zdravotní péči ⁽¹⁹²⁾.

- (172) Stěžovatelé dále vycházejí z rozsudku bruselského soudu prvního stupně (Tribunal de première instance de Bruxelles) ⁽¹⁹³⁾, na jehož základě dokládají, že pokud jde o léčbu „sociálních pacientů“, ať již v situaci vyžadující „pohotovostní péči“, nebo v „situaci po poskytnutí pohotovostní péče“, neexistuje rozdíl mezi veřejnými a soukromými nemocnicemi. Tento rozsudek se týká velmi specifického případu pohotovostní zdravotní péče, kterou středisko CPAS musí poskytovat na základě čl. 57 odst. 2 zákona o CPAS. Bruselský tribunál prvního stupně konstatoval, že neodkladnou zdravotní péči de facto nikdy neposkytovalo samotné středisko CPAS, ale specializované zdravotnické služby, a že v této souvislosti nic neopravňuje jakkoli rozlišovat mezi veřejnou a soukromou službou. Komise však uvádí, že povinnost poskytnout neodkladnou zdravotní péči se vztahuje na střediska CPAS a nikoli na nemocnice, které tuto péči poskytují. V dotčeném případě se jednalo o migranta bez dokladů, který byl přijat za účelem poskytnutí pohotovostní zdravotní péče do soukromé bruselské psychiatrické léčebny, která požádala středisko CPAS o úhradu této neodkladné zdravotní péče z důvodu zjevné chudoby tohoto migranta. Bruselský tribunál dospěl k závěru, že pokud středisko CPAS neposkytne neodkladnou zdravotní péči v nemocnici, kterou řídí, je povinno uhradit náklady na péči poskytnutou soukromou nemocnicí, do níž se záchranná služba rozhodla pacienta dopravit z důvodu naléhavosti situace. Tento rozsudek se evidentně týká mimořádné situace, která se vymyká běžnému rámci sociální pomoci, pro který středisko CPAS využívá své vlastní (veřejné) nemocnice. V tomto případě tato výjimka vyplynula ze skutečnosti, že veřejné nemocnice neposkytují psychiatrickou péči, která byla v této situaci nezbytná. Bruselský tribunál kromě toho zdůraznil, že „pomoc je sice nejčastěji poskytována v instituci, která je závislá na dotčeném středisku CPAS, nebo se kterou toto středisko uzavřelo dohodu, může však dojít k tomu, že hospitalizace proběhne v jiné instituci vzhledem k naléhavosti dané stavem osoby, která má být hospitalizována“. Tribunál rovněž konstatoval, že kdyby předmetné středisko CPAS (tj. v tomto případě středisko v obci Uccle) zřídilo svou vlastní psychiatrickou léčebnu či s takovou léčebnou uzavřelo dohodu, neměla by uvedená soukromá nemocnice poskytnout dotčenému migrantovi bez dokladů péči a mohla by požádat o jeho převoz do uvedené léčebny. Protože tomu tak ale nebylo, nebylo možné jiné řešení, a proto bylo danému středisku CPAS uložena povinnost nahradit dané soukromé nemocnici péči, kterou tomuto pacientovi poskytla. Proto rozsudek bruselského tribunálu, který stěžovatelé citují, umožňuje dospět k závěru, že v některých případech mohou vzhledem k neodkladnosti situace poskytnout neodkladnou zdravotní péči migrantům bez dokladů i soukromé nemocnice, a že středisko CPAS musí těmto soukromým nemocnicím tuto léčbu nahradit, pokud je tímto konkrétním způsobem zproštěno své povinnosti poskytovat neodkladnou zdravotní péči. Proto nelze skutečnost, že soukromé bruselské nemocnice mohou v omezeném počtu případů poskytovat neodkladnou zdravotní péči ⁽¹⁹⁴⁾, vykládat tak, že by těmto nemocnicím byla uložena obecná povinnost léčit všechny pacienty bez ohledu na jejich schopnost platit.

- (173) A konečně, pokud jde o zásadu zákazu diskriminace (kterou zmiňovali stěžovatelé, viz 170. bod odůvodnění), je zřejmé, že žádná nemocnice v Belgii není oprávněna diskriminovat pacienta na základě jeho finanční situace (a tedy pouhé skutečnosti, že je bohatý, nebo nemajetný) nebo jakéhokoli jiného osobního kritéria (např. etnického nebo náboženského původu). Nicméně pokud se nejedná o naléhavou situaci, nemohou být nemocnice na základě zásady zákazu diskriminace nuceny, aby poskytovaly péči zdarma, pokud lze jasně předpokládat, že pacient nebude schopen zaplatit. Pokud jsou tyto podmínky splněny v situacích, které nevyžadují neodkladnou péči, mají nemocnice k dispozici objektivní odůvodnění umožňující rozlišovat, zda tyto pacienty odmítnou ⁽¹⁹⁵⁾. Jak je uvedeno výše (viz 171. bod odůvodnění), etický kodex platný pro belgické lékaře jim výslovně umožňuje odmítat pacienty v situacích, které nevyžadují neodkladnou péči. Šetření, které proběhlo u správců konkurzní podstaty (médiateurs de dettes) ⁽¹⁹⁶⁾ kromě toho naznačuje, že lékaři a nemocnice někdy odmítají pacienty, kteří měli problémy s placením za léčbu v minulosti. V této souvislosti je zajímavé zdůraznit, že nemocnice samy o sobě pacienty přímo neodmítají, ale požadují po nich úhradu zálohy, což může odradit pacienty, kteří jsou bez

⁽¹⁹²⁾ Viz zejména článek 28 kodexu lékařské etiky, který vytvořila státní rada lékařské komory (verze ze dne 27. července 2015).

⁽¹⁹³⁾ Viz poznámka pod čarou 120.

⁽¹⁹⁴⁾ Z údajů poskytnutých belgickými orgány skutečně vyplývá, že v 85 % případů je neodkladná zdravotní péče v regionu Brusel – hlavní město poskytována nemocnicemi IRIS-H. Tento údaj je nutné vnímat v souvislosti s tím, že nemocnice IRIS-H využívají pouze 35 % nemocničních lůžek v uvedeném regionu (viz také poznámka pod čarou 3). Ostatní případy jsou řešeny jinými poskytovateli zdravotní péče, zejména praktickými lékaři a soukromými nemocnicemi. Je tomu tak zejména u psychiatrické péče jako v případě popsáném v 172. bodě odůvodnění, protože nemocnice IRIS-H tento typ péče neposkytují.

⁽¹⁹⁵⁾ Podobného odůvodnění by se mohl dovolávat například provozovatel poštovních služeb poskytující všeobecné poštovní služby. Tento provozovatel je pověřen poskytováním služby obecného hospodářského zájmu, ale není povinen doručovat dopisy zdarma, pokud zákazník není schopen nebo ochoten za tuto službu zaplatit.

⁽¹⁹⁶⁾ Viz studie zveřejněná v roce 2008 organizací Verbruikersateljee a nazvaná „Is uw portemonnee ook ziek? — Een onderzoek naar medische kosten en schulden“.

prostředků. Empirické údaje rovněž naznačují, že soukromé nemocnice někdy odkazují pacienty na nemocnici spadající pod středisko CPAS⁽¹⁹⁷⁾. Proto byl v roce 2013 v belgickém Senátu navržen (ale nikoli přijat) zákon, jehož cílem je zakázat odmítnutí poskytnout zdravotní péči pacientům ve finančních obtížích, jakož i vybírání záloh⁽¹⁹⁸⁾. Zásadu zákazu diskriminace tedy nelze vykládat tak, že ukládá všem belgickým nemocnicím (veřejným i soukromým) povinnost léčit všechny pacienty za všech okolností (to znamená s výjimkou naléhavých situací) i když pacienti nemohou léčbu uhradit.

- (174) Z výše uvedeného Komise dovozuje, že je vhodné rozlišovat mezi situacemi, které vyžadují neodkladnou péči, a situacemi, které ji nevyžadují. V případě naléhavé situace se na veřejné i soukromé nemocnice vztahuje stejná všeobecná povinnost (na základě belgického trestního zákoníku) léčit pacienty, kteří se nacházejí v situaci vyžadující pohotovostní zdravotní péči. Žádný právní základ však nepověřuje soukromé nemocnice léčením pacientů také v situacích, které nevyžadují neodkladnou péči a bez ohledu na jejich schopnost platit, ani jim takovou povinnost neukládá. Ani zákon LCH, ani trestní zákoník skutečně žádnou takovou povinnost nestanoví a nelze ani mít za to, že takovou povinnost ukládá zásada zákazu diskriminace. A konečně povinnost poskytovat neodkladnou zdravotní péči migrantům bez dokladů se vztahuje na střediska CPAS a nikoli na nemocnice, které tuto péči poskytují.

Všeobecná povinnost poskytování péče uložená nemocnicím IRIS-H

- (175) Na rozdíl od soukromých nemocnic jsou však nemocnice IRIS-H povinny⁽¹⁹⁹⁾ léčit všechny pacienty za všech okolností, včetně situací, které nevyžadují pohotovostní péči, nezávisle na schopnosti pacientů zaplatit a/nebo na jejich situaci ohledně pojištění, na základě zvláštních ustanovení, která se vztahují pouze na nemocnice IRIS-H, tj. jejich stanov a strategických plánů sdružení IRIS-H, jak je uvedeno níže. Jak je vysvětleno výše (viz 24. bod odůvodnění), nemocnice IRIS-H byly zřízeny středisky CPAS, aby jim umožnily plnit úkol spočívající v poskytování sociální pomoci všem osobám, které ji potřebují. Střediska CPAS jsou povinna poskytovat tuto pomoc (včetně zdravotní a sociálně zdravotní péče) všem osobám a všem rodinám, které ji potřebují⁽²⁰⁰⁾. Střediska CPAS poskytují své služby zdarma a byla vytvořena speciálně na pomoc nejchudším osobám. V této souvislosti stanoví článek 5 stanov nemocnic IRIS-H následující:

„(1) Aniž by byly dotčeny pravomoci zastřešujícího sdružení IRIS a sdružení iris-achats, jakož i dalších subjektů, které by zastřešující sdružení IRIS případně vytvořilo v souladu s čl. 135j zákona z 8. července 1976 o veřejných centrech sociální pomoci a v souladu s právními a správními předpisy, má toto sdružení nejvyšší možné pravomoci **při plnění svého úkolu nemocniční péče**.

Tento úkol vykonává s cílem jednak **zajistit poskytování kvalitní lékařské péče za nejvýhodnější cenu jakékoli osobě bez ohledu na její příjmy, podmínky pojistitelnosti a její filozofické přesvědčení**, jednak dosáhnout udržitelné finanční rovnováhy tohoto sdružení.“⁽²⁰¹⁾

- (176) Stejně tak zavedení strategického plánu IRIS na období 1996–2001 uvádí následující:

„Aby veřejná nemocnice síť IRIS za všech okolností plnila svůj sociální úkol, bude nabízet rozsah služeb, **kteří zaručí všem péči optimální kvality za finančních podmínek obecně přijatelných pro všechny**, která bude **dostupná všem pacientům bez ohledu na jejich příjmy, podmínky pojistitelnosti**, původ a ideologické přesvědčení“⁽²⁰²⁾.

⁽¹⁹⁷⁾ Tamtéž.

⁽¹⁹⁸⁾ Zasedání belgického Senátu ze dne 16. července 2013, návrh zákona na zlepšení přístupu ke zdravotní péči, předložený paní Leonou Detiège a dalšími. Platnost tohoto návrhu skončila kvůli federálním volbám v roce 2014.

⁽¹⁹⁹⁾ V praxi jsou nemocnice odpovědné za přijímání pacientů (jak za účelem konzultace, tak za účelem hospitalizace), za fakturaci a za následná opatření v případě neplacení. Většina lékařů nemocnic CHU Saint-Pierre, CHU Brugmann, HUDERF a institutu Bordet pobírá plat, zatímco ostatní lékaři jsou placeni na základě faktur vystavených v souvislosti s léčbou, kterou poskytují, bez ohledu na to, zda pacient platí, či nikoli. V důsledku toho nemá žádný z lékařů uvedených nemocnic důvod odmítnat pacienty, kteří nemohou zaplatit. Lékaři, kteří pracují pro nemocnice Iris Sud, musí nejméně po 80 % svého času dodržovat obecná pravidla dané nemocnice, přičemž nejvýše 20 % svého času mohou věnovat své soukromé praxi. Během těchto 80 % svého času musí lékaři používat sazby institutu INAMI a pracovat na základě zásady, že všichni pacienti by měli být léčeni v souladu s povinností, která byla nemocnicím IRIS-H uložena. Tímto způsobem nemocnice Iris Sud dbají, aby byli léčeni všichni pacienti bez ohledu na svou schopnost zaplatit.

⁽²⁰⁰⁾ Čl. 57 odst. 2 zákona o CPAS omezuje úkol středisek CPAS ve dvou konkrétních situacích, a to pro cizince nelegálně pobývající v Belgii (tj. migranty bez dokladů) a pro děti těchto cizinců.

⁽²⁰¹⁾ Tučně zvýraznění doplněno.

⁽²⁰²⁾ Oddíl „Obecné cíle strategického plánu“ (s. 2). Tučně zvýraznění doplněno.

(177) Tentýž úvod dodává:

„Primárním cílem plánu IRIS je zachovat v Bruselu posílenou síť veřejných nemocnic **přístupných všem bez ohledu na jejich příjmy, podmínky pojistitelnosti**, původ a ideologické a filozofické přesvědčení.“⁽²⁰³⁾

(178) V jiném oddílu tohoto plánu je uvedeno, že charta práv pacientů IRIS zaručí

„dostupnost pro všechny pacienty bez rozlišování podle původu, **příjmů**, ideologického a filozofického přesvědčení a **podmínek pojistitelnosti**.“⁽²⁰⁴⁾

(179) Kromě toho zahrnuje strategický plán IRIS 1996–2001 dílčí oddíl 2.5.4 nazvaný „Poskytnutí zdravotní péče a léčení všech osob, které se dostaví do některé z nemocnic sítě IRIS“, který obsahuje následující požadavky:

„Základním účelem veřejných nemocnic [tj. nemocnic IRIS-H] je **poskytovat sociální medicínu**; to vyžaduje, aby splňovaly požadavky sociálních úkolů, a **to i tehdy, když tuto funkci neuznávají právní a správní předpisy, které upravují odvětví nemocniční péče**.

Posláním veřejných nemocnic je **přijímat všechny pacienty a poskytovat jim péči** bez rozdílu jejich původu, stavu, kultury, přesvědčení a patologie. Z toho vyplývá, že jakožto veřejné nemocnice musí naše nemocnice splňovat zásady univerzálnosti, rovnosti, kontinuity a změn.

1. **Zásada univerzálnosti vyžaduje přijímat všechny pacienty bez rozdílu. Nemocnice tedy musí poskytovat léčbu na nejvyšší možné úrovni s cílem uspokojit potřeby všech.**
2. Zásada rovnosti, která je ústavním právem, ukládá přijímat všechny osoby bez jakékoli diskriminace. [...]“⁽²⁰⁵⁾

(180) Z výše uvedeného jasně vyplývá, že při přijímání pacientů do nemocnic IRIS-H není zohledňována jejich schopnost platit ani jejich situace ohledně pojištění, takže je zajištěn přístup ke zdravotní péči pro všechny, a to včetně situací, které nevyžadují neodkladnou péči. Některé prvky strategického plánu IRIS na období 1996–2001 rovněž prokazují sociální povahu nemocniční péče poskytované nemocnicemi IRIS-H (například formulace „aby bylo možné pokračovat v poskytování **léčby bez jakýchkoli ohledů na obchodní hledisko**“⁽²⁰⁶⁾) a silnou vůli poskytovat kvalitní péči všem vrstvám obyvatelstva Bruselu, zejména těm nejchudším⁽²⁰⁷⁾.

(181) Strategický plán IRIS na období 2002–2014 přebírá některé základní zásady (přístup pro všechny pacienty, zvýšená dostupnost pro nemajetné), zejména s odvoláním na článek 5 stanov nemocnic IRIS-H⁽²⁰⁸⁾ (viz rovněž 175. bod odůvodnění) a na prvořadý cíl strategického plánu IRIS-H na období 1996–2001⁽²⁰⁹⁾ (viz 177. bod odůvodnění), jakož i s odkazem na chartu práv pacientů IRIS⁽²¹⁰⁾ (viz 178. bod odůvodnění), a přidává k nim následující:

„Veřejné služby jsou definovány třemi základními zásadami, tj. zásadou univerzálnosti, rovnosti a kontinuity. Podle těchto tří zásad a vzhledem k tomu, že se jedná o veřejné nemocnice, nemocnice sítě IRIS

— **přijímají všechny pacienty** bez rozdílu,

⁽²⁰³⁾ Tamtéž. Tučné zvýraznění doplněno.

⁽²⁰⁴⁾ Oddíl „Cíle příspěvků“ (s. 52). Tučné zvýraznění doplněno.

⁽²⁰⁵⁾ Tamtéž (s. 54). Tučné zvýraznění doplněno.

⁽²⁰⁶⁾ Oddíl „Strukturální osy“ (s. 3). Tučné zvýraznění doplněno.

⁽²⁰⁷⁾ V této souvislosti viz oddíl „Cíle příspěvků“ (s. 74): zvýšit dostupnost našich služeb pro všechny vrstvy obyvatelstva, a **obzvláště pro méně majetné osoby** [doplněno tučné zvýraznění].

⁽²⁰⁸⁾ Viz oddíl „Úvod“ (s. 7).

⁽²⁰⁹⁾ Tamtéž (s. 10).

⁽²¹⁰⁾ Viz oddíl „Návrh nemocniční péče – Nemocnice zaměřená na pacienta“ (s. 79).

- **poskytují péči všem pacientům** bez jakékoli diskriminace,
- **zavazují se, že budou organizovat péči o pacienty a že zajistí všechny možnosti péče, kterou budou potřebovat.** ⁽²¹¹⁾

(182) Na základě výše uvedených skutečností dospěla Komise k závěru, že nemocnice IRIS-H jsou povinny léčit všechny pacienty za všech okolností (a to jak v situacích, které vyžadují pohotovostní péči, tak v situacích, které tuto péči nevyžadují), a to i v případech, že nemohou nebo pravděpodobně nebudou moci za svou léčbu zaplatit a/ nebo nejsou pojištěni. Tato povinnost je stanovena a uložena nemocnicím IRIS-H v jejich stanovách a ve strategických plánech IRIS-H uvedených výše, které jsou pro nemocnice IRIS-H závazné a vycházejí z povinnosti poskytovat sociální pomoc vyplývající ze zákona o CPAS (tato povinnost je delegována středisky CPAS na nemocnice IRIS-H prostřednictvím uvedených stanov a strategických plánů).

Praktický dopad všeobecné povinnosti poskytování péče, která je uložena nemocnicím IRIS-H

- (183) Komise rovněž konstatuje, že výše uvedený závěr, tj. skutečnost, že nemocnice IRIS-H jsou povinny léčit všechny pacienty za všech okolností (to znamená jak v situacích, které vyžadují pohotovostní péči, tak v situacích, které tuto péči nevyžadují), a to bez ohledu na schopnost pacienta platit, zatímco soukromé nemocnice jsou povinny léčit všechny pacienty pouze v situacích vyžadujících pohotovostní péči (tj. když je nezbytné okamžité poskytnutí péče v situaci, která znamená ohrožení života), potvrzují navíc různé profily pacientů, kteří jsou léčeni v nemocnicích IRIS-H a v soukromých nemocnicích v regionu Brusel – hlavní město, a příslušné cenové politiky těchto nemocnic.
- (184) Za prvé je třeba poznamenat, že strategický plán 2002–2014 zmiňuje rovněž nižší příjmy ⁽²¹²⁾ a vyšší náklady ⁽²¹³⁾ související s léčbou pacientů, kteří se nacházejí v nejisté sociálně ekonomické situaci a kteří představují významný podíl pacientů nemocnic IRIS-H. V této souvislosti je zajímavé poznamenat, že nemocnice IRIS-H se se svými lékaři dohodly, že pacientům CPAS ani pacientům s nízkým příjmem (tj. těm, kteří mají nárok na vyšší náhradu od institutu INAMI) nesmí být fakturovány příplatky [více informací bod odůvodnění 46 c)]. Navíc počet pacientů přijatých na samostatné pokoje (tj. jediné pokoje, kde lze fakturovat příplatky) je hluboko pod průměrem regionu Brusel – hlavní město ⁽²¹⁴⁾. Z dostupných údajů poskytnutých vzájemnými pojišťovnami ⁽²¹⁵⁾ dále vyplývá, že pokud nemocnice IRIS fakturují příplatek, jeho výše je rovněž mnohem nižší, než činí průměr celého regionu (tj. o 25 % až 67 % nižší). Naproti tomu některé bruselské soukromé nemocnice v posuzovaném období fakturovaly svým pacientům částku, která v průměru o 180 % přesahovala ceny stanovené systémem sociálního zabezpečení.
- (185) Všeobecná povinnost poskytování péče byla nemocnicím IRIS-H svěřena s cílem zajistit, že pacientům, kteří nejsou schopni zaplatit, nemají soukromé pojištění ani není pravděpodobné, že jim bude úhrada (byť částečně) nahrazena ze sociálního zabezpečení, bude poskytnuta lékařská péče, kterou potřebují. Významná podskupina těchto pacientů zahrnuje výše uvedené migranty bez dokladů, protože se na ně nevztahuje belgické sociální zabezpečení a zpravidla nejsou schopni uhradit svou zdravotní péči. V 85 % případů v regionu Brusel – hlavní město je těmto migrantům poskytována neodkladná zdravotní péče nemocnicemi IRIS-H (viz 172. bod odůvodnění), přestože tyto nemocnice využívají jen 35 % nemocničních lůžek v daném regionu. Dalším ukazatelem objasňujícím danou situaci je žebříček ⁽²¹⁶⁾ federální veřejné správy veřejného zdraví, který stanoví pořadí všech belgických nemocnic na základě socioekonomického profilu jejich pacientů (viz tabulku 1 a 40. bod odůvodnění). Tento žebříček odráží mimo jiné podíl pacientů, kteří nemohou platit a na které se nevztahuje

⁽²¹¹⁾ Viz oddíl „Specifické úkoly veřejné nemocnice“ (s. 85) [tučné zvýraznění doplněno].

⁽²¹²⁾ Viz oddíl „Úvod“ (s. 12), ve kterém se uvádí, že nemocnice IRIS léčí proporcionálně méně pacientů, kterým nemocnice může fakturovat příplatky (které pro nemocnice představují dodatečný zdroj příjmů).

⁽²¹³⁾ Viz oddíl „Úvod“ (s. 13), který odkazuje na odhad (2001) dodatečných nákladů vyplývajících z přijímání pacientů se slabým nebo slabším socioekonomickým profilem. Tyto náklady měly dle odhadu činit přibližně 10,4 milionu EUR ročně a mít vzrůstající tendenci.

⁽²¹⁴⁾ Výjimkou byl institut Bordet, kde toto procento převyšuje průměr, což lze vysvětlit závažností patologie (tj. rakoviny), jejíž léčbou se tato nemocnice zabývá.

⁽²¹⁵⁾ Jedná se o soukromé orgány pověřené náhradou léčebných výloh v belgickém systému sociálního zabezpečení (zejména povinného zdravotního a invalidního pojištění).

⁽²¹⁶⁾ Financování z titulu oddílu B8 rozpočtu BMF je přidělováno na základě tohoto žebříčku [viz rovněž 189. bod odůvodnění].

sociální zabezpečení a za které střediska CPAS ⁽²¹⁷⁾ mohou nahradit náklady na léčbu (viz 187. až 188. bod odůvodnění) ⁽²¹⁸⁾. Pro období 2007–2013 zaujímají první tři místa v tomto žebříčku nemocnice IRIS-H (výjimkou jsou institut Bordet a HUDERF z důvodu specializované povahy svých služeb). Soukromé bruselské nemocnice však v tomto období neobsadily žádné z 20 prvních míst, což svědčí o tom, že průměrný socioekonomický profil jejich pacientů je výrazně lepší, než je tomu u pacientů nemocnic IRIS-H. Přestože kritéria použitá při sestavování tohoto žebříčku se netýkají jen pacientů, kteří nemohou platit nebo kteří nejsou pojištěni, je žebříček také v rozporu s tvrzením stěžovatelů, že soukromé bruselské nemocnice mají povinnost léčit všechny pacienty za všech okolností, a potvrzuje, že tato povinnost je uložena pouze nemocnicím IRIS-H. Kdyby tato povinnost byla soukromým bruselským nemocnicím skutečně uložena, dalo by se očekávat, že budou v tomto žebříčku zaujímat vyšší pořadí.

Tabulka č. 1

Žebříček nemocnic podle socioekonomického profilu jejich pacientů, vytvořený federální veřejnou správou veřejného zdraví (*= nemocnice IRIS, += soukromé bruselské nemocnice)

	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.
Nemocnice IRIS Sud*	5.	3.	3.	3.	3.	3.	3.
HUDERF*	62.	4.	4.	6.	Údaj není k dispozici	5.	Údaj není k dispozici
Institut Bordet*	23.	16.	31.	34.	Údaj není k dispozici	18.	35.
Clinique Ste Anne St Rémi ⁺	52.	42.	52.	62.	40.	32.	28.
Clinique Saint Jean ⁺	25.	21.	44.	59.	39.	27.	Údaj není k dispozici
Cliniques de l'Europe ⁺	64.	24.	90.	93.	61.	63.	62.
CHIR Edith Cavell ⁺	110.	103.	108.	105.	Údaj není k dispozici	105.	103.
Clinique Univ. Erasme ⁺	49.	41.	48.	58.	51.	41.	36.
Clinique Univ. St Luc ⁺	93.	67.	95.	94.	76.	Údaj není k dispozici	Údaj není k dispozici
UZ Brussel ⁺	80.	74.	91.	97.	78.	Údaj není k dispozici	Údaj není k dispozici

⁽²¹⁷⁾ Federální veřejná správa pro sociální integraci pak může v takových případech střediskům CPAS tuto úhradu nahradit za předpokladu, že budou splněny určité podmínky (viz rovněž poznámku pod čarou 8 týkající se příslušného právního základu).

⁽²¹⁸⁾ Žebříček zohledňuje také podíl pacientů, na které se vztahuje sociální zabezpečení, ale kteří hradí nemocnici nižší vlastní příspěvek, protože splňují podmínky buď pro 1) „maximální limit fakturace ze sociálních důvodů“ (maximum à facturer social), nebo 2) „maximální limit fakturace pro osaměle žijící pacienty s nízkými příjmy“ („maximum à facturer pour patients isolés à faible revenu“).

(186) Je nutné zasadit do patřičného kontextu odkaz stěžovatelů na publikaci křesťanských vzájemných zdravotních pojišťoven Mutualités Chrétiennes z února 2004 (viz 72. bod odůvodnění), který se týká pouze roku 2001 a z něhož by vyplývalo, že soukromé nemocnice léčí více než 60 % „sociálních pacientů“ v regionu Brusel – hlavní město. Termín „sociální pacienti“ může vzbuzovat dojem, že se vztahuje na pacienty, kteří nemohou zaplatit léčbu a kterých by se proto všech týkala všeobecná povinnost poskytování péče. Avšak skutečnost je jiná z následujících důvodů:

- Za prvé, definice „sociálních pacientů“⁽²¹⁹⁾ uvedená v dané publikaci se vztahuje pouze na osoby pojištěné v rámci belgického sociálního zabezpečení⁽²²⁰⁾, a nezahrnuje tak osoby, které nemohou platit a na které se sociální zabezpečení nevztahuje. Právě tato druhá skupina však nejvíce využívá všeobecné povinnosti poskytování péče a představuje největší finanční zátěž pro nemocnice IRIS-H (viz rovněž 187. až 188. bod odůvodnění). Na základě široké definice použité v dané publikaci by se téměř 20 % hospitalizací v soukromých nemocnicích (oproti přibližně 26 % ve veřejných nemocnicích) v Bruselu týkala „sociálních pacientů“ a soukromé nemocnice by v roce 2001 léčily téměř 66 % z celkového počtu těchto pacientů.
- Za druhé, i na „pacienty v nejisté situaci“⁽²²¹⁾, které tato publikace definuje jako podskupinu „sociálních pacientů“, se vztahuje sociální zabezpečení a není žádný důvod se domnívat, že nemohou zaplatit zbývající částku, kterou jsou povinni uhradit. Dalo by se však namítnout, že u těchto „pacientů v nejisté situaci“ je vyšší pravděpodobnost, že nebudou schopni zaplatit částku, kterou jsou povinni nemocnici uhradit. Z této publikace vyplývá, že veřejné nemocnice léčí přibližně 48 % „pacientů v nejisté situaci“ oproti 52 % v případech soukromých bruselských nemocnic. Proporcionálně tedy veřejné nemocnice léčí mnohem vyšší počet těchto pacientů, než by se dalo soudit z jejich podílu na trhu (z hlediska lůžek a počtu přijatých pacientů). „Pacienti v nejisté situaci“ by skutečně představovali 9,5 % pacientů přijatých do veřejných nemocnic, přičemž u soukromých nemocnic by se jednalo jen o 4,1 %.
- Za třetí, ani zjištění, že v roce 2001 soukromé nemocnice v Bruselu léčily 52 % pacientů „v nejisté situaci“ (oproti 66 % „sociálních“ pacientů) by v žádném případě nic neměnilo na závěru, podle něhož mají všeobecnou povinnost poskytování péče pouze nemocnice IRIS-H. Pokud by neexistovala žádná zákonná povinnost soukromých nemocnic léčit všechny pacienty bez ohledu na jejich schopnost platit a jejich situaci v oblasti pojištění, mohly by soukromé nemocnice skutečně svobodně rozhodovat, zda poskytnou pacientům „v nejisté situaci“ nebo „sociálním“ pacientům péči v situacích, které nevyžadují neodkladnou péči, a mohly by tedy své rozhodnutí kdykoli přehodnotit. Navíc do statistik uvedených v dané publikaci není zahrnuta nejvíce zranitelná skupina pacientů, zejména těch, na které se nevztahuje sociální zabezpečení ani žádné jiné pojištění. To také vysvětluje zjevný rozpor mezi údaji, které publikace uvádí za rok 2001, a žebříčkem Federální veřejné správy veřejného zdraví (viz 185. bod odůvodnění) za období 2007–2013. Žebříček federální veřejné správy sice zohledňuje podíl pacientů, na které se nevztahuje sociální zabezpečení, statistiky uvedené v publikaci však počítají pouze s pacienty, na které se toto zabezpečení vztahuje.

Ze všech těchto důvodů se Komise domnívá, že publikace Mutualités Chrétiennes, která obsahuje statistiky za rok 2001, neprokazuje, že nemocnice IRIS-H nemají všeobecnou povinnost poskytování péče nebo že soukromé bruselské nemocnice srovnatelnou povinnost mají.

(187) Všeobecná povinnost poskytování péče uložená nemocnicím IRIS-H zajišťuje, že pacienti, kteří čelí mimořádným finančním obtížím, političtí uprchlíci, nelegální přistěhovalci apod. budou léčeni za všech okolností. Pokud tito

⁽²¹⁹⁾ Publikace Mutualités Chrétiennes definuje sociální pacienty jako pacienty, kteří využívají „sociálních výhod“ („franchise sociale“) (například důchodci, kteří pobírají zaručený příjem, osoby, které mají nárok na vyšší příspěvek nebo invalidní dávky, příspěvek na integraci a vyšší rodinné přídatky, a osoby dlouhodobě nezaměstnané). Podle belgických orgánů byl pojem „sociální výhoda“ („franchise sociale“) v roce 1993 zrušen a v belgickém právu nahrazen pojmem „maximální limit fakturace ze sociálních důvodů“ („maximum à facturer social“).

⁽²²⁰⁾ To potvrzuje i skutečnost, že tabulky obsažené v této publikaci vycházejí z údajů „pojišťovacích subjektů“, tj. organizací, jako jsou například vzájemné pojišťovny, které odpovídají za náhradu léčebných výloh v rámci belgického sociálního zabezpečení, které řídí institut INAMI.

⁽²²¹⁾ Publikace Mutualités Chrétiennes je definuje jako pacienty, kteří jsou registrováni ve středisku CPAS.

pacienti nemohou za svou léčbu platit a nevztahuje se na ně žádné pojištění (tj. ani sociální zabezpečení, ani soukromé zdravotní pojištění), budou střediska CPAS hradit náklady na tyto pacienty s výhradou dodržení určitých podmínek. Aby bylo možné stanovit pravidla pro takovou náhradu, nemocnice IRIS-H a 17 z 19 středisek CPAS z regionu Brusel – hlavní město uzavřely mnohostranné úmluvy, takzvané „úmluvy o nouzovém bydlišti“. V případě jiné než neodkladné péče směřují střediska CPAS dotčené osoby do nemocnic IRIS-H a písemně se zavazují (na základě tzv. „poukazu“) k úhradě nákladů na jejich léčbu. Pokud pacienti předloží tento poukaz, nemocnice IRIS-H pošlou fakturu přímo středisku CPAS. V případě neodkladné péče samozřejmě tento postup uplatnit nelze. V takovém případě je náhrada ze strany střediska CPAS podmíněna i) předložením lékařského potvrzení o nezbytnosti pohotovostní hospitalizace nebo okamžitého ošetření dané osoby, a ii) stavem chudoby dané osoby, který potvrdí střediska CPAS s využitím informací získaných nemocnicí za účelem provedení sociálního šetření. Shromažďování požadovaných informací je důležitým úkolem oddělení sociálních služeb nemocnic IRIS-H (viz 210. až 211. bod odůvodnění) ⁽²²²⁾.

- (188) Za předpokladu, že jsou splněny výše uvedené podmínky (tj. předložení poukazu v případě jiné než neodkladné péče a lékařského potvrzení a sociálního šetření v případě pohotovostní péče), nahradí středisko CPAS nemocnicím IRIS-H náklady na léčbu pacientů, kteří za ni nemohou zaplatit a na které se nevztahuje pojištění. To však nezabývá nemocnice IRIS-H celkového závazku vyplývajícího ze všeobecné povinnosti poskytování péče. Pro získání náhrady od střediska CPAS musí nemocnice IRIS-H fakticky shromažďovat informace pro účely sociálního šetření (což v roce 2012 učinili v 25 749 případech). To je například jedním z důvodů, proč nemocnice IRIS-H zaměstnává více než dvakrát tolik sociálních pracovníků než univerzitní nemocnice (viz 213. bod odůvodnění). Střediska CPAS však nenahrazují nemocnicím IRIS-H náklady související se shromažďováním informací pro tato sociální šetření ⁽²²³⁾. Kromě toho mají střediska CPAS delší lhůty pro platby (které někdy přesahují i jeden rok) než vzájemné pojišťovny (které platí ve lhůtě jednoho až dvou měsíců po obdržení faktury). V důsledku toho musí nemocnice IRIS-H tyto náklady předběžně financovat po delší dobu, než je tomu u „normálních“ pacientů. Ke dni 31. prosince 2010 dlužilo středisko CPAS v Bruselu nemocnicím IRIS-H téměř 35 milionů EUR (z nichž se cca 71 % týkalo faktur z roku 2010, 12 % faktur z roku 2009 a kolem 13 % faktur z předcházejících let). Při uplatnění nominální roční úrokové sazby ve výši 2 % nemocnice IRIS-H odhadovaly, že náklady spojené s delšími lhůtami pro platby k uvedenému datu činily 700 000 EUR ⁽²²⁴⁾. V neposlední řadě, ne všechny osoby, pro které může být obtížné uhradit fakturu, mají nárok na pokrytí nákladů střediskem CPAS ⁽²²⁵⁾. Nemocnice IRIS-H však na základě své všeobecné povinnosti poskytování péče léčí i pacienty, jejichž náklady střediska CPAS nehradí. V takovém případě zasílají nemocnice IRIS-H fakturu pacientům, kteří ji v některých případech nebudou schopni uhradit. Důsledkem toho je, že se nemocnice IRIS-H potýkají s mnohem vyššími nedobytnými pohledávkami než ostatní veřejné nemocnice a soukromé nemocnice v Belgii ⁽²²⁶⁾. Nemocnice IRIS-H odhadují, že v roce 2010 překročila výše jejich odepsaného dluhu průměr veřejných nemocnic v Belgii přibližně o [...] milionů EUR.

- (189) A konečně je nutné zasadit do patřičného kontextu financování poskytované z titulu oddílu B8 rozpočtu BMF nemocnicím, jejichž pacienti mají slabý socioekonomický profil. Toto omezené federální financování je určeno na vyrovnání části nákladů vynaložených v souvislosti se „sociálními pacienty“ (například z toho důvodu, že tito

⁽²²²⁾ V této souvislosti je třeba zdůraznit, že ačkoliv nemocnice IRIS-H poskytují údaje, z nichž toto sociální šetření vychází, rozhodnutí o tom, zda má daná osoba nárok na náhradu léčebných výdajů, závisí na střediscích CPAS. Úmluva o „nouzovém bydlišti“ v tomto ohledu upřesňuje, že každá nemocnice IRIS-H „shromáždí, pokud je to možné, první údaje pro sociální šetření a předá je středisku CPAS“.

⁽²²³⁾ Vzhledem k tomu, že shromažďování informací pro sociální šetření je pouze jedním z mnoha úkolů oddělení sociálních služeb nemocnic IRIS-H, představuje tento náklad součást celkového zatížení souvisejícího s širší povinností nemocnic IRIS-H v oblasti sociálních služeb, kterou se budeme zabývat níže [viz 213. bod odůvodnění].

⁽²²⁴⁾ Komise konstatuje, že úroková sazba, kterou uplatňují nemocnice IRIS-H, se jeví být v souladu s tržní úrokovou sazbou k danému datu (tj. počátek roku 2011). V současné době (v roce 2016) jsou úrokové sazby mnohem nižší, což snižuje náklady nemocnic IRIS-H. Delší lhůty splatnosti jsou však pro nemocnice IRIS-H i nadále zátěží, protože musí stále pokrývat rozdíl v likviditě mezi příchozími a odchozími platbami.

⁽²²⁵⁾ Náhrada od střediska CPAS není u nemajetných pacientů poskytována automaticky, ale na základě posouzení, které provádí jednotlivá střediska CPAS na základě sociálního šetření (v případě pohotovostní zdravotní péče). V této souvislosti belgické orgány uvádějí, že během prvních tří čtvrtletí roku 2015 zamítlo středisko CPAS 749 žádostí o náhradu předložených nemocnicemi IRIS-H, což představuje neuhrazenou částku ve výši přibližně 3 milionů EUR. V roce 2012 odmítla střediska CPAS poskytnout náhradu za faktury, kterou požadovaly nemocnice IRIS-H, v celkové výši 4 174 200 EUR. Asi 80 % těchto faktur se týkalo péče poskytnuté migrantům bez dokladů.

⁽²²⁶⁾ Ze zprávy vydané bankou Belfius Banque přesněji vyplývá, že v roce 2010 činily čisté náklady související s odepsanými krátkodobými závazky (tj. s fakturami, které nebudou uhrazeny) v průměru 0,28 % příjmů soukromých belgických nemocnic a 0,40 % příjmů veřejných nemocnic v této zemi. Pro porovnání uvádíme, že se tyto náklady rovnají 1,22 % příjmů nemocnic IRIS-H nebo trojnásobku průměru u veřejných nemocnic.

pacienti v průměru zůstávají v nemocnici déle než ostatní), ale nepředstavuje vyrovnávací platbu za všeobecnou povinnost poskytování péče. Financování poskytované na základě oddílu B8 nehradí skutečné náklady nemocnic na léčbu sociálních pacientů (například faktury neuhrazené sociálními pacienty nebo potřebu zaměstnávat více sociálních pracovníků). Pevný rozpočet (přibližně 25 milionů EUR ročně pro celou Belgii) se naproti tomu rozděluje na základě žebříčku nemocnic vytvořeného podle socioekonomického profilu jejich pacientů (viz 185. bod odůvodnění). Vzhledem k tomu, že první tři místa v tomto žebříčku zaujímají nemocnice IRIS-H, získávají tyto nemocnice také větší část finančních prostředků poskytovaných na základě oddílu B8 než nemocnice, které zaujímají nižší příčky (například soukromé bruselské nemocnice). Důvodem, proč mají v zásadě na toto financování nárok veřejné i soukromé nemocnice, je to, že i když tyto nemocnice nemají všeobecnou povinnost poskytování péče, která je uložena nemocnicím IRIS-H, mohou se svobodně rozhodnout léčit sociální pacienty. Mohou se takto rozhodnout, protože někteří sociální pacienti jsou schopni zaplatit, případně jsou pojištěni. U sociálních pacientů, na které se vztahuje sociální zabezpečení, jsou skutečně často používány nižší sazby a INAMI uhradí většinu nákladů, což snižuje finanční riziko dané nemocnice. Ukazuje se také, že ne všechna střediska CPAS v Belgii se rozhodla zřídit svou vlastní nemocnici. Z tohoto důvodu mohou tato střediska CPAS při plnění své povinnosti poskytovat sociální pomoc využívat soukromé nemocnice. V takových situacích by soukromá nemocnice logicky léčila i určitý počet sociálních pacientů a mohla by rovněž získat finanční prostředky poskytované na základě oddílu B8 rozpočtu BMF. V regionu Brusel – hlavní město však jsou střediskům CPAS k dispozici veřejné nemocnice IRIS-H, což vysvětluje, proč je podle žebříčku uvedeného v 185. bodě odůvodnění průměrný socioekonomický profil pacientů soukromých bruselských nemocnic výrazně lepší než profil pacientů nemocnic IRIS-H. Ze všech těchto důvodů nelze mít za to, že financování poskytované na základě oddílu B8 rozpočtu BMF svědčí o tom, že existuje všeobecná povinnost poskytování péče pro všechny belgické nemocnice.

Závěr týkající se všeobecné povinnosti nemocnic IRIS-H poskytovat péči

- (190) Na základě výše uvedených skutečností dospěla Komise k závěru, že všeobecná povinnost poskytování péče byla uložena výhradně nemocnicím IRIS-H, je předmětem jasně stanoveného pověření a je definována ve stanovách nemocnic IRIS-H a ve strategických plánech IRIS-H v souladu s požadavky zákona o CPAS (viz 29. až 30. bod odůvodnění). Projevuje se rovněž v žebříčku nemocnic sestaveném na základě socioekonomického profilu jejich pacientů (viz 185. bod odůvodnění). Tato povinnost zaručuje, že nejchudším osobám z regionu Brusel – hlavní město bude poskytována odpovídající lékařská péče i v případě, že nemohou zaplatit, a to i v situacích, které nevyžadují neodkladnou péči. Nemocnice IRIS-H tak poskytují sociální zdravotní péči, která reaguje na potřeby místního obyvatelstva. Jak je vysvětleno v předchozím bodě odůvodnění, přímé pokrytí se týká pouze části zátěže spojené s touto povinností (například prostřednictvím náhrady léčebných výloh středisky CPAS). Z tohoto důvodu je zbývající zátěž kryta vyrovnáním schodků, které je předmětem tohoto rozhodnutí.

II. Povinnost poskytovat veškeré základní nemocniční služby v několika lokalitách

- (191) Belgické orgány jsou toho názoru, že nemocnice IRIS-H mají rovněž specifickou povinnost poskytovat v regionu Brusel – hlavní město veškeré základní nemocniční služby v několika lokalitách, neboli povinnost poskytovat víceoborovou nemocniční péči. Podle stěžovatelů však není zřejmé, co vše tato povinnost poskytovat veškeré základní nemocniční služby v několika lokalitách zahrnuje, ani do jaké míry tato povinnost představuje pro nemocnice IRIS-H dodatečné náklady. Stěžovatelé však netvrdí, že by takovou povinnost měly i soukromé bruselské nemocnice.
- (192) Komise konstatuje, že zákon LCH neukládá nemocnicím (veřejným ani soukromým) vykonávat činnost v několika lokalitách. Mechanismus nemocničních programů naopak stanoví maximální počet nemocničních lůžek, které lze dát k dispozici v jednotlivých belgických regionech. Pro region Brusel – hlavní město je počet nemocničních lůžek (obecně) omezen přibližně na 7 260 a každá bruselská nemocnice je oprávněna dát k dispozici určitý počet lůžek v rámci tohoto limitu. V zásadě platí, že pokud byla kapacita nemocnice schválena v rámci systému programů, může nemocnice svobodně rozhodnout, zda tato lůžka soustředí do jediné lokality, nebo zda je rozdělí na více lokalit v tomto konkrétním regionu, a to zcela dle vlastní volby. Stejně tak může rozhodnout, zda zdvojit některé služby, či nikoli, případně nabízet v každé ze svých lokalit odlišný typ služeb. V této souvislosti si některé soukromé bruselské nemocnice svobodně zvolily, že budou působit v několika lokalitách, zatímco jiné

působí pouze v jedné lokalitě ⁽²²⁷⁾. Soukromé nemocnice však mohou kdykoli rozhodnout, že seskupí svá lůžka a své služby jen do jedné lokality ⁽²²⁸⁾. Je třeba rovněž poznamenat, že v rámci limitů, které stanoví tento mechanismus programů ⁽²²⁹⁾, mohou soukromé nemocnice rovněž svobodně zvolit typ péče, kterou poskytují, což jim dává možnost specializovat se na nejziskovější typy zdravotní péče ⁽²³⁰⁾.

Povinnost víceborové nemocniční péče uložená nemocnicím IRIS-H

(193) Pokud jde o nemocnice IRIS-H, obce a střediska CPAS upřednostňují zachování lokální nabídky služeb před koncentrací nemocničních lůžek. Výslovně si zvolily poskytovat veškeré základní služby ve všech lokalitách, což s sebou vzhledem k nutnosti zdvojení infrastruktury, vybavení a činnosti nese zvýšené náklady. Právě na tomto základě se při restrukturalizaci bruselských nemocnic v roce 1995 střediska CPAS a obce úmyslně rozhodly, že s ohledem na potřeby obyvatelstva zachovají stávající služby nemocniční péče v několika lokalitách, které poskytují veškeré služby. Dle jejich názoru nepřestala existovat místní potřeba zdravotně-sociální péče, která stála u zrodu zřízení veřejných nemocnic. V této souvislosti je třeba poznamenat, že většina lokalit nemocnic IRIS-H se nachází v nejhudších obcích regionu Brusel – hlavní město (viz rovněž 202. bod odůvodnění). Veřejné orgány se proto z vlastní vůle rozhodly vzdát se zvýšení účinnosti na úkor svých čistě finančních zájmů, a zachovat všechny stávající lokality nemocnic, i když jim bylo známo, že federální opatření pro financování nemocnic nepokryjí všechny náklady (vyplývající například ze zdvojení infrastruktur a provozních nákladů, viz rovněž 203. bod odůvodnění). Tato volba je potvrzena ve strategických plánech IRIS a tudíž zavazuje nemocnice IRIS-H k zachování všech nemocničních lokalit tak, aby pacienti mohli získat veškerou základní péči co možná nejbližší svému bydlišti.

(194) Zejména oddíl „Strukturální osy“ strategického plánu IRIS 1996–2001 hovoří o:

„Zachování decentralizované činnosti hospitalizace a širokého ambulantního pokrytí. Tato činnost bude zachována ve všech devíti lokalitách.“ ⁽²³¹⁾ ⁽²³²⁾

[...]

„Zachování základní činnosti v různých lokalitách. Pacientům, zejména starým pacientům, tak bude moci být i nadále poskytována nemocniční péče v rozumné vzdálenosti od jejich bydliště.“ ⁽²³³⁾

(195) Strategický plán 1996–2001 také zdůrazňuje, že nemocnice IRIS-H léčí především pacienty, kteří žijí v těsné blízkosti, a jsou proto označovány jako „nemocnice v blízkosti domova“ ⁽²³⁴⁾. Nemocnice IRIS-H navíc chtějí „více přizpůsobit [své] služby potřebám bruselských obyvatel [...] a posílit [jejich] dostupnost pro všechny vrstvy obyvatel, a zejména pro ty, které jsou nejvíce znevýhodněny“ ⁽²³⁵⁾.

(196) Strategický plán 2002–2014 dodává:

„IRIS přijímá zásadu organizace zaměřené na pacienty, která je součástí veřejné sítě institucí vzájemně spolupracujících s cílem zajistit nabídku specializované péče v blízkosti domova“ ⁽²³⁶⁾.

⁽²²⁷⁾ Například soukromá nemocnice *Cliniques de l'Europe* má jedno působiště v lokalitě Uccle a druhé v lokalitě Etterbeek, zatímco soukromá nemocnice *Cliniques universitaires Saint-Luc* má pouze jedno působiště v lokalitě Woluwe-Saint-Lambert.

⁽²²⁸⁾ V důsledku takové volby mohou samozřejmě vzniknout náklady, které by měly být kompenzovány zvýšením efektivity, případně by mohly být odůvodněny jinými aspekty, které by vedení soukromých nemocnic považovalo za podstatné.

⁽²²⁹⁾ Mechanismus programů neurčuje jen celkový počet nemocničních lůžek v jednotlivých regionech, ale stanoví rovněž limity podle typu služby (například porodnice, geriatricie, pediatrie, psychiatrie, atd.).

⁽²³⁰⁾ Například ne všechny soukromé nemocnice poskytují geriatrické služby, které jsou méně ziskové.

⁽²³¹⁾ Viz oddíl „Strukturální osy“ (s. 6). Tučné zvýraznění doplněno.

⁽²³²⁾ Strategický plán zmiňuje devět lokalit namísto jedenácti (skutečný počet lokalit), protože ve dvou nemocničních areálech se nachází po dvou nemocnicích, konkrétně HUDERF a CHU-B v lokalitě *Victor Horta* v Laekenu, a IB a CHU-SP v lokalitě *Porte de Hal* ve městě Brusel.

⁽²³³⁾ Viz oddíl „Strukturální osy“ (s. 10). Tučné zvýraznění doplněno.

⁽²³⁴⁾ Viz oddíl „Kontext a prostředí“ (s. 21): „[...] veřejné nemocnice [nemocnice IRIS], jejichž činnost je nejméně z 80 % základní činností, jsou blízké nemocnice, které soustřeďují značnou část pacientů z mateřské obce nebo z okolních čtvrtí.“

⁽²³⁵⁾ Viz oddíl „Cíle příspěvků“ (s. 74). Tučné zvýraznění doplněno.

⁽²³⁶⁾ Viz oddíl „Návrh nemocniční péče“ (s. 36): Tučné zvýraznění doplněno.

(197) Pokud jde o blízkost péče, tento strategický plán dodává:

„Vezmeme-li v úvahu **zeměpisné rozložení lokalit IRIS** a jejich dopad na přístup obecné populace, která je často v sociální nouzi, k lékařské péči, je prvotním cílem **zajistit na každém pracovišti kvalitní, účinnou a dostupnou lékařskou péči blízko domova.**

Prvotním posláním nemocnic IRIS-H — s výjimkou Institutu Bordet a dětské nemocnice [HUDERF] ⁽²³⁷⁾, které jsou úzce specializovanými referenčními nemocnicemi — **je poskytovat péči v blízkosti domova, která reaguje na místní poptávku pacientů žijících v přilehlých obcích**“ ⁽²³⁸⁾.

- (198) Strategický plán IRIS 2002–2014 rovněž uvádí, že kromě blízké medicíny vztahující se k základní zdravotní péči poskytují nemocnice IRIS-H i péči specializovanou (tedy širší nebo rozvinutější škálu péče ⁽²³⁹⁾). Tato péče však není poskytována ve všech lokalitách (ačkoli v řadě z nich ano) a je předmětem plánování na úrovni sítě IRIS ⁽²⁴⁰⁾. Cílem je vždy zaručit obyvatelům Bruselu univerzální přístup k optimální nabídce zdravotní péče (prostřednictvím medicíny v blízkosti domova nebo specializované péče) ⁽²⁴¹⁾. Tento strategický plán obsahuje rovněž podrobné tabulky, které určují typ základní péče a specializované péče poskytované v jednotlivých lokalitách nemocnic IRIS-H. Tyto činnosti základní péče jsou označeny jako „úroveň 1 – úroveň blízkosti“, zatímco činnosti specializované péče jsou označeny jako „úroveň 2 – úroveň specializace“ a „úroveň 3 – referenční úroveň“ ⁽²⁴²⁾. Nemocnice IRIS-H jsou si proto velmi dobře vědomy, které druhy péče musí poskytovat v každé jednotlivé lokalitě, kde působí.
- (199) Aby bylo zajištěno, že každá nemocnice IRIS-H si je plně vědoma zdravotně-sociálních potřeb místního obyvatelstva a že je spravována odpovídajícím způsobem, bylo zřízení nemocnic IRIS-H také výslovně spjato s udržováním „místní základny“ pro poskytování veřejných služeb nemocniční péče. Svědčí o tom dohoda o restrukturalizaci potvrzená dohodou o spolupráci ze dne 19. května 1994 ⁽²⁴³⁾, jakož i složení řídicích orgánů nemocnic IRIS-H ⁽²⁴⁴⁾. Konkrétněji to znamená, že v souladu s článkem 11 stanov je většina členů valné hromady sdružení nemocnic IRIS-H volena obecním zastupitelstvem a radou pro sociální služby (organizovanou na lokální úrovni), přičemž starosta a předseda CPAS jsou jmenováni členy z moci úřední. Obdobně je 10 ze 14 členů správní rady jmenováno členy delegace veřejných orgánů na valné hromadě (jak ukládá článek 27 stanov).
- (200) Záměr řídit nemocnice IRIS-H na základě zdravotně-sociálních potřeb místního obyvatelstva byl potvrzen na zasedání správní rady sítě IRIS ze dne 20. listopadu 1996, na němž byla přijata změna strategického plánu na období 1996–2001, která v tomto ohledu jednoznačně stanoví, že:

„Tento soubor omezení, která vyžadují restrukturalizaci, je nutno řešit v širším kontextu našich strategických cílů. Ty lze shrnout následovně:

- Síť veřejných nemocnic IRIS musí stát ve středu budoucího rozvoje systému bruselské zdravotní péče;
- naše nemocnice se musí přizpůsobit měnícím se **potřebám obyvatel Bruselu**;

⁽²³⁷⁾ Je třeba poznamenat, že obě tyto specializované nemocnice sídlí ve stejném areálu jako jiná nemocnice IRIS-H (viz poznámka pod čarou 232), což zaručuje poskytování veškeré základní zdravotní péče v každé z těchto lokalit. Vkládá se nová poznámka pod čarou.

⁽²³⁸⁾ Viz oddíl „Návrh nemocniční péče“ (s. 53): Tučné zvýraznění doplněno.

⁽²³⁹⁾ Tímto způsobem nemocnice Institut Bordet a HUDERF, které nabízejí především specializovanou péči, doplňují tři zbývající nemocnice IRIS-H s cílem uspokojit potřeby místního obyvatelstva v oblasti péče o zdraví.

⁽²⁴⁰⁾ Viz oddíl „Návrh nemocniční péče“ (s. 53–54)

⁽²⁴¹⁾ Viz oddíl „Návrh nemocniční péče“ (s. 62):

⁽²⁴²⁾ Popis těchto úrovní viz oddíl „Návrh nemocniční péče“ (s. 37) a tabulky (s. 55–59).

⁽²⁴³⁾ Článek 2 dohody o spolupráci mezi federálním státem, regionem Brusel – hlavní město a Společnou komisí obcí (Commission communautaire commune) v tomto ohledu stanoví, že: „Tato dohoda o restrukturalizaci musí splňovat následující podmínky: 1. Poskytovat záruky týkající se na jedné straně **zachování specifického charakteru veřejných nemocnic**, mimo jiné na základě výběru právních struktur a koordinace, které zajišťují převahu veřejného sektoru v řídicích orgánech a rozhodovacích postupech, a na straně druhé **územního zakotvení posílením zastoupení přímo volených zástupců v řídicích orgánech**“ [doplněno tučné zvýraznění].

⁽²⁴⁴⁾ Podle článku 125 zákona o CPAS mají v jednotlivých správních a řídicích orgánech sdružení i v zastřešující organizaci IRIS většinu hlasovacích práv vždy veřejnoprávní subjekty.

- **restrukturalizace této sítě musí sloužit pacientovi, který musí být jejím ústředním zájmem;**
- modernizace této sítě musí být založena na novém impulsu nemocniční komunity obecně, a zejména lékařské komunity.“

(201) Tato změna ještě dodává:

„V této souvislosti musí restrukturalizace zaručovat:

- **výkon lékařských činností v každé nemocniční lokalitě v souladu s naším posláním medicíny v blízkosti domova;**
- prosazování cílů finanční rovnováhy;
- harmonický rozvoj sítě ve snaze dosáhnout rovnováhy mezi obecným zájmem a konkrétními zájmy všech jednotlivých subjektů;
- zintenzivnění koordinace a spolupráce mezi jednotlivými subjekty v rámci sítě;
- dostupnost sítě a zachování její veřejné povahy;
- [...] ⁽²⁴⁵⁾.“

Povinnost nemocnic IRIS-H poskytovat víceoborovou nemocniční péči, skutečná povinnost veřejné služby (služby obecného hospodářského zájmu)

(202) Komise rovněž přezkoumala argument stěžovatelů v souvislosti s věcí projednávanou Tribunálem (viz oddíl 4.2), podle kterého musí být potřeby blízkosti péče posuzovány s ohledem na velký počet veřejných a soukromých nemocnic, které se nacházejí v regionu Brusel – hlavní město. Jak bylo vysvětleno výše, mechanismus nemocničních programů stanovil maximální počet všeobecných nemocničních lůžek v regionu Brusel – hlavní město na 7 260 s cílem zabránit naddimenzování zdravotnických služeb. Tento počet lůžek je poskytován společně veřejnými i soukromými nemocnicemi s cílem uspokojit potřebu nemocniční péče v regionu Brusel – hlavní město. Mechanismus programů však zohledňuje pouze potřeby lékařské péče na regionální úrovni a nepřihlíží k sociálním potřebám konkrétního obyvatelstva ani k sociální situaci v určité zeměpisné oblasti. Tyto sociální potřeby jsou posuzovány v rámci politiky sociální pomoci středisek CPAS (tj. na úrovni obcí). Předchůdkyně nemocnic IRIS-H byly zřízeny s cílem reagovat na sociální potřeby a po restrukturalizaci byly jednotlivé lokality IRIS zachovány, protože i nadále reagují na skutečnou sociální potřebu (viz 82. až 84. bod odůvodnění a 91. bod odůvodnění). Nemocnice IRIS-H poskytují služby obecného hospodářského zájmu v oblasti sociální péče na základě skutečné potřeby a povinnosti poskytovat péči ve více lokalitách. Pro nejchudší obyvatele regionu Brusel – hlavní město je důležité nejen to, aby se mohli obrátit na nemocnici poblíž svého bydliště, ale také jistota, že jim bude poskytnuta léčba i v případě, že nebudou schopni za ni zaplatit, a že budou moci požádat o pomoc sociálních služeb. Tím, region Brusel – hlavní město a střediska CPAS ukládají nemocnicím IRIS-H povinnost udržet si jednotlivé lokality, hodlají zajistit, že sociální zdravotní péče bude poskytována co nejbližší místu, kde nastane její potřeba. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že deset z jedenácti lokalit nemocnic IRIS-H se nachází v obcích, kde průměrný příjem nepřekračuje medián ⁽²⁴⁶⁾ regionu Brusel – hlavní město. Pět z jedenácti lokalit soukromých nemocnic se naopak nachází v obcích, v nichž průměrný příjem tento medián převyšuje ⁽²⁴⁷⁾. Jak je patrné z níže uvedené mapy ⁽²⁴⁸⁾ (viz obrázek č. 3), v regionu Brusel – hlavní město evidentně nedochází k žádnému významnému zeměpisnému překrývání mezi veřejnými nemocnicemi (kruhy znázorněné přerušovanou čarou) a všeobecnými a univerzitními soukromými nemocnicemi (kruhy znázorněné plnou čarou). Z toho lze usoudit, že pouhá skutečnost, že v regionu Brusel – hlavní město působí velký počet nemocnic, nestačí zajistit přístup všech obyvatel k nemocniční péči. Kromě toho, jak bylo vysvětleno výše, nemocnice IRIS-H jsou jedinými nemocnicemi v regionu Brusel – hlavní město, které poskytují službu obecného hospodářského zájmu v oblasti sociální zdravotní péče, a soukromé nemocnice proto nelze považovat za rovnocenné v oblasti reagování na sociální potřeby místního obyvatelstva. Vzhledem k výše uvedeným

⁽²⁴⁵⁾ Tučné zvýraznění doplněno.

⁽²⁴⁶⁾ Medián průměrných příjmů za rok 2012 v 19 obcích v regionu Brusel – hlavní město se rovnal 13 746 EUR na obyvatele. Zbývající areál nemocnice IRIS-H se nachází v Ixelles, kde činí průměrný příjem 14 513 EUR, tj. nachází se mezi mediánem a třetím kvantilem (tj. 75. percentil) regionu Brusel – hlavní město. Zdroj: Centre d'information, de documentation et de recherche sur Bruxelles (<http://www.briobrusel.be/ned/webpage.asp?WebpageId=345>).

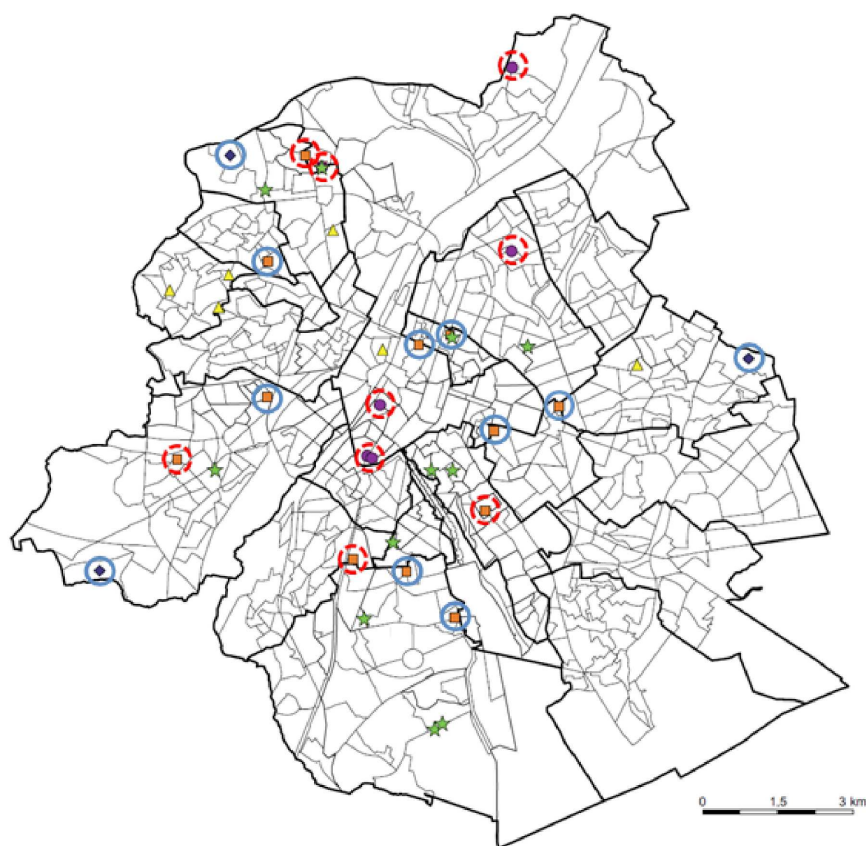
⁽²⁴⁷⁾ Tři z těchto pěti areálů soukromých nemocnic se nacházejí v obcích, kde průměrný příjem na obyvatele převyšuje třetí kvartil (tj. 75. percentil) regionu Brusel – hlavní město.

⁽²⁴⁸⁾ Původní mapa byla zveřejněna ve srovnávacím přehledu zdravotnictví v regionu Brusel za rok 2010 (*Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010*) a odráží situaci k 1. červenci 2009. Komise přidala na mapu kroužky a odstranila jednu všeobecnou nemocnici (Clinique des Deux Alice, která se nacházela v Uccle), vzhledem k tomu, že byla koncem roku 2011 uzavřena (její činnost byla převedena do lokality Sainte-Élisabeth do soukromé nemocnice *Cliniques de l'Europe*). Jedna z lokalit HIS (Baron Lambert v obci Etterbeek) není na mapě uvedena, protože nabízí pouze ambulantní péči a nemá tedy žádná nemocniční lůžka, na která by se vztahoval mechanismus programů.

úvahám dospěla Komise k závěru, že to, že se v regionu Brusel – hlavní město nachází více soukromých nemocnic, není důvodem ke zpochybnění povahy skutečné povinnosti veřejné služby (služby obecného hospodářského zájmu), spočívající v povinnosti poskytovat víceoborovou nemocniční péči, která byla uložena nemocnicím IRIS-H a nikoli soukromým bruselským nemocnicím, a to zejména s ohledem na službu obecného hospodářského zájmu v oblasti sociální zdravotní péče.

Obrázek č. 3

Mapy nemocničních lokalit v regionu Brusel – hlavní město



Implantations hospitalières

■	Hôpitaux généraux	(13)
●	Hôpitaux à caractère universitaire	(6)
◆	Hôpitaux universitaires	(3)
▲	Hôpitaux gériatriques et spécialisés	(6)
▼	Hôpitaux spécialisés	(1)
★	Hôpitaux psychiatriques	(11)

Praktický dopad povinnosti nemocnic IRIS-H poskytovat víceoborovou nemocniční péči

- (203) Povinnost poskytovat víceoborovou nemocniční péči lze z hlediska nemocnic IRIS-H rovněž považovat za zátěž, protože jim ukládá povinnost duplikovat některé infrastruktury, z čehož jim plynou vyšší provozní náklady. Tyto

náklady jsou spojené především s potřebou vybavit každou lokalitu službami, jako je například neodkladná zdravotní péče, sterilizace, dohled, bezpečnostní služba a vlastní správa. Financování z rozpočtu BMF (viz 46. bod odůvodnění písm. a)) je ve skutečnosti poskytováno pouze na jednu tuto službu pro každou nemocnici bez ohledu na počet lokalit, v nichž působí. K nákladům na infrastrukturu a vybavení se přičítají provozní náklady na různé výdajové položky (údržba, topení, úklid atd.). Studie provedená zastřešujícím sdružením IRIS-H v roce 2009 odhadovala, že náklady související s povinností poskytovat víceoborovou nemocniční péči, které nebyly pokryty finančními prostředky z rozpočtu BMF, činily v roce 2008 [...] milionů EUR a v roce 2009 [...] milionů EUR pro všech pět nemocnic IRIS-H dohromady.

Závěr týkající se povinnosti víceoborové nemocniční péče uložené nemocnicím IRIS-H

- (204) Komise dospěla k závěru, že v rámci strategických plánů IRIS mají nemocnice IRIS-H jednoznačnou povinnost: 1) udržovat všechny své nemocniční lokality s cílem reagovat na zdravotně-sociální potřeby příslušných místních obyvatel a 2) poskytovat ve všech těchto lokalitách veškeré služby základní péče. Strategický plán IRIS konkrétně definuje, které činnosti jsou považovány za základní péči a které za péči specializovanou, a stanoví, které typy péče musí být poskytovány v jednotlivých lokalitách nemocnic IRIS-H. Ustanovení stanov nemocnic IRIS-H a zákona CPAS mimoto zaručují, že nemocnice IRIS-H jsou si plně vědomy zdravotně-sociálních potřeb místního obyvatelstva a jsou spravovány v souladu s nimi. Povinnost víceoborové nemocniční péče navíc přesahuje požadavky zákona LCH a mechanismu programů, protože tento mechanismus nezohledňuje sociální potřeby určité skupiny obyvatel ani sociální situaci v určité zeměpisné oblasti. Soukromé nemocnice proto nemají povinnost ani působit ve více lokalitách, ani poskytovat veškeré služby základní péče v každé lokalitě (pokud se rozhodnou působit ve více lokalitách). A konečně, jak je uvedeno v předchozím bodě odůvodnění, povinnost poskytovat víceoborovou nemocniční péči znamená pro nemocnice IRIS-H nezanedbatelné náklady, které nejsou hrazeny z rozpočtu BMF a přispívají tak ke schodku nemocnic IRIS-H.

III. Povinnost poskytovat rozšířené sociální služby

- (205) A konečně jsou belgické orgány toho názoru, že nemocnice IRIS-H mají povinnost poskytovat pacientům a jejich rodinám rozšířené sociální služby. Podle stěžovatelů se jeví, že tato povinnost spočívá pouze v objemu sociálních služeb, který je vyšší než u ostatních nemocnic. V této souvislosti je nutno zdůraznit, že ani požadavky zákona LCH, ani podmínky schvalování nemocnic (na základě královské vyhlášky ze dne 23. října 1964) neukládají obecnou povinnost poskytování sociálních služeb v rámci nemocnice. Zásah sociálních pracovníků vyžaduje jen několik izolovaných pravidel týkajících se některých služeb nemocniční péče (geriatrických a psychiatrických služeb⁽²⁴⁹⁾). Navíc toho pravidlo platné pro univerzitní nemocnice vyžaduje přítomnost pouze jednoho sociálního pracovníka na 2 000 přijatých pacientů⁽²⁵⁰⁾. Kromě těchto konkrétních situací nemají soukromé nemocnice žádnou povinnost poskytovat sociální služby všem svým pacientům. Naproti tomu nemocnice IRIS-H jsou povinny na základě strategických plánů IRIS poskytovat sociální služby všem pacientům, kteří je potřebují.

Povinnost poskytovat rozšířené sociální služby, která je uložena nemocnicím IRIS-H

- (206) Strategický plán IRIS 1996–2001 představuje obecné souvislosti poskytování komplexní péče pacientům v nemocnicích IRIS-H, a to i pokud jde o psychosociální a environmentální aspekty:

„Komplexní péče o pacienty: Pacienta nelze redukovat jen na onemocnění, pro které je léčen. Obzvláště určitým kategoriím pacientů je nutno poskytovat **komplexní péči**, a to jak z čistě medicínského hlediska, **tak z hlediska psychosociálního a environmentálního**: jedná se o geriatrické pacienty, dětské pacienty, nevléčitelně nemocné pacienty, psychiatrické pacienty, **sociálně znevýhodněné pacienty** atd.“⁽²⁵¹⁾

⁽²⁴⁹⁾ Například příloha 19 královské vyhlášky ze dne 23. října 1964 (Moniteur Belge ze dne 7. listopadu 1964, s. 11709) stanoví, že neuropsychiatrické služby, které léčí dospělé pacienty, musí mít alespoň jednoho sociálního pracovníka na 120 pacientů.

⁽²⁵⁰⁾ Královská vyhláška ze dne 15. prosince 1978, kterou se stanoví zvláštní pravidla pro univerzitní nemocnice (Moniteur Belge ze dne 4. července 1979, s. 7818).

⁽²⁵¹⁾ Viz oddíl „Strukturální osy“ (s. 6). Tučné zvýraznění doplněno.

(207) Tento plán podrobněji popisuje úlohu sociálních služeb a jejich hlavní úkoly:

„**Nemocnice [IRIS-H] musí mít k dispozici sociální služby, jejichž klíčovou úlohou je přispívat k dobrým podmínkám pacientů**, ke kvalitě lékařské péče a k optimálnímu fungování celé instituce. Sociální služba spolupracuje s ředitelem organizace a je partnerem všech služeb dané nemocnice. Je odpovědná za humanizaci podmínek pobytu [pacientů v nemocnici]. Její povinností **je zabývat se sociálními obtížemi pacientů, v ideálním případě před pobytem v nemocnici, ale rovněž v jeho průběhu i při propuštění z nemocnice**. Představuje výsadní spojení mezi pacientem, nemocnicí, jeho rodinou a jeho prostředím. Za tímto účelem musí:

- mít k dispozici potřebný čas a odbornou způsobilost, aby mohla vyhodnotit potřeby pacienta společně s ním, s jeho okolím, rodinou a týmy pečovateli, a společně s ním stanovit vhodné reakce;
- mít přístup k přijímacím dokumentům a lékařským záznamům pacientů, kam může uvést sociální údaje, které mohou přispět ke kvalitě péče;
- mít průběžné informace o přesunu nebo propuštění pacienta, aby mohla provést nezbytná opatření;
- poskytovat poradenství u pacientů s komplexními profily a onemocněními;
- společně s finančními službami uvádět do praxe právní mechanismy, přičemž limity jejího zásahu jsou určeny profesní etikou vztahu zaměřeného na pacienta ve všech jeho sociálních aspektech;
- **zajišťovat koordinaci se středisky CPAS;**
- znát stávající sociální a zdravotní sítě;
- navrhnout zlepšení fungování nemocnice;
- mít k dispozici infrastrukturu, která zaručí důvěrnost údajů a jejich výměn.

Úkol sociální medicíny, která je posláním veřejných nemocnic, předpokládá, že budou vzájemně koordinovat jednotlivé aktéry zdravotnictví, že budou zapojeny do zdravotnických a sociálních sítí nebo že budou dokonce samy vytvářet a že se budou přímo podílet na vytváření souvisejících služeb **IRIS nezbytných pro uspokojení potřeb obyvatel** (léčebny, ubytování pro rodinné příslušníky, domácí paliativní péče, zařízení pro drogově závislé, pro bezdomovce, služby domácí péče ...). Budou provádět akreditaci organizací, se kterými budou spolupracovat ⁽²⁵²⁾.“

(208) Podle tohoto strategického plánu může sociální služba hrát důležitou úlohu rovněž při přijímání pacientů:

„Přijímání pacientů by mělo být posuzováno odlišně podle toho, zda se pacient dostaví na pohotovost, na vyšetření nebo k hospitalizaci; při příjmu musí být pacientovi v každém případě zajištěna diskretnost a pohodlí a v maximální možné míře i zmírnění obav pacienta i jeho rodiny. **Sociální služby našich nemocnic hrají v tomto ohledu klíčovou úlohu** ⁽²⁵³⁾.“

(209) Strategický plán IRIS 2002–2014 dodává:

„**Sociální služba je ve veřejné nemocnici nezbytností** a jejím cílem je doprovázet jak ambulantní, tak hospitalizované pacienty. Spočívá **v pomoci pacientům a jejich rodinám při řešení a správě administrativních, finančních, vztahových a sociálních problémů a obtíží spojených s nemocí, pobytem a léčením v nemocnici**, jakož i v nových perspektivách a situacích.

Sociální služba:

- doprovází pacienty v jejich samostatnosti a nezávislosti;

⁽²⁵²⁾ Viz oddíl „Cíle příspěvků“ (s. 54–55). Tučné zvýraznění doplněno.

⁽²⁵³⁾ Viz strategický plán 1996–2000, oddíl „Strukturální osy“ (s. 10). Tučné zvýraznění doplněno.

- zajišťuje začleňování norem, hodnot a kultury pacienta do celkové péče a souvisí proto se správnou pomocí, psychosociálním doprovodem, úlohou informační, preventivní, senzibilizační a koordinační a úlohou spolupráce. **Sociální služba proto bude poskytována na různých úrovních podle toho, zda pacienti potřebují sociálně-materiální, sociálně-správní nebo psychosociální pomoc;**
- vyžaduje jak teoretické, tak praktické technické znalosti i sociální dovednosti a rovněž osobní a vztahové dovednosti.

[...]

Na závěr lze říci, že **úkolů sociálních služeb je mnoho:**

- zajišťovat **přijetí pacienta do nemocnice** a připravovat **jeho propuštění do vhodného prostředí za co nejlepších podmínek,**
- **pomáhat pacientovi získat sociální ochranu, která mu umožní pokrýt výdaje na zdravotní péči.**

V tomto ohledu sociální služby a všichni sociální pracovníci sledují stejné cíle a zájmy jako nemocnice a jejich specifická činnost má **vliv na zkracování pobytu v nemocnici a na náhradu nákladů, které nemocnice vynaloží** ⁽²⁵⁴⁾.

- (210) Úloha sociálních služeb při náhradě léčebných výloh středisky CPAS (viz rovněž 187. bod odůvodnění) je potvrzena rovněž v textu strategického plánu IRIS-H na období 2002–2014. Tento plán zdůrazňuje zejména to, že mezi úkoly sociálních služeb patří i příprava šetření týkajících se solventnosti pacientů:

„Sociální služba vytváří elektronickou sociální dokumentaci, která musí být schopna sledovat pacienty v síti [IRIS]. Provádí **šetření týkající se solventnosti** [pacientů], vyplňuje kódy „V“ v systému RCM ⁽²⁵⁵⁾ a provádí další záznamy, které vyžadují předpisy. Tato [sociální] dokumentace bude co nejdříve propojena s lékařskou dokumentací a s centrálními počítačovými systémy. Toto zaznamenávání do sociální dokumentace musí být schopno sloužit jako srovnávací přehled sociálních úkolů dané veřejné nemocnice [IRIS] ⁽²⁵⁶⁾.“

- (211) Tyto úkoly se týkají shromažďování informací požadovaných pro „sociální šetření“, které jsou nezbytné při určování, zda pacienti splňují podmínky pro úhradu léčebných výloh střediskem CPAS (viz rovněž 187. až 188. bod odůvodnění). Přesněji řečeno, sociální pracovníci nemocnice shromažďují užitečné informace ⁽²⁵⁷⁾, které středisku CPAS umožňují v souladu s jeho zákonnými povinnostmi ⁽²⁵⁸⁾ ověřit nemajetnost pacienta, a tudíž rozhodnout o důvodnosti náhrady ze strany střediska CPAS.

Praktický dopad povinnosti poskytovat rozšířené sociální služby, která je uložena nemocnicím IRIS-H

- (212) Zaměstnanci sociálních služeb nemocnic IRIS-H absolvovali zvláštní školení a řídí se kodexem profesní etiky s ohledem na svou úlohu zprostředkovatele mezi jednotlivými službami v rámci nemocnice (zejména lékaři, zdravotnickým personálem, fakturací a příjmem pacientů) nebo mimo ni (např. sociální zabezpečení, domácí péče a pomoc, jazykové a kulturní aspekty).

⁽²⁵⁴⁾ Viz oddíl „Specifické úkoly veřejné nemocnice“ (s. 82). Tučné zvýraznění doplněno.

⁽²⁵⁵⁾ RCM neboli minimální anamnéza (résumé clinique minimum) je stručné normalizované shrnutí anamnézy pacienta, které jsou všeobecné nemocnice povinny zaznamenávat od roku 1990. Používá se mimo jiné při určování potřeb v oblasti vybavení nemocnice, pro stanovení kvalitativních a kvantitativních norem pro akreditaci nemocnic a jejich služeb a pro organizaci financování nemocnic. Kódy „V“ se týkají faktorů ovlivňujících zdravotní stav pacienta a kontaktu se zdravotnickými službami. Tyto kódy lze použít k označení socioekonomických, právních a rodinných problémů, které mohou ovlivnit pobyt pacienta v nemocnici.

⁽²⁵⁶⁾ Viz oddíl „Specifické úkoly veřejné nemocnice“ (s. 83). Tučné zvýraznění doplněno.

⁽²⁵⁷⁾ V roce 2012 například sociální pracovníci nemocnic IRIS-H shromáždili informace na základě 25 749 sociálních šetření. To odpovídá přibližně 5,4 % pacientů hospitalizovaných v uvedeném roce.

⁽²⁵⁸⁾ Tato povinnost vyplývá z čl. 60 odst. 1 zákona CPAS, z článku 9a zákona ze dne 2. dubna 1965 (pro případnou náhradu poskytnutou středisku CPAS federální veřejnou správou pro sociální integraci za předpokladu, že jsou splněny určité podmínky) a z oběžníku ze dne 25. března 2010 týkajícího se sociálního šetření (Moniteur belge ze dne 6. května 2010, s. 25432).

- (213) Aby mohla posoudit náklady na své sociální služby, porovnála síť IRIS skutečné náklady sociálních pracovníků zaměstnaných v nemocnicích IRIS-H s přiměřenými náklady odpovídajícími jednomu sociálnímu pracovníkovi na 2 000 přijatých pacientů (tj. s povinností, která se vztahuje na univerzitní nemocnice). Z této analýzy vyplývá, že pět nemocnic IRIS-H zaměstnávalo 81,1 sociálního pracovníka⁽²⁵⁹⁾, kdežto přiměřené by bylo zaměstnávat pouze 36,7 pracovníka. Rozdíl tedy činí 44,4 pracovníka, což svědčí o tom, že nemocnice IRIS-H zaměstnávají více než dvojnásobný počet sociálních pracovníků, než stanoví pravidlo platné pro univerzitní nemocnice. To je názorným příkladem toho, že strategické plány zavazují nemocnice IRIS-H, aby poskytovaly mnohem rozsáhlejší škálu sociálních služeb (např. v případě geriatrických a psychiatrických služeb), než je minimum platné pro ostatní neuniverzitní nemocnice (ať již veřejné, nebo soukromé). Skutečnost, že i soukromé neuniverzitní bruselské nemocnice zaměstnávají sociální pracovníky, lze vysvětlit spíše těmito minimálními požadavky, nežli všeobecnou povinností poskytovat pacientům sociální služby. Obdobně platí, že jak bylo prokázáno výše, nemocnice IRIS-H jdou daleko nad rámec základního požadavku platného pro univerzitní nemocnice v Belgii, který vyžaduje jednoho sociálního pracovníka na 2 000 přijatých pacientů. V důsledku této skutečnosti činily nefinancované náklady na sociální služby v nemocnicích IRIS-H v roce 2010 [...] milionů EUR⁽²⁶⁰⁾. Povinnost poskytovat rozšířené sociální služby tedy představuje pro nemocnice IRIS-H významnou zátěž, která se nevztahuje na soukromé bruselské nemocnice.

Závěr týkající se povinnosti poskytovat rozšířené sociální služby, která je uložena nemocnicím IRIS-H

- (214) S ohledem na uvedené skutečnosti dospěla Komise k závěru, že nemocnice IRIS-H mají na rozdíl od soukromých bruselských nemocnic povinnost zajišťovat rozvinutou sociální službu, která pomáhá pacientům a jejich rodinám řešit a řídit administrativní, finanční, vztahové a sociální problémy. Tato povinnost je definována ve strategických plánech IRIS, které ji ukládají nemocnicím IRIS-H. Existence této povinnosti poskytovat rozšířené sociální služby se odráží ve velkém počtu sociálních pracovníků, které nemocnice IRIS-H zaměstnávají a který je mnohem vyšší, než je vyžadováno od ostatních belgických nemocnic. Úkolem sociálních služeb nemocnic IRIS-H je zejména zabývat se výše uvedenými obtížemi, s nimiž se pacienti setkávají nejen během svého pobytu v nemocnici, ale také při propuštění, pomáhat pacientům získat sociální zabezpečení, které jim umožní platit léčebné výlohy, provádět sociální šetření a vyměňovat si informace s ostatními nemocničními službami a se středisky CPAS. Tato povinnost a zátěž, kterou s sebou nese, je úzce propojena s ostatními povinnostmi, které představují službu obecného hospodářského zájmu v oblasti sociální zdravotní péče (viz 167. bod odůvodnění). Nemocnice IRIS-H mají větší potřebu sociálních pracovníků právě proto, že jsou povinny léčit všechny své pacienty za všech okolností a nezávisle na jejich schopnosti platit. A právě tyto nejchudší pacienti a jejich rodiny potřebují dodatečné sociální služby a právě kvůli nim je nutno provádět sociální šetření. Počet sociálních pracovníků převyšuje počet, který lze důvodně předpokládat (tj. jeden sociální pracovník na 2 000 přijatých pacientů, viz 213. bod odůvodnění) rovněž z toho důvodu, že nemocnice IRIS-H mají povinnost působit ve více lokalitách.

IV. Závěr týkající se dodatečných povinností

- (215) Komise dospěla k závěru, že nemocnice IRIS-H zajišťují službu obecného hospodářského zájmu v oblasti služeb sociální zdravotní péče, která kromě jejich základních úkolů nemocniční péče zahrnuje povinnost 1) léčit všechny pacienty za všech okolností (včetně situací, které nevyžadují pohotovostní péči), nezávisle na schopnosti pacientů zaplatit, 2) nabízet veškeré základní nemocniční služby na několika místech a 3) doplňovat lékařskou péči rozšířenou pomocí, kterou zajišťují jejich rozvinuté sociální služby. Tato kombinace povinností zaručuje, že budou uspokojeny konkrétní sociální potřeby obyvatel Bruselu v oblasti služeb nemocniční péče, a zajišťuje dostupnost kvalitní nemocniční péči pro všechny a zejména pro ty nejchudší. Pro soukromé bruselské nemocnice žádná taková dodatečná povinnost neplatí; jsou pověřeny pouze základními úkoly nemocniční péče, které jsou definovány v zákoně LCH. Služby obecného hospodářského zájmu v oblasti sociální zdravotní péče tedy poskytují pouze nemocnice IRIS-H, protože pouze ony jsou povinny splňovat přísnější a rozsáhlejší požadavky, než jsou požadavky minimální (tj. základní úkoly nemocniční péče), které se v souladu se zákonem LCH vztahují na všechny nemocnice v Belgii. S poskytováním této služby obecného hospodářského zájmu v oblasti sociální zdravotní péče se pojí značné náklady nemocnic IRIS-H, které nejsou kryty zdroji financování společnými pro veřejné i soukromé nemocnice nebo jsou jimi kryty jen částečně, a které následně způsobují schodky, které

⁽²⁵⁹⁾ Toto číslo představuje počet ekvivalentů plného pracovního úvazku.

⁽²⁶⁰⁾ Rozpočet BMF poskytuje finanční prostředky na sociální pracovníky (v oblastech, jako je například geriatric, kde je stanoven minimální požadavek), ale jejich výše v roce 2010 činila jen přibližně 400 000 EUR.

nemocnice IRIS-H vykazují. Aby byla zajištěna kontinuita veřejných nemocnic středisek CPAS, musí tedy tato střediska a předmětné bruselské obce vyrovnávat schodky nemocnic IRIS-H, jak je uvedeno níže v bodech 7.3.4.4 až 7.3.5.

7.3.4.2. Pověřený podnik, případně území, o které se jedná

- (216) Každá nemocnice IRIS-H má své vlastní stanovy, které stanoví její cíl, a na každou z pěti nemocnic IRIS-H se vztahují strategické plány IRIS. Navíc nemocnice IRIS-H stejně jako všechny belgické nemocnice získaly individuální povolení, které potřebují, aby mohly uplatňovat nárok na jiné typy veřejného financování (například z rozpočtu BMF). Tato pověření nespecifikují území plnění příslušné služby obecného hospodářského zájmu.

7.3.4.3. Výhradní nebo zvláštní práva

- (217) Nemocnice IRIS-H nemají žádná výhradní nebo zvláštní práva.

7.3.4.4. Vyrovnávací mechanismus

- (218) Mechanismus vyrovnávání schodků je popsán v článku 46 stanov každé z pěti nemocnic IRIS-H. Tento článek v současné době zní následovně (viz rovněž poznámka pod čarou 8):

„Aniž je dotčen článek sto devět [zákona LCH], rozdělí se výsledek účetního období na základě rozhodnutí valné hromady mezi společníky, kteří mají nejméně jednu pětinu celkového počtu hlasů na valné hromadě.“

- (219) Z článku 46 stanov nemocnic IRIS-H jasně vyplývá, že:

- tímto vyrovnáním schodků není dotčen mechanismus uvedený v článku 109 zákona LCH (nyní článek 125 zákona LCH ve znění ze dne 10. července 2008), který vyžaduje, aby obce pokrývaly schodek svých veřejných nemocnic s výjimkou určitých činností⁽²⁶¹⁾. Jak je však vysvětleno níže (viz 235. bod odůvodnění), nemá vyrovnání schodků podle článku 109 v tomto případě žádný skutečný dopad vzhledem k tomu, že nemocnice IRIS-H tyto částky vracejí obci bezprostředně po obdržení;
- výsledek, který je nutno pokrýt, je shodný s výsledkem v účetnictví nemocnice (týká se účetního schodku nemocnice jako celku, a proto obsahuje rovněž výsledky doplňkových činností nemocnice IRIS-H, viz též 41. bod odůvodnění). Na rozdíl od článku 109 zákona LCH nevyklučuje článek 46 stanov nemocnic IRIS-H ze schodku určité činnosti. Je však rovněž zřejmé, že výše vyrovnávací platby nemůže přesáhnout výši účetního schodku vzhledem k tomu, že je omezena na výsledek účetního období;
- povinnost přispět k pokrytí schodku mají pouze společníci s pětinou hlasů na valné hromadě. V praxi to znamená, že toto pokrytí by měly zajišťovat pouze obce a střediska CPAS⁽²⁶²⁾.

- (220) Vzhledem k tomu, že nemocnice IRIS-H poskytují pouze jednu službu obecného hospodářského zájmu a příslušné doplňkové činnosti, stanoví článek 46 stanov každé nemocnice IRIS-H jednoznačný vyrovnávací mechanismus, přičemž uvádí, že je nutno pokrýt výsledek za daný účetní rok (bez jakékoli výjimky). Tento výsledek se stanoví na jasném základě souboru účetních zásad, které se uplatňují stejně na veřejné i soukromé belgické nemocnice. Kromě toho je každá nemocnice (podle článků 80 až 85 zákona LCH) povinna jmenovat nezávislého auditora, který kontroluje její účetnictví a jeho výsledky (viz 49. bod odůvodnění).

⁽²⁶¹⁾ Způsob výpočtu schodku, který jsou obce povinny pokrýt podle článku 109 zákona LCH, je stanoven královskou vyhláškou (v současné době královskou vyhláškou ze dne 8. března 2006).

⁽²⁶²⁾ Sdružení zastupující lékaře z posuzované nemocnice, a případně Université libre de Bruxelles nebo Vrije Universiteit Brussel, stále vlastní v místních sdruženích nemocnic IRIS-H méně než 20 % hlasů. Obdobně jsou od roku 2000 členy sdružení CHU Brugmann obec Jette a tamější středisko CPAS, ale vzhledem k tomu, že mají v tomto sdružení méně než 20 % hlasů, na vyrovnávací platbě schodku se nepodílejí. A konečně obec Schaerbeek a tamější středisko CPAS vlastní od účetního roku 2014 ve sdružení CHU Brugmann rovněž méně než 20 % hlasů, a proto se již na úhradě schodku této nemocnice nepodílejí. To znamená, že od roku 2014 mají povinnost pokrývat schodek nemocnice CHU Brugmann pouze město Brusel a tamější středisko CPAS.

- (221) Požadavkem na pokrytí celého schodku nemocnic IRIS-H překračuje článek 46 stanov minimální požadavek na základě článku 109 zákona LCH. Důvodem pro toto celkové pokrytí schodku za plnění služby obecného hospodářského zájmu a příslušných doplňkových činností⁽²⁶³⁾ je snaha místních bruselských orgánů zajistit průběžnou kontinuitu a životaschopnost nemocnic IRIS (viz 91. bod odůvodnění). Článek 46 spadá rovněž do logiky článku 61 zákona o CPAS a zní následovně:

„Středisko může využívat spolupráce osob, institucí nebo služeb, které byly vytvořeny vládou nebo na základě soukromé iniciativy a mají prostředky nezbytné k realizaci různých potenciálních řešení při současném respektování svobodné volby zúčastněné strany.

Středisko může nést případné náklady na tuto spolupráci, pokud již nejsou pokryty na základě jiného zákona, nařízení, smlouvy nebo soudního rozhodnutí.“

- (222) A konečně, jak bylo vysvětleno výše (viz 22. a 44. bod odůvodnění), obce jsou povinny pokrývat schodek svých středisek CPAS. V důsledku toho přísluší konečná odpovědnost za pokrytí všech schodků veřejné nemocnice dané obci.

7.3.4.5. Opatření k zamezení a vrácení jakéhokoli nadměrného vyrovnání

- (223) Jak je vysvětleno níže, vyrovnávací mechanismus schodků funguje tak, že riziko nadměrného vyrovnání je již v základu značně omezeno (viz 247. bod odůvodnění). Navíc zákon ze dne 14. listopadu 1983 (viz 248. až 250. bod odůvodnění) a zákon o CPAS (viz 251. a 252. bod odůvodnění) poskytují obcím nezbytné právní prostředky umožňující kontrolovat nadměrné vyrovnání, a případně zajistit navrácení nadměrného vyrovnání.

7.3.4.6. Odkaz na rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012

- (224) Čl. 4 písm. f) rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 vyžaduje, aby pověření obsahovalo zejména odkaz na toto rozhodnutí. Čl. 10 písm. a) tohoto rozhodnutí stanoví přechodné období v trvání dvou let pro režimy podpor, které byly uvedeny v účinnost před 31. lednem 2012 a které byly slučitelné s vnitřním trhem v souladu s rozhodnutím o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2005. Proto byl v tomto případě odkaz na rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 zaveden až v roce 2014. Konkrétně od roku 2014 každé rozhodnutí bruselských obcí provést platbu ve prospěch některé z nemocnic IRIS podle článku 46 stanov nemocnic IRIS odkazuje rovněž na rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012. Navíc je třeba uvést, že odkaz na rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 byl přidán k článku 108 aktuálního znění zákona LCH prostřednictvím zákona ze dne 10. dubna 2014⁽²⁶⁴⁾. Přesněji řečeno, tento článek vyžaduje, aby každé rozhodnutí týkající se částky z rozpočtu BMF, která musí být poskytnuta některé z nemocnic, obsahovalo výslovný odkaz na rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012. Komise proto konstatuje, že tato formální podmínka je splněna.

7.3.5. Započtení pohledávek

- (225) Druhou zásadní podmínkou slučitelnosti stanovenou v rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 je, že výše vyrovnávací platby vyplacené za poskytování dané služby obecného hospodářského zájmu nepřesáhne rozsah nezbytný k pokrytí čistých nákladů vynaložených při plnění závazků veřejné služby, včetně přiměřeného zisku⁽²⁶⁵⁾. Rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 definuje kromě toho způsob výpočtu čistých nákladů (konkrétně tak, že definuje příjmy a výdaje, které lze zohlednit), uvádí způsob určení přiměřeného zisku a vyžaduje, aby podnik, který vykonává hospodářské činnosti v rámci i mimo rámec služby obecného hospodářského zájmu, vykazoval ve vnitropodnikovém účetnictví odděleně činnosti spojené s poskytováním služby obecného hospodářského zájmu a jiné činnosti⁽²⁶⁶⁾.
- (226) V tomto případě poskytují nemocnice IRIS-H pouze jednu službu obecného hospodářského zájmu a v omezené míře doplňkové činnosti související s touto službou obecného hospodářského zájmu, které byly popsány výše (viz 41. a 155. bod odůvodnění). Při provádění všech těchto činností (dané služby obecného hospodářského zájmu a omezených doplňkových činností) vznikají nemocnicím IRIS-H náklady, které jsou do značné míry⁽²⁶⁷⁾ pokryty z různých veřejných a soukromých zdrojů popsaných výše (viz 46. bod odůvodnění). Jak je však uvedeno níže (viz tabulky 3 až 7), po většinu let od roku 1996 vznikal nemocnicím IRIS-H v důsledku provádění uvedených činností schodek. Komise se domnívá, že tyto schodky představují zbytkové čisté náklady (tj. tu část čistých

⁽²⁶³⁾ Veškeré náklady vzniklé při plnění služby obecného hospodářského zájmu a příslušných doplňkových činností představují náklady na veřejnou službu včetně nákladů na tyto doplňkové činnosti.

⁽²⁶⁴⁾ Moniteur belge ze dne 30. dubna 2014, s. 35442. Použije se ode dne 10. května 2014.

⁽²⁶⁵⁾ Článek 5 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

⁽²⁶⁶⁾ Čl. 5 odst. 2 až 9 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

⁽²⁶⁷⁾ V letech 2007 až 2011 bylo tímto financováním kryto v průměru cca [...] % nákladů nemocnic IRIS-H.

nákladů, která nebyla pokryta ze zdrojů financování popsaných v 46. bodě odůvodnění) na danou službu obecného hospodářského zájmu a omezené doplňkové činnosti prováděné nemocnicemi IRIS-H. Vyrovnáním těchto schodků obce pokrývají pouze zbytkové čisté náklady nemocnic IRIS-H vzniklé při poskytování dané služby obecného hospodářského zájmu a doplňkových činností, a nevytvářejí ani přiměřený zisk. Proto by v důsledku vyrovnávání schodků vzniklých nemocnicím IRIS-H již ze samé podstaty nemělo vzniknout a ani nevzniklo skutečné nadměrné vyrovnání (viz rovněž 234. a 245. bod odůvodnění níže).

- (227) Podle článku 77 zákona LCH jsou všechny nemocnice povinny vést oddělené účetnictví, z něhož jsou zřejmé náklady na každou službu. Účetní zásady pro veřejné i soukromé nemocnice jsou stanoveny královskou vyhláškou ze dne 19. července 2007⁽²⁶⁸⁾. Podle této královské vyhlášky se činnosti jiné než úkoly nemocniční péče (tj. v tomto případě doplňkové činnosti popsané výše ve 41. a 155. bodě odůvodnění) musí zaznamenávat odděleně (přesněji musí být zařazeny pod účetní kódy 900 až 999, viz rovněž 49. bod odůvodnění). Komise obdržela od nezávislých auditorů jednotlivých nemocnic IRIS-H prohlášení potvrzující, že bylo uplatňováno oddělené účtů v souladu s požadavky belgického práva⁽²⁶⁹⁾. V důsledku toho dospěla Komise k závěru, že povinnost vedení oddělených účtů stanovená v čl. 5 odst. 9 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 je splněna.
- (228) Jak je vysvětleno výše (viz 44. bod odůvodnění), podle článku 46 stanov nemocnic IRIS-H jsou bruselské obce a střediska CPAS povinny pokrýt celý účetní schodek svých nemocnic. Tato povinnost, která platí od okamžiku zřízení nemocnic IRIS-H, přesahuje rozsah částečného vyrovnávacího mechanismu schodků uvedeného v článku 109 zákona LCH (viz 47. bod odůvodnění). Vyrovnávací platba poskytnutá na základě článku 46 stanov nemocnic IRIS-H však nesmí nikdy překročit účetní schodek daného účetního období. A konečně článek 46 sice stanoví jednoznačnou povinnost vyrovnávání schodků, avšak neurčuje výslovně, kdy musí obce a CPAS finanční prostředky skutečně převést⁽²⁷⁰⁾.
- (229) V praxi bylo to, kdy musí obce provést platbu ve prospěch nemocnic IRIS-H, vždy závislé na tom, zda dané obce měly v obecních pokladnách potřebné finanční prostředky. Vzhledem k tomu, že obce zpravidla dostatek finančních prostředků k dispozici neměly, měly tendenci vyrovnávací platby schodků nemocnic odkládat. Teoreticky je mohly odkládat až do doby, kdy federální veřejná správa veřejného zdraví určí schodek podle článku 109 zákona LCH, protože pak by jim nastala povinnost provést (částečnou) vyrovnávací platbu schodků nemocnic. Mezi okamžikem, kdy je známa výše účetního schodku, a výpočtem schodku podle článku 109 zákona LCH však mohla uplynout dlouhá doba (někdy až 10 let). To znamená, že v letech 1996 až 2002 se nemocnicím IRIS-H nahromadily obrovské schodky (přesahující 50 milionů EUR). Aby nemocnice IRIS pokrývaly tento rozdíl ve svém financování, byly nuceny vzít si bankovní úvěry, jejichž náklady schodek ještě více prohloubily.
- (230) Obce si uvědomily, že tato situace je pro ně nevýhodná, protože nakonec musí v rámci krytí schodků zaplatit i úroky z těchto úvěrů; proto hodlaly nemocnicím IRIS-H platit rychleji a nečekat, až je federální veřejná správa veřejného zdraví přinutí schodek uhradit podle článku 109 zákona LCH. Vzhledem k nedostatku finančních prostředků na úrovni obcí musel zasáhnout region Brusel – hlavní město, aby jim tento postup umožnil. Region poskytl dotčeným obcím financování zejména 1) nepřímo prostřednictvím fondu FRBRTC (viz 231. bod odůvodnění) a 2) od roku 2003 rovněž přímo poskytováním zvláštních subvencí (viz 232. a 233. bod odůvodnění). To obcím umožnilo plnit povinnost vyrovnání schodku vůči nemocnicím IRIS-H rychleji, i když pouze částečně⁽²⁷¹⁾. Jak je vysvětleno výše (viz bod 7.1), region Brusel – hlavní město poskytoval a nadále poskytuje veřejné financování pouze dotčeným bruselským obcím, a nikoli nemocnicím IRIS-H.

⁽²⁶⁸⁾ Moniteur belge ze dne 29. června 2007, s. 35929. Použije se ode dne 9. července 2007. Tato královská vyhláška nahradila královskou vyhláškou ze dne 14. prosince 1987 týkající se ročních účetních závěrek nemocnic, která obsahuje velmi podobné požadavky.

⁽²⁶⁹⁾ V této souvislosti je třeba poznamenat, že některé účetní toky související s nemocničními činnostmi musí být rovněž zařazeny pod účetní kódy 900 až 999. Jedná se o některé toky, které nejsou zohledněny při určování financování z rozpočtu BMF (které se provádí spíše na základě účetnictví založeného na peněžních tocích než na základě akruálního účetnictví, které se používá při účtování nemocniční péče).

⁽²⁷⁰⁾ Nemocnice IRIS-H mohou teoreticky požadovat, aby jim obce vyplatily vyrovnávací platbu schodku, jakmile je znám výsledek daného účetního období. V praxi tak ovšem nečinily, protože jsou řízeny obcemi, které neměly vždy k dispozici finanční prostředky nezbytné k okamžitému provedení těchto plateb.

⁽²⁷¹⁾ V období 1996–2014 skutečně regionální finanční prostředky poskytnuté obcím k úplnému pokrytí schodků nemocnic IRIS-H nestačily (viz rovněž poznámka pod čarou 143).

- (231) Schodky nemocnic IRIS-H v účetních letech 1996 až 2002 začaly obce vyrovnávat až od roku 2002 s pomocí finančních prostředků získaných od fondu FRBRTC. Vyrovnávání schodků za toto období bylo dokončeno až v roce 2008. Pro vyrovnání schodků zaznamenaných od roku 2003 již obce nemají k dispozici prostředky z fondu FRBRTC.
- (232) Počínaje účetním rokem 2003 začal region Brusel – hlavní město poskytovat obcím v průměru 10 milionů EUR ročně (přesné částky viz tabulku č. 2 níže) v podobě zvláštních subvencí. Každá obec pak zase uhradila svou část této zvláštní subvence zpravidla počátkem následujícího roku na základě odhadovaného schodku příslušné nemocnice (například na začátku roku 2015 za účetní rok 2014). Tento schodek se odhaduje na základě auditu činnosti dané nemocnice a výhledového výsledku za prvních devět měsíců daného roku. Do šesti měsíců od konce účetního období (tj. do konce června) schvaluje valná hromada každé nemocnice IRIS-H účetní závěrku nemocnice a přijme konečný účetní schodek. Výše účetního schodku zbývající po uhrazení části zvláštní subvence se likviduje v závislosti na finančních prostředcích, které jsou k dispozici v obecních pokladnách. Tento proces likvidace může potrvát několik dalších let a nemocnice IRIS-H měly v průběhu celého posuzovaného období (1996–2014) neustále neuhrazené platby od obcí [podrobnosti ohledně dosud nesplacených částek viz tabulku v 234. bodě odůvodnění].

Tabulka č. 2

Platby (financované na základě zvláštní subvence) obcí ve prospěch nemocnic IRIS-H

(v EUR)

Rok	CHU St. Pierre	CHU Brugmann	HIS	HUDERF	Institut Bordet	Celkem
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
Celkem	11 899 936	37 477 249	44 615 250	10 720 000	13 787 565	118 500 000

- (233) Z hlediska účetnictví byla část zvláštní subvence v některých letech přímo zohledněna ve výsledku nemocnice (a tak snížila zbývající schodek), zatímco v jiných letech byla tato částka zohledněna jako vyrovnávací platba schodku (tj. při rozdělování výsledku). Navíc v roce 2004 nemocnice CHU Saint-Pierre účtovala se zpožděním, takže její část zvláštní subvence byla zaúčtována až v následujícím roce. To vysvětluje, proč celková výše zvláštní subvence pro všech pět nemocnic IRIS-H činila v roce 2004 pouze 8 867 072 EUR, zatímco v roce 2005 to bylo 11 132 928 EUR, tj. celkem 20 milionů EUR (nebo 10 milionů EUR ročně, jak bylo stanoveno). Navzdory těmto rozdílům v účtování bylo vždy hlavní zásadou těchto plateb poskytnout rychlé (a zpravidla částečně) vyrovnání tohoto schodku, aniž by došlo k nadměrnému vyrovnání (viz zbývající část tohoto oddílu).

(234) Tabulky č. 3 až 7 níže uvádějí pro každou z těchto pěti nemocnic IRIS-H účetní schodky zaúčtované v jednotlivých letech (souhrnná výše těchto schodků za období 1996–2014 činí téměř 250 milionů EUR) a platby provedené obcemi v jednotlivých letech (tyto platby se mohou týkat schodků z předchozích let). Tabulky č. 3 až 7 uvádějí data (tj. roky), kdy obce provedly platby určené k vyrovnání schodků jednotlivých nemocnic IRIS-H, ale nespecifikují, kterých let se tyto platby týkaly⁽²⁷²⁾. Tyto tabulky také ilustrují nahromadění schodků v průběhu období 1996–2002 a opožďování plateb ze strany obcí. Kromě toho je zřejmé, že v období 1996–2014 jednotlivé předmětné obce nemocnicím IRIS-H trvale dlužily významné částky v souvislosti s vyrovnáváním schodků. Dosud nesplacená částka všech pěti nemocnic IRIS-H jako celku do konce roku 2014 převyšovala 15 milionů EUR. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že pokud nemocnice IRIS-H vytvoří zisk, tento zisk se nerozděluje a je použit k pokrytí schodků vzniklých v minulosti nebo těch, které vzniknou v budoucnosti, čímž se sníží nutnost zásahu obcí. A v neposlední řadě z těchto tabulek rovněž jednoznačně vyplývá, že jak tvrdí belgické orgány (viz 89. bod odůvodnění), a v rozporu s tím, co uvádějí stěžovatelé, neexistuje mechanismus zálohových plateb (viz 55. bod odůvodnění). Platby obcí jsou fakticky prováděny se značným zpožděním oproti okamžiku, kdy byl schodek zaúčtován a kdy začala platit povinnost podle článku 46 stanov nemocnic IRIS-H. V důsledku toho nelze mít za to, že datum vyrovnávacích plateb schodků za plnění služby obecného hospodářského zájmu představuje zvýhodnění nemocnic IRIS-H.

Tabulka č. 3

Datum plateb schodku a dosud nesplacená částka nemocnice CHU Saint– Pierre

(v EUR)

CHU Saint– Pierre	Účetní schodek	Platby obce	Dosud nesplacená částka
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⁾ Z tabulky 3 je například patrné, že ačkoli nemocnice CHU Saint-Pierre vykazovala schodky každým rokem od roku 1996, první platba (ve výši 3 368 351 EUR), kterou provedla obec jako vyrovnávací platbu schodku této nemocnice, proběhla až v roce 2002. Z tabulek není zřejmé, který z ročních schodků vykázaných od roku 1996 byl touto platbou provedenou v roce 2002 uhrazen. Z podrobných informací, které Komisi poskytly belgické orgány, však vyplývá, že tato platba byla ve skutečnosti provedena za účelem pokrytí části schodku vykázaného v roce 1996.

(v EUR)

CHU Saint– Pierre	Účetní schodek	Platby obce	Dosud nesplacená částka
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
Celkem	– 38 423 575	34 855 148	– 3 568 427

Tabulka č. 4

Datum plateb schodku a dosud nesplacená částka nemocnice CHU Brugmann ⁽¹⁾

(v EUR)

CHU Brugmann	Účetní schodek	Platby obce	Dosud nesplacená částka
1996	Neuvedeno.	Neuvedeno.	Neuvedeno.
1997	Neuvedeno.	Neuvedeno.	Neuvedeno.
1998	Neuvedeno.	Neuvedeno.	Neuvedeno.
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
Celkem	– 72 568 385	71 633 373	– 935 012

⁽¹⁾ Vysvětlení, proč chybí údaje za roky 1996, 1997 a 1998, viz 236. bod odůvodnění.

Tabulka č. 5

Datum plateb schodku a dosud nesplacená částka nemocnice HUDERF

(v EUR)

HUDERF	Účetní schodek	Platby obce	Dosud nesplacená částka
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
Celkem	- 23 038 788	22 324 124	- 714 664

Tabulka č. 6

Datum plateb schodku a dosud nesplacená částka nemocnice Institut Bordet

(v EUR)

Institut Bordet	Účetní schodek	Platby obcí	Dosud nesplacená částka
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

(v EUR)

Institut Bordet	Účetní schodek	Platby obcí	Dosud nesplacená částka
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
Celkem	- 24 277 858	23 007 626	- 1 270 232

Tabulka č. 7

Datum plateb schodku a dosud nesplacená částka nemocnic HIS ⁽¹⁾

(v EUR)

HIS	Účetní schodek	Platby obce	Dosud nesplacená částka
1996	Neuvedeno.	Neuvedeno.	Neuvedeno.
1997	Neuvedeno.	Neuvedeno.	Neuvedeno.
1998	Neuvedeno.	Neuvedeno.	Neuvedeno.
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

(v EUR)

HIS	Účetní schodek	Platby obce	Dosud nesplacená částka
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
Celkem	- 89 312 036	80 043 767	- 9 268 269

(¹) Vysvětlení, proč chybí údaje za roky 1996, 1997 a 1998, viz 236. bod odůvodnění.

- (235) V praxi má vyrovnání schodku podle článku 46 stanov nemocnic IRIS přednost před vyrovnáním schodku podle článku 109 zákona LCH. Poté, co federální ministr zdravotnictví stanoví výši schodku podle článku 109 zákona LCH (viz 47. bod odůvodnění), je obci zaslán dopis a její banka obdrží příkaz okamžitě uhradit tuto částku předmětné nemocnici s přihlédnutím k případným vyrovnávacím platbám schodku, které obec již provedla ve prospěch dané nemocnice podle článku 46 jejích stanov. Obce a nemocnice IRIS se navíc dohodly na tom, že nemocnice IRIS obcím okamžitě vrátí částky, které jim byly vyplaceny podle článku 109 zákona LCH, s cílem zabránit jakémukoli dvojímu pokrytí téhož schodku. V této souvislosti obdržela Komise od banky Belfius, která slouží jako banka obcí, dopis a tabulku potvrzující, že tyto platby byly prováděny okamžitě za každý rok a u všech pěti nemocnic IRIS, a dvojí pokrytí schodku je tudíž vyloučeno. Níže uvedená tabulka č. 8 poskytuje celkový přehled o všech výších vyrovnávacích plateb „schodku podle článku 109 zákona LCH“, které obce uhradily nemocnicím IRIS a které byly okamžitě vráceny, takže se tyto transakce vzájemně vyloučily. V důsledku této skutečnosti nezískaly nemocnice IRIS na základě těchto plateb podle článku 109 zákona LCH žádné zvýhodnění a pro další posuzování podle tohoto rozhodnutí je relevantní pouze vyrovnávací platba schodku podle článku 46 stanov nemocnic IRIS. Tabulka 8 zahrnuje pouze platby do účetního roku 2006 vzhledem k tomu, že se v současnosti jedná o poslední rok, pro který federální veřejná správa veřejného zdraví stanovila výši schodku podle článku 109 zákona LCH. To svědčí o významném zpoždění, ke kterému v praxi dochází při úhradě vyrovnávací platby tohoto schodku v rámci mechanismu článku 109 zákona LCH, a vysvětluje to rovněž, proč jej nemocnice IRIS nepoužívají (a tudíž vracejí tuto vyrovnávací platbu ihned po jejím obdržení). Vyrovnávací platba podle článku 46 stanov nemocnic IRIS skutečně funguje jako rychlejší mechanismus (zejména po zavedení zvláštních subvencí pro obce, viz 232. bod odůvodnění) než mechanismus podle článku 109 zákona LCH. Pokrytí schodku podle článku 46 stanov nemocnic IRIS navíc přesahuje rámec částečného krytí schodku podle článku 109 zákona LCH (viz 47. a 48. bod odůvodnění), protože vyrovnává účetní schodek vykázaný nemocnicemi IRIS v plné výši. Ze všech těchto důvodů se toto rozhodnutí zabývá pouze posuzováním vyrovnávacího mechanismu podle článku 46 a již neposuzuje vyrovnávací mechanismus schodku podle článku 109 zákona LCH, na rozdíl od zrušeného rozhodnutí Komise z roku 2009, které posuzovalo mechanismus uvedený v článku 109 zákona LCH.

Tabulka č. 8

Celkový přehled výše schodku podle článku 109 zákona LCH⁽¹⁾, které byly vyplaceny a okamžitě vráceny (stav k 9. listopadu 2015)

(v 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) Jedná se o částky, které byly skutečně vyplaceny a vráceny po zohlednění případných vyrovnávacích plateb schodku, které obec již provedla.

- (236) Komise rovněž posoudila, zda nemocnice IRIS v období 1996–2014 (²⁷³) skutečně obdržely nadměrnou vyrovnávací platbu. Vzhledem k fúzím provedeným dne 1. července 1999 (viz rovněž 28. bod odůvodnění) a vzhledem k dlouhé době, která od tohoto data uplynula, nebylo u nemocnice CHU Brugmann možné analyzovat nadměrné vyrovnávací platby v období 1996–1998, protože se nepodařilo dohledat příslušné záznamy. U nemocnic HIS bylo ze stejných důvodů možné tuto analýzu za období 1996–1998 provést pouze souhrnně. V této souvislosti je rovněž třeba zdůraznit, že belgické orgány poskytly veškeré potřebné účetní informace nemocnic IRIS, jakož i platby schodku provedené obcemi v takovém rozsahu, v němž byly tyto údaje k dispozici. Až do 19. prosince 2005, kdy vstoupilo v platnost rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2005, byly totiž členské státy povinny zajistit pouze to, aby tyto informace byly Komisi k dispozici po dobu pěti let (²⁷⁴) (namísto deseti let podle rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2005 a z roku 2012 (²⁷⁵)). Ačkoli první žádost Komise o informace byla zaslána až 22. března 2006, belgickým orgánům se podařilo předložit údaje od roku 1996 pro nemocnice CHU Saint-Pierre, HUDERF a Institut Bordet, a od roku 1999 pro nemocnice HIS (včetně souhrnných údajů za období 1996–1998) a nemocnici CHU Brugmann.
- (237) Komise zkoumala, zda vyrovnávací platby schodku provedené obcemi za určitý rok (s podporou financování z fondu FRBRTC, zvláštních subvencí, regionu Brusel – hlavní město a z vlastních prostředků) překročily výši účetního schodku za daný rok. V této souvislosti Komise připomíná, že nemocnice IRIS obdržely vyrovnávací platbu pouze za schodky vykázané v důsledku plnění služby obecného hospodářského zájmu a některých omezených doplňkových činností. Tabulky 9 až 13 níže uvádějí příslušné údaje pro jednotlivé nemocnice IRIS. Je však důležité mít na paměti, že z těchto tabulek nevyplývá čas, kdy obec daný schodek (částečně) uhradila. Roky, v nichž obce prováděly platby ve prospěch nemocnic IRIS za účelem vyrovnání schodků, jsou pak uvedeny výše

(²⁷³) Rok 2014 je poslední účetní rok, pro který byly k dispozici číselné údaje.

(²⁷⁴) Viz článek 5 směrnice Komise 80/723/EHS ze dne 25. června 1980 o zprůhlednění finančních vztahů mezi členskými státy a veřejnými podniky (Úř. věst. L 195, 29.7.1980, s. 35).

(²⁷⁵) V této souvislosti viz článek 7 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2005 a článek 8 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

v tabulkách 3 až 7 (viz 234. bod odůvodnění). Pokud jde o tabulky 9 až 13, uvádějí pouze částky, které obce vyplatily nemocnicím IRIS (zpravidla ve více splátkách) s cílem vyrovnat schodek za určitý rok, avšak nespecifikují, kdy byly tyto částky skutečně vyplaceny. Tabulky 9 až 13 byly sice vytvořeny s cílem zjistit, zda existuje případná nadměrná vyrovnávací platba za určitý rok posuzovaný izolovaně, v praxi však žádná nemocnice IRIS nikdy neobdržela faktickou nadměrnou vyrovnávací platbu, jak je vysvětleno níže (viz 238. bod odůvodnění).

- (238) Jak dokládají následující tabulky, z porovnání účetního schodku a vyrovnávací platby vyplacené za daný rok vyplývá jen několik případů⁽²⁷⁶⁾ technické nadměrné vyrovnávací platby, pokud je daný rok posuzován izolovaně. Z tabulek 3 až 7 ve 234. bodě odůvodnění však jednoznačně vyplývá, že v praxi žádná z nemocnic IRIS nikdy neobdržela faktickou nadměrnou vyrovnávací platbu vzhledem k tomu, že během sledovaného období (1996–2014) dlužily obce nemocnicím IRIS v souvislosti s vyrovnáním schodků nepřetržitě významné částky. Motivací vzniku technických nadměrných vyrovnávacích plateb mohla být snaha obce o to, aby v průběhu daného roku nejen pokryla účetní schodek za daný rok, ale rovněž dohnala zpoždění při krytí schodků z předchozích let. Přestože tuto motivaci nelze prokázat, faktem zůstává, že v každém roce, kdy nemocnice IRIS obdržely platby, které by v případě, že by tento rok byl posuzován izolovaně, technicky představovaly nadměrnou vyrovnávací platbu za danou službu obecného hospodářského zájmu a za doplňkové činnosti v omezeném rozsahu provedené v daném roce, z celkového hlediska byla dané nemocnici IRIS poskytnuta de facto nedostatečná platba, která nepostačovala na pokrytí těchto služeb obecného hospodářského zájmu a doplňkových činností v omezeném rozsahu, které byly provedeny v průběhu předchozích let i předmětného roku⁽²⁷⁷⁾.
- (239) V případě nemocnice CHU Saint-Pierre z tabulky č. 9 níže vyplývá, že kdyby byl posuzován každý rok izolovaně, byla by v letech 1996, 1997 a 2012 vykázána technická nadměrná vyrovnávací platba v omezeném rozsahu. V každém z těchto případů činila výše těchto nadměrných vyrovnávacích plateb necelého 1,5 % vyrovnávací platby poskytnuté za posuzovaný rok, a bylo je tedy možno převést do dalšího roku v souladu s rozhodnutím o službách obecného hospodářského zájmu⁽²⁷⁸⁾. V praxi však docházelo k tomu, že jak již bylo uvedeno výše (viz tabulka 3 ve 234. bodě odůvodnění), vyrovnávací platba poskytovaná nemocnici CHU Saint-Pierre v průběhu období 1996–2014 byla průběžně nedostatečná, a obec měla u této nemocnice stále dluh. V průběhu období 1996–2014 činila tato nedostatečná vyrovnávací platba 3 666 541 EUR. V budoucnosti však budou dotčené obce povinny tento zbývající účetní schodek vyrovnávat v souladu s povinností, kterou jim ukládá článek 46 stanov nemocnic IRIS⁽²⁷⁹⁾.

⁽²⁷⁶⁾ Zejména jen ve čtyřech z 89 posuzovaných let pro pět nemocnic IRIS převyšovala technická nadměrná vyrovnávací platba za tyto roky pojaté izolovaně 10 % výše roční vyrovnávací platby.

⁽²⁷⁷⁾ Navíc je nutno mít na paměti, že částky vyrovnávací platby za daný schodek představují jen omezenou část celkového veřejného financování, které nemocnice IRIS obdržely za poskytovanou službu obecného hospodářského zájmu. V průběhu období 2007–2011 činily průměrné roční platby federální vlády z rozpočtu BMF poskytnuté všem nemocnicím IRIS přibližně 323 milionů EUR. V průběhu téhož období vykazovaly nemocnice IRIS jako celek průměrné účetní schodky ve výši 13,4 milionu EUR ročně, zatímco obce zaplatily za tyto schodky vyrovnávací platby v průměrné výši 16,4 milionu EUR ročně (které se týkaly rovněž schodků z předchozích let). Vyrovnávací platby za schodky tedy představovaly jen přibližně 5 % federálních prostředků z rozpočtu BMF poskytnutých nemocnicím IRIS. Kdyby tedy byly tyto významné částky veřejného financování poskytnuté prostřednictvím rozpočtu BMF zohledněny při výpočtu toho, zda nadměrná vyrovnávací platba přesahuje 10 % vyrovnávací platby vyplacené v jakémkoli daném roce (a zda ji tedy lze převést do dalšího období, jak je stanoveno v čl. 6 odst. 2 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012), procento nadměrné vyrovnávací platby by pravděpodobně bylo mnohem nižší. Tento závěr je založen na relativní výši plateb z rozpočtu BMF v porovnání se schodky a na skutečnosti, že riziko nadměrné vyrovnávací platby prostřednictvím rozpočtu BMF je minimální. Rozpočet BMF je především primárně navržen jako paušální financování vypočtené na základě skutečných nákladů nemocnic z minulých let (a neimplikuje žádnou nadměrnou vyrovnávací platbu). Kromě toho federální veřejná správa veřejného zdraví provádí podrobné kontroly skutečných nákladů každé nemocnice ex post a přepočítává částku z rozpočtu BMF, na kterou má daná nemocnice nárok. A konečně je třeba připomenout, že při porovnávání vyrovnávacích plateb vyplacených obcemi a účetních schodků vykazovaných nemocnicemi IRIS nebyl zohledněn žádný příměrný zisk.

⁽²⁷⁸⁾ Příslušný výpis z čl. 6 odst. 2 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 zní takto: „Pokud nadměrně vyplacená částka nepřesahuje 10 % průměrné roční vyrovnávací platby, lze tuto nadměrnou částku převést do dalšího období a odečíst ji od vyrovnávací platby splatné v daném období.“ Vzhledem k neexistenci faktické nadměrné vyrovnávací platby (protože z celkového hlediska byly vyrovnávací platby poskytované nemocnicím v průběhu období 1996–2014 vždy nedostatečné) k takovému převedení v praxi nikdy nedošlo. To platí pro všechny nemocnice IRIS [viz rovněž 240. až 243. bod odůvodnění].

⁽²⁷⁹⁾ Další řešení v případě, že by se nemocnice CHU Saint-Pierre v následujících letech stala ziskovou, by za normálních okolností spočívalo v tom, že by si své zisky ponechala a použila je na vyrovnání ztrát z minulosti. V tomto případě by obce neměly vyrovnávat zbytkový účetní schodek, případně by ho měly vyrovnávat jen částečně. Jedná se však pouze o hypotetický scénář, protože nemocnice CHU Saint-Pierre vykazovala v období 1996–2014 omezený zisk pouze v jediném roce (2006).

Tabulka č. 9

Účetní schodek a vyrovnávací platba poskytnutá nemocnici CHU Saint- Pierre

(v EUR)

CHU St. Pierre	Účetní schodek	Financovaný prostřednictvím fondu FRBRTC nebo zvláštní subvence od regionu (1)	Dodatečné příspěvky obcí	Celková poskytnutá vyrovnávací platba	Nadměrná vyrovnávací platba (+) nebo nedostatečná vyrovnávací platba (-) za daný rok	Nadměrná vyrovnávací platba (+) nebo nedostatečná vyrovnávací platba (-) celkem
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 je vysvětleno ve 104. bodě odůvodnění, fond FRBRTC a zvláštní subvence poskytnuté regionem Brusel – hlavní město obcím představují opatření vnitrostátního financování, které jsou zdrojem financování mechanismu převodů prováděných obcemi za účelem vyrovnání schodku. Tyto částky jsou uvedeny v samostatném sloupci s cílem ilustrovat, že obce využívají tyto regionální finanční prostředky výhradně pro vyrovnávací platby schodku. Tuto prezentaci nelze vykládat jako známku toho, že dané částky byly převedeny fondem FRBRTC nebo regionem Brusel – hlavní město na nemocnice IRIS. Tyto převody byly provedeny ve prospěch obcí, které tyto finanční prostředky následně použily na financování své povinnosti poskytnout vyrovnávací platbu schodku nemocnicím IRIS.

(240) Jak je vysvětleno výše (viz 236. bod odůvodnění), nebylo možné provést analýzu existence nadměrné vyrovnávací platby nemocnicím IRIS Sud (HIS) za roky 1996–1998 jednotlivě, protože nebyly k dispozici potřebné údaje. Belgickým orgánům se však podařilo dohledat souhrnné částky za toto období, v jehož průběhu nemocnice HIS ještě působily jako čtyři samostatné nemocnice. V průběhu těchto tří let utrpěly některé nemocnice HIS ztráty v celkové výši 2 622 714 EUR, zatímco jiné dosáhly zisku v celkové výši 703 624 EUR. Ztráty byly plně pokryty z finančních prostředků od fondu FRBRTC, které byly poskytnuty dané obci. Zisky byly převedeny do následujícího roku, což vysvětluje, proč vyrovnávací platba schodku vykázaného v roce 1999 pokrývá tento schodek jen částečně. Zbývající část schodku byla pokryta nerozděleným ziskem za období 1996–1998. Z tabulky č. 10 rovněž vyplývá, že s výjimkou velmi nízkých technických nadměrných vyrovnávacích plateb v letech 2000, 2010, 2011, 2013 a 2014 (jejichž výše v žádném z uvedených případů nepřekročila 0,12 % vyrovnávací platby poskytnuté v daných letech), byly vyrovnávací platby poskytnuté nemocnicím HIS v každém roce nedostatečné. Celková výše této nedostatečné vyrovnávací platby činí za období 1999–2014 přes 9 milionů EUR.

Tabulka č. 10

Účetní schodek a vyrovnávací platba poskytnutá nemocnicím HIS

(v EUR)

HIS	Účetní schodek	Financovaný prostřednictvím fondu FRBRTC nebo zvláštní subvence od regionu	Dodatečné příspěvky obcí	Celková poskytnutá vyrovnávací platba	Nadměrná vyrovnávací platba (+) nebo nedostatečná vyrovnávací platba (-) za daný rok	Nadměrná vyrovnávací platba (+) nebo nedostatečná vyrovnávací platba (-) celkem
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 přidání nerozděleného zisku za období 1996–1998, tj. 703 624 EUR.

- (241) V případě nemocnice HUDERF uvádí tabulka č. 11 níže velmi nízké technické nadměrné vyrovnávací platby v letech 1998, 2002 a 2007 (která v žádném z těchto případů nepřekročila 0,15 % vyrovnávací platby poskytnuté za daný rok). V roce 2013 byla vykázána významnější technická nadměrná vyrovnávací platba (téměř 17 % vyrovnávací platby poskytnuté za daný rok). Avšak vzhledem k tomu, že vyrovnávací platba poskytovaná nemocnici HUDERF byla již v letech 2010 a 2011 zjevně nedostatečná, v roce 2013 se tato nemocnice celkově nacházela ve stejné situaci, pokud jde o službu obecného hospodářského zájmu a doplňkové činnosti, které až dosud poskytl. Celková reálná nedostatečná vyrovnávací platba za celé období 1996–2014 činila přes 700 000 EUR. Navíc, jak bylo prokázáno výše (viz tabulka č. 5 ve 234. bodě odůvodnění), nemocnice HUDERF v praxi nikdy neobdržela skutečnou nadměrnou vyrovnávací platbu, na jejímž základě by jí vznikla povinnost (částečně) vrátit vyrovnávací platbu schodku. Ve skutečnosti se stále nacházela v situaci, kdy jí bylo poskytováno nedostatečné vyrovnání, a obec vůči ní v průběhu celého období 1996–2014 měla dluh.

Tabulka č. 11

Účetní schodek a vyrovnávací platba poskytnutá nemocnici HUDERF

(v EUR)

HUDERF	Účetní schodek	Financovaný prostřednictvím fondu FRBRTC nebo zvláštní subvence od regionu	Dodatečné příspěvky obcí	Celková poskytnutá vyrovnávací platba	Nadměrná vyrovnávací platba (+) nebo nedostatečná vyrovnávací platba (-) za daný rok	Nadměrná vyrovnávací platba (+) nebo nedostatečná vyrovnávací platba (-) celkem
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) V případě Institutu Bordet byly účetní výsledky v letech 1996 až 2001 kladné a proto nebyl ve vztahu k těmto rokům proveden žádný zásah obce. Od roku 2002 však byl účetní výsledek negativní, a z tohoto důvodu byly provedeny platby s cílem vyrovnat příslušné schodky. Z tabulky č. 12 níže jsou patrné velmi nízké technické nadměrné vyrovnávací platby v letech 2005 (necelá 4 % vyrovnávací platby poskytnuté v tomto roce) a 2011 (necelé 0,5 % vyrovnávací platby poskytnuté v tomto roce). Jeví se, že v roce 2009 byla provedena významná technická nadměrná vyrovnávací platba v přibližné výši 580 000 EUR (tj. přibližně 46 % vyrovnávací platby poskytnuté za uvedený rok). V roce 2008 však byla vykázána nedostatečná vyrovnávací platba v přibližné výši 533 000 EUR (téměř 505 000 EUR na souhrnném základě). To znamená, že celková výše technické souhrnné nadměrné vyrovnávací platby, kterou by bylo možno převést do roku 2010 ⁽²⁸⁰⁾, činila pouhých 73 702 EUR (necelých 6 % vyrovnávací platby poskytnuté za rok 2009), zatímco od roku 2010 až do současnosti nebyla poskytnuta žádná vyrovnávací platba). Institut Bordet navíc v každém z hodnocených let průběžně očekával vyrovnávací platbu za vykázané schodky (viz tabulka 6 ve 234. bodě odůvodnění). V roce 2009 dlužila obec Institutu přibližně 3 miliony EUR. Skutečná nedostatečná vyrovnávací platba za celé období 1996–2014 celkem činí přes 2,4 milionu EUR. Jak je vysvětleno ve 234. bodě odůvodnění, zisky z let 1996–2001 snižují dosud nesplacenou částku obcí, protože obce si před provedením svého zásahu tyto zisky odečítají.

Tabulka č. 12

Účetní schodek a vyrovnávací platba poskytnutá Institutu Bordet

(v EUR)

Institut Bordet	Účetní schodek	Financovaný prostřednictvím fondu FRBRTC nebo zvláštní subvence od regionu	Dodatečné příspěvky obcí	Celková poskytnutá vyrovnávací platba	Nadměrná vyrovnávací platba (+) nebo nedostatečná vyrovnávací platba (-) za daný rok	Nadměrná vyrovnávací platba (+) nebo nedostatečná vyrovnávací platba (-) celkem
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⁾ V této souvislosti viz článek 6 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2005 a čl. 6 odst. 2 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

(v EUR)

Institut Bordet	Účetní schodek	Financovaný prostřednictvím fondu FRBRTC nebo zvláštní subvence od regionu	Dodatečné příspěvky obcí	Celková poskytnutá vyrovnávací platba	Nadměrná vyrovnávací platba (+) nebo nedostatečná vyrovnávací platba (-) za daný rok	Nadměrná vyrovnávací platba (+) nebo nedostatečná vyrovnávací platba (-) celkem
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 je vysvětleno výše (viz 236. bod odůvodnění), analýza existence nadměrné vyrovnávací platby ve prospěch nemocnice CHU Brugmann za období 1996–1998 nemohla být provedena pro nedostatek číselných údajů. Tabulka č. 13 níže uvádí nízké technické nadměrné vyrovnávací platby v letech 2000, 2003, 2004, 2008 a 2011 (které v žádném z těchto případů nepřekročily 7 % vyrovnávací platby poskytnuté za daný rok). Ve dvou letech, tj. v letech 1999 a 2012, přesáhla technická nadměrná vyrovnávací platba 10 % vyrovnávací platby poskytnuté za daný rok (tj. 15,3 % v roce 1999 a 12,9 % v roce 2012). V roce 2012 se však nemocnice CHU Brugmann nacházela obecně v situaci nedostatečného vyrovnání poté, co již v letech 2009 a 2010 obdržela zcela nedostatečné vyrovnávací platby (tj. celkové nedostatečné vyrovnání ve výši 558 858 EUR). Pokud jde o rok 1999, nejsou k dispozici číselné údaje za předchozí roky, které by bylo možno zohlednit při posuzování celkové situace nemocnice CHU Brugmann v oblasti vyrovnávacích plateb v roce 1999. Je však důležité mít na paměti, že první platby od obce (na základě financování od fondu FRBRTC) byly poskytovány až od roku 2003 a že se nemocnice CHU Brugmann nikdy nenacházela v situaci, kdy by jí byla poskytnuta nadměrná vyrovnávací platba, v jejímž důsledku by jí vznikla povinnost (částečně) vrátit vyrovnávací platbu schodku obci, což je patrné z tabulky č. 4 ve 234. bodě odůvodnění. V průběhu období 1996–2014 se nemocnice CHU Brugmann po celou dobu skutečně celkově nacházela v situaci, kdy jí bylo poskytováno nedostatečné vyrovnání, a obec vůči ní měla dluh za úhradu schodků z minulosti. Skutečná nedostatečná vyrovnávací platba za toto období celkem činila přibližně 935 000 EUR.

Tabulka č. 13

Účetní schodek a vyrovnávací platba poskytnuté nemocnici CHU Brugmann

(v EUR)

CHU Brugmann	Účetní schodek	Financovaný prostřednictvím fondu FRBRTC nebo zvláštní subvence od regionu	Dodatečné příspěvky obcí	Celková poskytnutá vyrovnávací platba	Nadměrná vyrovnávací platba (+) nebo nedostatečná vyrovnávací platba (-) za daný rok	Nadměrná vyrovnávací platba (+) nebo nedostatečná vyrovnávací platba (-) celkem
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

(v EUR)

CHU Brugmann	Účetní schodek	Financovaný prostřednictvím fondu FRBRTC nebo zvláštní subvence od regionu	Dodatečné příspěvky obcí	Celková poskytnutá vyrovnávací platba	Nadměrná vyrovnávací platba (+) nebo nedostatečná vyrovnávací platba (-) za daný rok	Nadměrná vyrovnávací platba (+) nebo nedostatečná vyrovnávací platba (-) celkem
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) A konečně omezené zisky, které vykazovaly některé nemocnice IRIS (konkrétně nemocnice CHU Saint-Pierre v roce 2006, nemocnice HUDERF v roce 1999 a Institut Bordet v letech 1996 až 2001) nelze považovat za indikátor toho, že docházelo k nadměrnému vyrovnání. Na základě platného oddělení účtů (viz 226. bod odůvodnění) v těchto nemocnicích IRIS totiž Komise dospěla k závěru, že ve všech případech kromě jednoho jsou tyto zisky odvozeny od zisků generovaných doplňkovými činnostmi (viz 41., 116. a 117. bod odůvodnění), které tyto nemocnice IRIS vykonávají. Činnosti související se službou obecného hospodářského zájmu, kterou poskytuje Institut Bordet, generovaly v roce 1996 omezený zisk v řádové výši 1 % celkových příjmů této nemocnice za daný rok. Komise se domnívá, že takto omezený zisk by byl v každém případě přiměřený a nevedl by tudíž ke vzniku nadměrné vyrovnávací platby. Jak je navíc vysvětleno výše (viz 234. bod odůvodnění), veškeré zisky (bez ohledu na to, zda vyplývají z dané služby obecného hospodářského zájmu nebo z doplňkových činností) jsou zachovány a využity k vyrovnání budoucích schodků (nebo neuhrazených schodků z minulosti) a tím i ke snížení příspěvků od obcí.
- (245) Na základě výše uvedených skutečností dospěla Komise k závěru, že vzhledem k prodlení s úhradami vyrovnávacích plateb schodku, ke skutečnosti, že v průběhu celého období 1996–2014 předmětné obce dlužily každé z nemocnic IRIS významné částky v souvislosti s vyrovnáváním schodků, a ke skutečnosti, že každá z nemocnic IRIS se celkově nacházela v situaci nedostatečného vyrovnání, nebyla v praxi žádná z nemocnic IRIS příjemcem nadměrné vyrovnávací platby.

7.3.6. Kontrola nadměrného vyrovnání

- (246) Třetí podmínka základní slučitelnosti uvedená v rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 ukládá členským státům přijmout opatření s cílem zajistit, aby podniky pověřené poskytováním služby obecného hospodářského zájmu neobdržely žádnou nadměrnou vyrovnávací platbu, a ukládá členským státům, aby prováděly nebo zajistily pravidelné kontroly alespoň každé tři roky⁽²⁸¹⁾. Navíc jestliže podnik skutečně obdržel nadměrnou vyrovnávací platbu, jsou členské státy povinny vyžadovat, aby daný podnik nadměrně vyplacenou částku vrátil⁽²⁸²⁾.

⁽²⁸¹⁾ Čl. 6 odst. 1 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

⁽²⁸²⁾ Čl. 6 odst. 2 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

- (247) Nejprve je nutné uvést, že pokud jde o pokrytí předmětného schodku, již samotná povaha tohoto vyrovnávacího mechanismu výrazně snižuje riziko nadměrné vyrovnávací platby, a jedná se tedy o opatření, které umožňuje zabránit nadměrné vyrovnávací platbě. Obce totiž mohou pokrývat jen skutečný schodek vykázaný nemocnicemi IRIS vzniklý v důsledku toho, že poskytují služby obecného hospodářského zájmu a doplňkové činnosti v omezeném rozsahu. Vyrovnávací platba tedy pokrývá pouze zbytkové čisté náklady (viz 226. bod odůvodnění) vzniklé při poskytování těchto služeb obecného hospodářského zájmu a doplňkových činností, a nezahrnuje dokonce ani přiměřený zisk. Veškeré platby jsou prováděny ex post, tj. poté, co byly dané schodky vykázaný (v této souvislosti viz tabulky uvedené ve 234. bodě odůvodnění). Platby jsou prováděny ve více splátkách (jak je patrné z tabulek ve 234. bodě odůvodnění), což je zárukou toho, že obce mohou platbu při sebemenším náznaku rizika nadměrné vyrovnávací platby zadržet. Obce rovněž před provedením platby ve prospěch nemocnic IRIS ověřují souhrnnou výši neuhrazených schodků. Jak je vysvětleno výše (viz 235. bod odůvodnění), obce a nemocnice IRIS se rovněž dohodly na okamžitém vracení vyrovnávací platby schodku podle článku 109 zákona LCH, aby zabránily jakémukoli dvojímu pokrytí téhož schodku. Je zde proto pouze omezené a teoretické zbytkové riziko technické nadměrné vyrovnávací platby, pokud by byla vyrovnávací platba analyzována za každý rok izolovaně (viz 237. a 238. bod odůvodnění). V praxi však žádná z nemocnic IRIS celkově nebyla nikdy příjemcem faktické nadměrné vyrovnávací platby vzhledem k tomu, že v průběhu celého období 1996–2014 dlužily obce nemocnicím IRIS významné částky za neuhrazené vyrovnávací platby schodku (jak to potvrzují tabulky ve 234. bodě odůvodnění).
- (248) Za druhé, zákon ze dne 14. listopadu 1983 ⁽²⁸³⁾ o kontrole poskytování a využívání určitých subvencí definuje pravidla pro kontrolu poskytnutých subvencí, a to zejména ze strany místních orgánů. Obsahuje stejná pravidla jako obecné bruselské usnesení ze dne 23. února 2006, které definuje pravidla týkající se rozpočtu, účetnictví a auditu ⁽²⁸⁴⁾ a zahrnuje i obecná pravidla pro region Brusel – hlavní město vymezená zákonem ze dne 16. května 2003, který upravuje obecná ustanovení týkající se rozpočtů, kontroly subvencí a účetnictví obcí a regionů, jakož i organizace kontroly belgického Účetního dvora ⁽²⁸⁵⁾. Článek 1 zákona ze dne 14. listopadu 1983 stanoví:

„Tento zákon se vztahuje na veškeré subvence poskytnuté:

1. provinciemi, obcemi, institucemi provinciálního nebo obecního zájmu s právní subjektivitou, aglomeracemi, federacemi obcí, kulturními výbory, sdruženími provincií a sdruženími obcí;
2. fyzickými nebo právníckými osobami, které jsou přímo nebo nepřímo dotovány jedním z poskytovatelů uvedených v odstavci 1.“

Článek 2 tohoto zákona rovněž definuje jeho velmi širokou oblast působnosti a stanoví, že:

„Subvencí se rozumí [...] jakýkoli příspěvek, výhoda nebo podpora bez ohledu na formu nebo název, a to včetně bezúročných vratných záloh poskytnutých s cílem podpořit činnosti prospěšné z hlediska veřejného zájmu [...].“

Z výše uvedených článků jednoznačně vyplývá, že vyrovnávací platba schodku poskytovaná bruselskými obcemi nemocnicím IRIS za plnění služby obecného hospodářského zájmu a doplňkových činností spadá do oblasti působnosti tohoto zákona.

- (249) Článek 3 zákona ze dne 14. listopadu 1983 stanoví zásadu, podle níž smí být subvence použita výhradně pro účely, pro které byla udělena, a příjemce musí být schopen její použití zdůvodnit. Články 4 a 5 definují další pravidla týkající se poskytování těchto subvencí a povinnosti transparentnosti uložené příjemci. Články 6 a 7 definují pravidla týkající se kontroly používání subvencí prováděné poskytovatelem subvencí nebo jeho jménem. Především článek 6 stanoví:

„Každý poskytovatel [subvencí] má právo provést kontrolu využití poskytnuté subvence na místě.“

⁽²⁸³⁾ Moniteur belge ze dne 6. prosince 1983, s. 15009.

⁽²⁸⁴⁾ Moniteur belge ze dne 23. března 2006, s. 16710.

⁽²⁸⁵⁾ Moniteur belge ze dne 25. června 2003, s. 33692.

Článek 7 stanoví povinnosti náhrad a zpětného vymáhání subvencí. Tento článek zní:

„Aniž by byla dotčena zrušující ustanovení vztahující se na danou subvenci, je příjemce povinen subvenci vrátit v následujících případech:

1. pokud subvenci nevyužívá pro účely, pro které mu byla poskytnuta;
2. pokud nepředloží některé z odůvodnění uvedených v člancích 4 a 5;
3. pokud brání provedení kontroly uvedené v článku 6.

V případě uvedeném v odstavci 1 a 2 však musí příjemce vrátit pouze tu část dotace, která není odůvodněna.

Veřejnoprávní právnické osoby, které mají pravomoc zavádět přímé daně, jsou oprávněny zpětně vymáhat subvence, které mají být vráceny, na základě exekučního příkazu. Tento příkaz vydává účetní pověřený zpětným vymáháním. Vykonatelným ho učiní správní orgán, který je oprávněn stanovit vymahatelnost úlohy příslušných přímých ustanovení týkajících se těchto veřejnoprávních právnických osob.“

(250) Zákon tedy umožňuje obcím zajistit udělování subvencí v souladu s nezbytnými podmínkami a kontrolovat využívání a zpětné vymáhání částek, které nejsou třeba. Vyrovnávací platba schodku ze strany obcí tedy podléhá velmi přísným pravidlům. Pokud ji dotčené nemocnice přijmou, akceptují tak i právo kontroly nezávislým orgánem, který může zaručit, že daná subvence byla skutečně použita k účelu, za kterým byla udělena. V opačném případě je nemocnice povinna ji neprodleně vrátit, což zaručuje zpětné získání veškerých nadměrných vyrovnávacích plateb provedených ve prospěch nemocnic IRIS.

(251) To potvrzuje zákon o CPAS, jehož čl. 60 odst. 6 stanoví, že:

„O vytvoření nebo rozšíření institucí nebo služeb, které jsou způsobilé pro získání subvencí na úrovni investic nebo provozu, lze rozhodnout pouze na základě dokumentace, z níž vyplývá, že budou dodrženy podmínky stanovené obecnými právními předpisy pro udělování těchto subvencí.“

Pokud středisko CPAS poskytne podporu veřejné nemocnici, je nutno prokázat, že budou dodržena pravidla týkající se poskytnutí tohoto financování.

(252) Obdobně článek 135g zákona o CPAS definuje způsoby dohledu zastřešujícího sdružení (v tomto případě IRIS) nad místními sdruženími, na která se vztahuje kapitola XII (v tomto případě se jedná o nemocnice IRIS) ve všech čtvrtletích. To zejména znamená, že sdružení IRIS kontroluje, zda jsou rozhodnutí přijatá nemocnicemi IRIS v souladu s:

- „1. obecným strategickým plánem a s organizačním plánem nemocniční péče a rozhodnutími přijatými na jeho základě;
2. organizačním plánem a finančním plánem, které jsou schváleny místním sdružením na základě pokynů zastřešujícího sdružení, jakož i s jejich případnými opravami a aktualizacemi;
3. ročním rozpočtem, který stanoví místní sdružení na základě pokynů zastřešujícího sdružení.

V případě nesouladu přijme zastřešující sdružení veškerá opatření, která bude považovat za nezbytná pro napravení tohoto nesouladu, a předloží je k provedení příslušnému místnímu sdružení ve lhůtě, kterou určí.

V případě, že dané místní sdružení tato opatření ve stanovené lhůtě neprovede, může zastřešující sdružení neprodleně pověřit komisaře uvedeného v článku 135h, aby převzal funkci orgánu místního sdružení, který toto opatření neprovedl.“

(253) Z výše uvedených ustanovení vyplývá, že jak zákon o CPAS, tak zákon ze dne 14. listopadu 1983 umožňují bruselským obcím zajistit, že subvence poskytnuté nemocnicím IRIS budou využity správně a nevyústí v nadměrnou vyrovnávací platbu. Společné uplatňování těchto ustanovení usnadňuje kontrolu nadměrné vyrovnávací platby a zajišťuje zpětné vymáhání nadměrných vyrovnávacích plateb. Navíc je v případě jejich nedodržení zajištěno převzetí funkce třetí osobou s cílem zajistit splnění těchto povinností uložených

nemocnicím IRIS, a to zejména ve vztahu k rozpočtu. Obce, střediska CPAS a zastřešující sdružení IRIS tedy mají rozsáhlé kontrolní pravomoci i přesto, že v rámci vyrovnávacího mechanismu schodků uvedeného v tomto rozhodnutí neexistuje prakticky žádné riziko nadměrné vyrovnávací platby.

- (254) Kromě toho v případech, že provozní účty veřejné nemocnice vykazují schodek, může kolegium starostů a radních na základě čl. 111 odst. 2 a 126 zákona o CPAS pozastavit provádění „jakéhokoli rozhodnutí střediska CPAS, které poškozují obecní zájem, zejména finanční zájem obce.“
- (255) Na závěr pak je třeba zdůraznit, že orgány, které poskytují předmětnou podporu (tj. obce a střediska CPAS) příjemce přímo ovládají. Konkrétně to znamená, že tyto orgány mají většinu hlasů ve správních radách nemocnic IRIS, které mimo jiné jmenují generálního ředitele příslušné nemocnice. V nepříliš pravděpodobném případě, že by nemocnice IRIS odmítla vrátit nadměrnou vyrovnávací platbu, by veřejné orgány mohly tuto situaci snadno napravit výměnou generálního ředitele. Kromě toho se správní rada v souladu se stanovami každé nemocnice IRIS schází nejméně osmkrát do roka, což umožňuje orgánům, které poskytly podporu, podrobně sledovat finanční situaci nemocnic IRIS (zejména prostřednictvím čtvrtletních zpráv týkajících se tohoto tématu, jak je vyžadováno ve stanovách).
- (256) Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem dospěla Komise k závěru, že existují dostatečná opatření umožňující předcházet nadměrným vyrovnávacím platbám, odhalovat je a zpětně je vymáhat, přičemž riziko reálné nadměrné vyrovnávací platby se s ohledem na povahu předmětné podpory jeví jako velmi omezené.

7.3.7. Období pověření

- (257) Čl. 2 odst. 2 rozhodnutí o SOHZ 2012 stanoví, že se toto rozhodnutí použije pouze na pověření, jejichž doba nepřesahuje deset let, s výjimkou případů, kdy lze delší období odůvodnit potřebou, aby pověřený podnik umožnil velké investice během delšího období v souladu s obecně přijímanými účetními zásadami.
- (258) Doba platnosti stanov nemocnic IRIS, které na úrovni obcí představují relevantní pověření v dané věci, je stanovena na 30 let. Komise se domnívá, že takto dlouhé období je odůvodněno tím, že se od nemocnic IRIS jako od pověřených poskytovatelů služeb obecného hospodářského zájmu vyžadují velké investice. Konkrétně se jedná o to, že nejdůležitějšími aktivy nemocnic IRIS je jejich nemovitý majetek (který představuje více než 60 % hodnoty jejich aktiv), a který je v souladu s obecně přijímanými účetními zásadami ⁽²⁸⁶⁾ odepisován po dobu 30 let. Kromě toho strategické plány IRIS, které specifikují dodatečné povinnosti nemocnic IRIS, mají také omezenou dobu trvání, která je ještě nižší. První strategický plán se týkal období 1996–2001. Druhý strategický plán se původně týkal období 2002–2006, ale následně byl pozměněn a prodloužen až do konce roku 2014. V lednu 2015 byl přijat nový strategický plán na období 2015–2018.
- (259) Zákon ze dne 10. dubna 2014 ⁽²⁸⁷⁾ navíc omezil dobu trvání federálního pověření týkajícího se základních úkolů nemocniční péče ⁽²⁸⁸⁾, neboť změnil článek 105 platného znění zákona LCH ⁽²⁸⁹⁾. Konkrétně to znamená, že článek 105 nyní vyžaduje, aby doba, po kterou jsou poskytovány prostředky z rozpočtu BMF, nepřekročila deset let, s výjimkou prvků z rozpočtu BMF, které pokrývají náklady na velké investice nemocnic a které je nutno umožnit během delšího období v souladu s obecně přijímanými účetními zásadami. A konečně, jednotlivá povolení, která nemocnice musí mít, aby byly způsobilé pro financování z rozpočtu BMF, mají rovněž omezenou dobu trvání (která závisí na daném regionu, ale zpravidla se pohybuje okolo pěti let a v každém případě trvá nejvýše deset let).
- (260) Komise se proto domnívá, že povinnost omezit dobu pověření a zdůvodnit její trvání podle čl. 2 odst. 2 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 je splněna.

⁽²⁸⁶⁾ Toto období odepisování ukládá královská vyhláška ze dne 19. června 2007, která se vztahuje na všechny belgické nemocnice [viz rovněž 226. bod odůvodnění].

⁽²⁸⁷⁾ Viz poznámka pod čarou 264.

⁽²⁸⁸⁾ Jak je vysvětleno v 166. bodě odůvodnění, Komise se domnívá, že ke svěřením uvedených tří dodatečných povinností by nedošlo, kdyby neexistovaly základní úkoly nemocniční péče. V této souvislosti považuje Komise za vhodné posoudit dobu trvání pověření ve vztahu k základním úkolům nemocniční péče.

⁽²⁸⁹⁾ Tj. zákon o nemocnicích ze dne 10. července 2008 (Moniteur Belge ze dne 7. listopadu 2008, s. 58624).

7.3.8. Transparentnost

- (261) A konečně rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 vyžaduje, aby členské státy zveřejňovaly určité informace. Konkrétně v případě vyrovnávací platby nad 15 milionů EUR udělené podniku, který vykonává i činnosti mimo rozsah služby obecného hospodářského zájmu vyžaduje článek 7 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012, aby členské státy zveřejnily na internetu nebo jiným vhodným způsobem pověřovací akt (nebo shrnutí, které zahrnuje prvky stanovené v článku 4 uvedeného rozhodnutí) a částky podpory udělované podniku na ročním základě.
- (262) Povinnost transparentnosti se podle rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 vztahuje na „vyrovnávací platby nad 15 milionů EUR udělené podniku, který vykonává i činnosti mimo rozsah služby obecného hospodářského zájmu“. Jak je uvedeno v tabulkách 9 až 13, výše vyrovnávací platby obcí za schoděk jednotlivých nemocnic IRIS v žádném roce nikdy nepřekročila práh ve výši 15 milionů EUR. Komise proto má za to, že povinnost transparentnosti podle článku 7 rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 se na tento případ nevztahuje.

7.3.9. Shrnutí závěrů ohledně slučitelnosti podpory s vnitřním trhem

- (263) S ohledem na uvedené skutečnosti dospěla Komise k závěru, že vyrovnávání schodků veřejných bruselských nemocnic IRIS bruselskými obcemi od roku 1996, které je předmětem tohoto rozhodnutí, je v souladu s požadavky rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012, a je tedy slučitelné s vnitřním trhem podle čl. 106 odst. 2 SFEU.
- (264) Z výše uvedeného závěru a z vysvětlení uvedených ve 148. až 152. bodě odůvodnění vyplývá, že Komise nepotřebuje posuzovat, zda je vyrovnání schodku veřejných bruselských nemocnic IRIS bruselskými obcemi slučitelné s vnitřním trhem i podle rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2005 (v případě podpory udělené mezi 19. prosincem 2005 a 31. lednem 2012) nebo podle rámce služeb obecného hospodářského zájmu z roku 2012.

7.4. Závěrečné poznámky

- (265) Jak je vysvětleno výše (viz 159. bod odůvodnění), Tribunál ve svém rozsudku o zrušení rozhodnutí ze dne 7. listopadu 2012 odkazoval na zásadu rovného zacházení. V této souvislosti Komise připomíná, že zásada zákazu diskriminace/rovného zacházení není v rozhodnutí o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012 zařazena mezi kritéria slučitelnosti. V tomto případě však Komise dospěla k závěru, že tato zásada je v každém případě dodržena, protože nemocnice IRIS a soukromé bruselské nemocnice se nacházejí právně i fakticky v odlišné situaci vzhledem k tomu, že rozsah úkolu služby obecného hospodářského zájmu veřejných nemocnic IRIS je širší než u soukromých nemocnic a jeho provádění je proto nákladnější (jak bylo vysvětleno výše, viz bod 7.3.4.1). Komise nadto konstatuje, že veřejné nemocnice IRIS při plnění služby obecného hospodářského zájmu, jímž jsou pověřeny, podléhají řadě omezení a vznikají jim i dodatečné náklady (viz 42. a 43. bod odůvodnění).
- (266) Vzhledem k tomu, že nemocnice IRIS a soukromé bruselské nemocnice se nacházejí v odlišné/nesrovnatelné situaci, nelze vyrovnávání schodků nemocnic IRIS považovat za porušení zásady rovného zacházení.

8. ZÁVĚRY

- (267) S ohledem na výše uvedené posouzení Komise rozhodla, že dotčená státní podpora je v tomto případě slučitelná s vnitřním trhem podle čl. 106 odst. 2 SFEU,

PŘIJALA TOTO ROZHODNUTÍ:

Článek 1

Státní podpora poskytovaná od roku 1996 formou vyrovnání schodku bruselských veřejných nemocnic IRIS bruselskými obcemi je slučitelná s vnitřním trhem v souladu s čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování Evropské unie.

Článek 2

Toto rozhodnutí je určeno Belgickému království.

V Bruselu dne 5. července 2016.

Za Komisi
Margrethe VESTAGER
členka Komise
