

ODLUKA KOMISIJE (EU) 2016/2327**od 5. srpnja 2016.****o državnoj potpori SA. 19864 – 2014/C (ex 2009/NN54) koju je provela Belgija – Financiranje javnih bolnica IRIS u regiji glavnog grada Bruxellesa***(priopćeno pod brojem dokumenta C(2016) 4051)***(Vjerodostojni su samo tekstovi na francuskom i nizozemskom jeziku)****(Tekst značajan za EGP)**

EUROPSKA KOMISIJA,

uzimajući u obzir Ugovor o funkcioniranju Europske unije, a posebno njegov članak 108. stavak 2. prvi podstavak ⁽¹⁾,

uzimajući u obzir Sporazum o Europskom gospodarskom prostoru, a posebno njegov članak 62. stavak 1. točku (a),

nakon poziva zainteresiranim stranama da dostave primjedbe u skladu s navedenim člancima ⁽²⁾ i uzimajući u obzir njihove primjedbe,

budući da:

1. POSTUPAK

- (1) Dopisima od 7. rujna 2005. i 17. listopada 2005., zabilježenima 12. rujna 2005., odnosno 19. listopada 2005., Komisija je zaprimila pritužbu protiv države Belgije u pogledu navodnog dodjeljivanja nezakonitih i nespojivih potpora od 1995. za pet javnih bolnica ⁽³⁾ (u daljnjem tekstu: IRIS-H) ⁽⁴⁾ koje pripadaju mreži IRIS ⁽⁵⁾ (u daljnjem tekstu: IRIS) regije glavnog grada Bruxellesa. Pritužbu su uložile dvije udruge (*Coordination bruxelloise d'institutions sociales et de santé* (CBI) i *Association bruxelloise des institutions de soins privées* (ABISP)) koje predstavljaju bolnice pod upravom pravnih osoba privatnog prava (u daljnjem tekstu: privatne bolnice) i pojedinačno pod upravom nekoliko njihovih članova ⁽⁶⁾.
- (2) Pritužba je usredotočena na sljedeće: i. odsutnost jasne definicije ili nedovoljno jasnu definiciju i ovlaštenja posebnih javnih usluga koje su isključivo dodijeljene IRIS-H-u; ii. nadoknade javnih tijela za gubitke IRIS-H-a; iii. prekomjernu nadoknadu troškova povezanih s javnim uslugama IRIS-H-a s pomoću regionalnog fonda *Fonds*

⁽¹⁾ S učinkom od 1. prosinca 2009., članak 87. i članak 88. Ugovora o EZ-u postali su članak 107. i članak 108. Ugovora o funkcioniranju Europske unije („UFEU“). U oba slučaja odredbe su u biti identične. Za potrebe ove Odluke, upućivanja na članak 107. i članak 108. UFEU-a treba tumačiti, ako je potrebno, kao upućivanja na članke 87. i 88. Ugovora o EZ-u. U UFEU-u su uvedene i određene terminološke izmjene, primjerice izraz „Zajednica“ zamijenjen je izrazom „Unija“, izraz „zajedničko tržište“ izrazom „unutarnje tržište“, a izraz „Prvostupanjski sud“ izrazom „Opći sud“. U ovoj se Odluci rabi terminologija iz UFEU-a.

⁽²⁾ SL C 437 od 5.12.2014., str. 10.

⁽³⁾ Tih pet bolnica zajedno raspolaže s oko 2 425 od oko 7 260 kreveta, koliko ih je dostupno u općim bolnicama i kliničkim bolnicama u regiji glavnog grada Bruxellesa (ne uključujući psihijatrijske, gerijatrijske i ostale specijalizirane bolnice). Zapošljavaju oko 10 000 osoba. Te bolnice godišnje pružaju više od milijun medicinskih konzultacija. Broj kreveta u odobrenim bolnicama dostavila su belgijska nadležna tijela (koja su se savjetovala s *Commission communautaire commune* i Saveznom javnom službom „Javno zdravlje“) i odnose se na 2015. godinu. Dodatni podaci dostupni su na mrežnoj stranici IRIS-a (vidjeti <http://www.iris-hopitaux.be>).

⁽⁴⁾ Vidjeti odjeljke 2.2. i 2.4. za dodatne informacije o tim javnim bolnicama i njihovim djelatnostima.

⁽⁵⁾ Pokrata IRIS koristi se za izraz *Interhospitalière régionale des infrastructures de soins*.

⁽⁶⁾ Podnositelji pritužbe zatražili su da njihovi identiteti ne budu otkriveni. Međutim, zbog tužbe za poništenje koju su podnijele te strane i presude o poništenju od 7. studenoga 2012. koju je Opći sud donio u predmetu T-137/10, njihovi su identiteti javno poznati (vidjeti uvodne izjave 4. i 6.). Također valja primijetiti da su ABISP i njegovi članovi povukli svoju pritužbu.

Régional Bruxellois de Refinancement des Trésoreries Communales („FRBRTC“); iv. nedostatak transparentnosti u načinu javnog financiranja IRIS-H-a; te v. unakrsno subvencioniranje nebolničkih djelatnosti IRIS-H-a s pomoću javnih sredstava primljenih za ispunjavanje zadaća bolnice (7).

- (3) Nakon što su belgijska nadležna tijela dostavila dodatne informacije, dana 10. siječnja 2008. službe Komisije dopisom su obavijestile podnositelje pritužbe o svojem preliminarnom mišljenju o pritužbi (8) i pozvale su ih da dostave nove informacije kako bi mogle ponovno ispitati provedeno preliminarno ocjenjivanje pritužbe; u suprotnom će se smatrati da je pritužba povučena. Nakon što su primile odgovor podnositelja pritužbe, službe Komisije potvrdile su svoju preliminarnu ocjenu u dopisu od 10. travnja 2008.
- (4) Podnositelji pritužbe obavijestili su Komisiju da su podnijeli tužbu za poništenje pred Prvostupanjskim sudom Europskih zajednica (koji je 1. prosinca 2009. postao Opći sud Europske unije; u daljnjem tekstu: Opći sud) protiv dopisa od 10. siječnja 2008., koji su smatrali odlukom Komisije (9). Nadalje, 20. lipnja 2008. podnositelji pritužbe podnijeli su tužbu za poništenje dopisa službi Komisije od 10. travnja 2008. (10). Opći sud obustavio je ta dva postupka pokrenuta pred njim do 31. listopada 2009., nakon što je Komisija obavijestila Opći sud da ima namjeru donijeti odluku na temelju Uredbe Vijeća (EZ) br. 659/1999 (11). Kako bi mogle donijeti tu odluku, službe Komisije zatražile su dodatne informacije od belgijskih nadležnih tijela i od podnositelja pritužbe.
- (5) U svojoj odluci od 28. listopada 2009. (12) (u daljnjem tekstu: odluka Komisije iz 2009., također vidjeti odjeljak 4.1.), Komisija je odlučila da neće iznijeti prigovore u pogledu potpore za financiranje javnih bolnica iz mreže IRIS regije glavnog grada Bruxellesa jer je predmetno financiranje proglašeno spojivim sa zajedničkim tržištem pod uvjetima utvrđenima u Odluci Komisije 2005/842/EZ (u daljnjem tekstu: Odluka o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2005.) (13), i izravno na temelju članka 86. stavka 2. Ugovora o EZ-u (sadašnjeg članka 106. stavka 2. UFEU-a) s obzirom na ovlaštenja koja su prethodila stupanju na snagu Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2005. 19. prosinca 2005.
- (6) Nadalje, podnositelji pritužbe podnijeli su tužbu za poništenje te odluke Komisije pred Općim sudom. Svojom presudom od 7. studenoga 2012. u predmetu T-137/10 (14) (također vidjeti odjeljak 4.2.) Opći sud poništio je tu odluku presudivši da su donošenjem odluke povrijeđena postupovna prava podnositelja pritužbe. Opći sud zaključio je da je Komisija trebala izraziti svoje sumnje u pogledu spojivosti predmetnih mjera s unutarnjim tržištem, uzimajući u obzir argumente koje su u tom pogledu iznijeli podnositelji pritužbe. Opći sud zaključio je, među ostalim, da je Komisija trebala pokrenuti formalni istražni postupak kako bi prikupila sve bitne elemente za provjeru spojivosti skupa predmetnih mjera potpore s unutarnjim tržištem, kako bi podnositelji pritužbe i ostale zainteresirane strane mogle iznijeti svoje primjedbe u okviru tog postupka (15).
- (7) Dopisom od 1. listopada 2014. Komisija je obavijestila Belgiju o svojoj odluci da pokrene postupak predviđen člankom 108. stavkom 2. UFEU-a u pogledu mjera za subvencioniranje IRIS-H-a regije glavnog grada Bruxellesa s pomoću javnih sredstava.
- (8) Odluka Komisije o pokretanju postupka (u daljnjem tekstu: odluka o pokretanju postupka) objavljena je u *Službenom listu Europske unije* (16). Komisija je pozvala zainteresirane strane da dostave svoje primjedbe o mjerama.

(7) Podnositelji pritužbe posljednji su argument prvi put iznijeli u dopisu od 15. prosinca 2008.

(8) Službe Komisije u bitnom su ponajprije ocijenile da je bolnicama u mreži IRIS, s obzirom na sve dokaze, s pravom povjereno obavljanje javnih usluga, da je nadoknada koju su primale jasno definirana i da nije pretjerana. Prema tome, službe Komisije zaključile su da ne postoji problem u pogledu pravila koja se odnose na državnu potporu. Osim toga, utvrdile su da se također čini da su zahtjevi u pogledu transparentnosti također ispunjeni. Službe Komisije zaključile su da ne postoje razlozi za provedbu ispitnog postupka s obzirom na nepostojanje novih elemenata koje su dostavili podnositelji pritužbe.

(9) Predmet T-128/08, još neobjavljen.

(10) Predmet T-241/08, još neobjavljen.

(11) Uredba Vijeća (EZ) br. 659/1999 od 22. ožujka 1999. o utvrđivanju detaljnih pravila primjene članka 93. Ugovora o EZ-u (SL L 83 od 27.3.1999., str. 1.).

(12) SL C 74 od 24.3.2010., str. 1.

(13) Odluka Komisije 2005/842/EZ od 28. studenoga 2005. o primjeni članka 86. stavka 2. Ugovora o EZ-u na državne potpore u obliku nadoknade za obavljanje javne usluge koja se dodjeljuje određenim poduzetnicima kojima je povjereno obavljanje usluga od općeg gospodarskog interesa (SL L 312, 29.11.2005., str. 67.).

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

(15) *Ibidem*, t. 313.

(16) Vidjeti bilješku na dnu str. 2.

- (9) Dopisom od 22. listopada 2014. belgijske su vlasti zatražili produljenje roka za dostavljanje svojih primjedaba o odluci o pokretanju postupka. Komisija je odobrila to produljenje dopisom od 23. listopada 2014. Novo produljenje zatraženo je porukom elektroničke pošte od 1. prosinca 2014., a odobreno je dopisom Komisije od 2. prosinca 2014. Dopisom od 16. prosinca 2014. Kraljevina Belgija podnijela je svoje primjedbe o odluci o pokretanju postupka.
- (10) Komisija je zaprimila primjedbe zainteresiranih strana (vidjeti odjeljak 5. u nastavku) 15. prosinca 2014., 5. siječnja 2015. i 9. siječnja 2015. Komisija je dopisima od 13. i 20. veljače 2015. dostavila te primjedbe Belgiji, koja je imala mogućnost odgovoriti na njih. Primjedbe Belgije primljene su u dopisu od 13. ožujka 2015., koji je zabilježen 17. ožujka 2015.
- (11) Na temelju navedenoga Komisija je ponovno ispitala spis i protumačila određene elemente drugačije nego što je to učinila u ocjeni koju je dala u svojoj poništenoj odluci iz 2009.

2. KONTEKST

- (12) IRIS-H djeluju u složenom zakonodavnom i regulatornom okruženju, koje određuju različita javna tijela. Globalna procjena spojivosti javnog financiranja koje primaju te bolnice s pravilima u području državne potpore prvenstveno mora ukratko opisati zakonodavni i regulatorni okvir koji se primjenjuje na IRIS-H. Taj opis obuhvaća predstavljanje Zakona o CPAS-u (na temelju kojega su osnovane IRIS-H), kratki pregled osnivanja IRIS-H-a, pregled zakonodavnih i drugih dokumenata kojima se uređuje djelovanje IRIS-H-a, kratak opis glavnih djelatnosti IRIS-H-a te navođenje različitih primjenjivih modela financiranja.

2.1. Pravo na socijalnu pomoć i Zakon o CPAS-u

- (13) U Belgiji je pravo na socijalnu pomoć ustavno pravo. Člankom 23. belgijskog Ustava utvrđeno je kako slijedi:

„Svatko ima pravo na dostojanstveni život. U tu su svrhu zakonom, uredbom ili pravilnikom iz članka 134. zajamčena, uzimajući u obzir odgovarajuće obveze, gospodarska, socijalna i kulturna prava te su utvrđeni uvjeti za njihovu primjenu. Ta prava osobito obuhvaćaju sljedeće:

(...)

2. pravo na socijalno osiguranje, na zdravstvenu zaštitu i socijalnu, medicinsku i pravnu pomoć.”
(neslužbeni prijevod)

- (14) Djelotvorni pristup građana socijalnoj pomoći prvenstveno je uređen organskim zakonom od 8. srpnja 1976. ⁽¹⁷⁾ (u daljnjem tekstu: Zakon o CPAS-u), kojim su osnovani javni centri za socijalno djelovanje (u daljnjem tekstu: CPAS). Ti su centri pravne osobe uređene javnim pravom, prisutne u svim belgijskim općinama. CPAS-ima upravljaju odbori, čije članove bira općinski odbor predmetne općine. Na temelju članka 1. Zakona o CPAS-u:

„Svi imaju pravo na socijalnu pomoć. Svrha socijalne pomoći jest omogućavanje da svi žive dostojanstvenim životom. Osnivaju se javni centri za socijalnu pomoć čija je svrha osiguranje te pomoći u skladu s uvjetima utvrđenima ovim zakonom.”

- (15) U praksi CPAS pruža socijalnu pomoć osobama koje ne raspolazu potrebnim sredstvima za dostojanstveni život i koje ne mogu koristiti druge oblike socijalne sigurnosti (npr. naknadu za nezaposlenost). U tom je kontekstu člankom 57. stavkom 1. Zakona o CPAS-u predviđeno da je svrha CPAS-a zajamčiti da osobe i obitelji primaju pomoć od zajednice. Ta je zadaća opisana kako slijedi:

„Valja zajamčiti ne samo palijativnu ili kurativnu, već i preventivnu pomoć. Valja poticati socijalno sudjelovanje korisnika. Ta pomoć može biti materijalna, socijalna, zdravstvena, zdravstveno-socijalna i psihološka.”

⁽¹⁷⁾ Belgijski službeni list (*Moniteur belge*) od 5. kolovoza 1976., str. 9876.

- (16) Svaki CPAS mora pružati socijalnu pomoć osobama i obiteljima, ali raspolaze određenom diskrecijskom ovlasti u pogledu načina na koji se ta pomoć pruža. Konkretno, CPAS može pružati tu pomoć na sljedeće načine:
- samostalno i izravno ili
 - „ako se to pokaže potrebnim i, ako je to primjenjivo, u okviru postojećeg programa” (također vidjeti uvodnu izjavu 19.), putem ustanova ili službi koje osniva (na temelju članka 60., stavka 6., članka 79. i članka 118. Zakona o CPAS-u); u potonjem slučaju CPAS koji je osnovao tu ustanovu ili službu također mora utvrditi njezinu svrhu. Sve socijalne obveze koje CPAS povjeri toj ustanovi ili toj službi moraju biti zajamčene u skladu s tom svrhom;
 - putem ustanova ili službi s kojima surađuje (članak 61. Zakona o CPAS-u), u kojem slučaju predmetne ustanove ili službe mora osnovati:
 - sâm CPAS (vidjeti prethodnu alineju);
 - treća osoba, koja utvrđuje njihovu svrhu.
- (17) U potonja dva slučaja CPAS prenosi svoje obveze u pogledu socijalne pomoći (ili njihov dio) isključivo ako je taj prijenos u skladu sa svrhom ustanove s kojom surađuje. S jedne strane, ako je ustanovu osnovao CPAS, CPAS nadzire njezinu svrhu. S druge strane, u slučaju potpuno odvojene ustanove (treća ustanova), suradnja je ograničena s obzirom na svrhu te ustanove.
- (18) Pravna obveza CPAS-a da pruža socijalnu pomoć, neovisno o tome radi li se o materijalnoj, socijalnoj, medicinskoj, medicinsko-socijalnoj ili psihološkoj pomoći, ista je neovisno o tome pruža li CPAS tu pomoć izravno ili putem ustanova koje je osnovao ili s kojima surađuje. Člankom 57. Zakona o CPAS-u utvrđeno je da CPAS (isključivo CPAS) ima obvezu pružati pomoć u svim slučajevima. Svi oblici prijenosa ovlasti predstavljaju oblik izvršenja te obveze i ne oslobađaju CPAS odgovornosti da ispunjava ili nastavlja ispunjavati svoju obvezu.
- (19) Zahtjevi koji se primjenjuju na slučajeve u kojima CPAS želi osnovati ustanovu ili službu (primjerice bolnicu) u svrhu ispunjavanja (dijela) svoje zadaće pružanja socijalne pomoći utvrđeni su u članku 60. stavku 6. Zakona o CPAS-u:
- „Gdje je to potrebno i, ako je to primjenjivo, u okviru postojećeg programa, javni centar za socijalnu pomoć osniva ustanove ili službe socijalne, kurativne ili preventivne naravi, proširuje ih i upravlja njima.
- Potreba za osnivanjem ili proširenjem ustanove ili službe mora proizlaziti iz dokumenta koji sadrži ispitivanje potreba općine i/ili regije te koji sadrži podatke o postojećim sličnim ustanovama ili službama, opis njihova rada, preciznu procjenu njihove cijene i troškova, kao i, ako je to moguće, podatke koji omogućuju provođenje usporedbe sa sličnim ustanovama ili službama.
- Odluka o osnivanju ili proširenju ustanova ili službi koje mogu primati subvencije na razini ulaganja ili funkcioniranja donosi se isključivo na temelju dokumenta iz kojeg je vidljivo da su ispunjeni uvjeti predviđeni zakonodavstvom i organskim propisima za dodjelu tih subvencija.
- Ne dovodeći u pitanje odobrenja koja valja ishoditi od tijela javne vlasti, ako može dovesti do intervencije u pogledu terećenja općinskog proračuna ili njegova povećanja, odluku o osnivanju ili proširenju ustanove ili službe ocjenjuje općinsko vijeće.”
- (20) Obveza pružanja pomoći (socijalne, medicinske, medicinsko-socijalne ili psihološke) osobama i obiteljima utvrđena člankom 57. Zakona o CPAS-u jest:
- opća: pomoć se pruža neovisno o ideološkim, filozofskim ili vjerskim uvjerenjima primatelja (članak 59. Zakona o CPAS-u) i o manjku sredstava predmetne osobe. Zadaća CPAS-a jest pružati pomoć ovisno o stupnju siromaštva predmetne osobe. Na toj osnovi svaki CPAS ima obvezu pružati pomoć svima. Ako osnuje ustanovu ili službu za provođenje te zadaće, ta ustanova ili služba podliježu istoj obvezi;
 - nema vremenskog ograničenja: pomoć se pruža dok traje potreba za socijalnom pomoći. Dakle, CPAS ima obvezu zajamčiti dosljednost pomoći te ustanove ili službe koja pruža tu pomoć.

- (21) Na temelju načela autonomije općina, svaki CPAS u svojoj općini samostalno odlučuje o najboljem načinu za ispunjavanje svoje obveze pružanja socijalne pomoći (uključujući zdravstvenu pomoć), u skladu sa Zakonom o CPAS-u. Ustavni izbor uređenja socijalne pomoći na razini općine također ovisi o želji i potrebi za provedbom politike socijalne pomoći što je bliže moguće stanovništvu. Nakon što CPAS odluči osnovati ustanovu za pružanje zdravstvene skrbi kurativne naravi kako bi odgovorio na potrebe lokalnog stanovništva za skrbi, tako osnovana ustanova uređena je Zakonom CPAS-i i saveznim regulatornim okvirom koji se primjenjuje na bolnice (vidjeti uvodnu izjavu 32.), koji se primjenjuje na sve bolnice neovisno na njihov status (javne ili privatne) i kojim se jamči zajednički organizacijski okvir za čitavu zemlju. Međutim, za razliku od privatnih bolnica, glavna svrha bolnica koje osniva CPAS-, kao što su IRIS-H, jest trajan doprinos pružanju socijalne pomoći. Točna priroda obveza IRIS-H-a u području socijalne pomoći (također vidjeti odjeljak 7.3.4.1. u nastavku) utvrđena je statutima IRIS-H-a te strateškim planovima mreže IRIS, u skladu s odredbama Zakona o CPAS-u (osobito člancima 120. i 135.d tog Zakona).
- (22) Konačno, na temelju članka 106. Zakona o CPAS-u, općine moraju pokriti deficit svojih CPAS-a ako potonji više ne raspoložu dostatnim sredstvima za pokrivanje troškova povezanih s njihovim obvezama u pogledu socijalne pomoći.

2.2. Uspostava bolnica IRIS

- (23) Kako je prethodno objašnjeno (vidjeti uvodnu izjavu 15.), socijalna pomoć koju pružaju CPAS-i obuhvaća medicinsku i medicinsko-socijalnu pomoć i može biti kako kurativne, tako i preventivne naravi. Tu pomoć može pružati: i. izravno CPAS, ii. CPAS posredstvom trećih osoba (primjerice privatne bolnice) u skladu s njegovom pravnom autonomijom ili iii. osobito ako CPAS želi nadzirati način na koji se ti ciljevi ispunjavaju, osnivanjem ustanove ili službe zadužene za ispunjavanje dijela te zadaće (u tom je slučaju zadaća definirana u statutu te ustanove ili službe i, u slučaju IRIS-H-a, u strateškim planovima mreže IRIS (vidjeti uvodne izjave 16. i 21.)). Kako bi ispunili svoju zadaću pružanja zdravstvene pomoći, CPAS-i su osnovali i (su)upravljaju bolnicama u nekoliko belgijskih gradova i općina.
- (24) CPAS-i su u prošlosti u šest predmetnih briselskih općina⁽¹⁸⁾ sami pružali socijalnu pomoć medicinske i socijalno-medicinske naravi putem osam javnih bolnica⁽¹⁹⁾ raspoređenih na osam različitih lokacija. Tim su bolnicama izravno upravljali njihovi CPAS-i i nisu posjedovale pravnu osobnost. Stoga je bilo jasno da te bolnice doprinose ispunjavanju obveze pružanja socijalne pomoći njihovih CPAS-a. Međutim, tijekom prve polovice devedesetih godina 20. stoljeća, briselske javne vlasti ocijenile su da strukturni deficiti tih bolnica ugrožavaju njihov kontinuitet i održivost. Kako bi zajamčile dugoročni kontinuitet i održivost briselskih javnih bolnica, te su javne vlasti odlučile provesti njihovo restrukturiranje.
- (25) Prva faza tog restrukturiranja pokrenuta je 19. svibnja 1994., kada je potpisan sporazum o suradnji između savezne belgijske vlade, regije glavnog grada Bruxellesa i briselske *Commission communautaire commune* za bolničku politiku. Tim je sporazumom predviđena provedba pakta o restrukturiranju kako bi se zajamčio kontinuitet i održivost javnih i lokalnih bolničkih službi. U članku 2. tog sporazuma o suradnji utvrđeno je sljedeće:

„Ovaj pakt o restrukturiranju mora ispuniti sljedeće uvjete:

1. Mora sadržavati jamstva u pogledu **održavanja**, s jedne strane, **specifičnosti javnih bolnica** u odnosu na ostale javne bolnice izborom pravnih i koordinacijskih struktura kojima se **jamči prednost javnog sektora u upravljačkim tijelima** i postupcima donošenja odluke te, s druge strane, **lokalnih korijena, jačanjem zastupljenosti izravno izabranih predstavnika** u sastavu upravljačkih tijela.”⁽²⁰⁾ (neslužbeni prijevod)

- (26) U tu je svrhu u preambuli sporazuma o suradnji predviđeno sljedeće:

„Budući da je financijski deficit javnih bolničkih institucija koje se nalaze na području regije glavnog grada Bruxellesa dosegao zabrinjavajuće razmjere,

⁽¹⁸⁾ Šest predmetnih općina od devetnaest općina koje čine regiju glavnog grada Bruxellesa jesu sljedeće: Anderlecht, Grad Bruxelles, Etterbeek, Ixelles, Schaerbeek i Saint-Gilles.

⁽¹⁹⁾ Konkretno, radi se o sljedećim bolnicama: CHU Brugmann-Huderf (samostalni subjekt do 1. siječnja 1997.), CHU Saint-Pierre, Institut Bordet, Centre Hospitalier Baron Lambert, Centre Hospitalier Bracops, Centre Hospitalier Molière, Centre Hospitalier Brien i Centre Hospitalier Etterbeek-Ixelles.

⁽²⁰⁾ Istanje dodano.

budući da je, unatoč brojnim planovima sanacije, financijska bilanca tih ustanova izrazito nestabilna, zbog čega opterećuje općinske proračune u strukturnom pogledu,

budući da je, s obzirom na navedeno, potrebno uvesti mehanizme koordinacije i suradnje između općina i javnih centara za socijalnu pomoć te ustanova osnovanih u skladu s poglavljem XII. organskog Zakona od 8. srpnja 1976. o javnim centrima za socijalnu pomoć, koji su odgovorni za brojne javne bolničke institucije koje se nalaze na području regije glavnog grada Bruxellesa,

budući da takvi mehanizmi koordinacije i suradnje **jamče kontinuitet i održivost javnih bolnica** na način da omogućuju sinergije opreme i infrastrukture, kao i sredstava za njihovo upravljanje i razvoj te doprinose smanjenju deficita općinskih proračuna,

budući da se ovim sporazumom ne mijenjaju pravila o financiranju bolnica, nego se njime samo želi umanjiti strukturni deficit, koji utječe na javne centre za socijalnu pomoć i općine.”⁽²¹⁾

- (27) Na temelju navedenoga *Commission communautaire commune bruxelloise* usvojila je 22. prosinca 1995. rješenje o uvođenju poglavlja XII.a u inačicu Zakona o CPAS-u koja se primjenjuje u regiji glavnog grada Bruxellesa. Pripremni radovi za to rješenje⁽²²⁾ upućuju na sporazum o suradnji od 19. svibnja 1994. (vidjeti uvodnu izjavu 25.), čiji je glavni cilj bio zajamčiti održivost javnih briselskih bolnica putem predloženog restrukturiranja⁽²³⁾.
- (28) Glavni temelji restrukturiranja jesu sljedeći elementi:

— CPAS ustupa izravno upravljanje svojim javnim bolnicama novoosnovanim pravnim osobama (koje se nazivaju „udrugama iz poglavlja XII.”) koje je osnovao CPAS (zajedno s predmetnim općinama, udrugom koja zastupa liječnike koji rade u toj bolnici i, ako je to primjenjivo, *Université libre de Bruxelles* (ULB) i/ili *Vrije Universiteit Brussel* (VUB)).

Time su CPAS-i odustali od svoje prethodne odluke da će sami upravljati vlastitim bolnicama. Kako je to dopušteno člankom 60. stavkom 6. i člankom 118. Zakona o CPAS-u (vidjeti uvodnu izjavu 19.), CPAS-i su odlučili utemeljiti udruhu koja im omogućuje da pružaju medicinsku i medicinsko-socijalnu pomoć zajednici.

Na taj su način javne briselske bolnice likvidirane, a njihove su djelatnosti prenesene na osam lokalnih bolničkih udruga osnovanih na temelju poglavlja XII. Zakona o CPAS-u. IRIS-H na taj su način ostvarile pravnu i financijsku samostalnost⁽²⁴⁾ 1. siječnja 1996. Osnovano je sljedećih osam bolničkih udruga: CHU Brugmann – HUDERF, CH Brien, CHU Saint-Pierre (CHU-SP), CH Etterbeek-Ixelles, CH Baron Lambert, CH Bracops, CH Molière i Institut Bordet (IB).

Potom je tih osam bolnica razvrstano u skupine kako je navedeno u nastavku u pet trenutačno postojećih bolnica IRIS-H, pri čemu su zadržane sve postojeće lokacije. Dana 1. siječnja 1997. bolnice CHU Brugmann (CHU-B) i Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF) podijeljene su u dvije zasebne pravne osobe. Dana 1. srpnja 1999. CHU Brugmann i CH Brien okupljeni su u jedno tijelo pod nazivom CHU Brugmann. Na isti su datum CH Etterbeek-Ixelles, CH Baron Lambert, CH Bracops i CH Molière spojeni u Hôpitaux Iris Sud. Ako nije drugačije navedeno, u ovoj odluci izraz „IRIS-H” znači pet lokalnih aktualnih bolničkih udruga⁽²⁵⁾;

⁽²¹⁾ Isticanje dodano.

⁽²²⁾ Redovna sjednica 1995. – 1996. Dokumenti skupštine *Commission communautaire commune* Nactr rješenja: B-10/1. – Izvješće: B-10/2. Cjelovito izvješće. – Rasprava i usvajanje: sjednica od 22. prosinca 1995.

⁽²³⁾ U pripremnim radovima posebice je utvrđeno da je sporazum o suradnji od 19. svibnja 1994. sklopljen „kako bi se zajamčio kontinuitet i održivost javnih briselskih bolnica, među ostalim, poticanjem provedbe mehanizama koordinacije i suradnje između nadležnih osoba različitih javnih bolničkih institucija koje se nalaze na području regije glavnog grada Bruxellesa, odnosno općina, (CPAS-a) i udruga osnovanih u skladu s poglavljem XII. (Zakona o CPAS-u).”

⁽²⁴⁾ Člankom 121. Zakona o CPAS-u utvrđeno je da udruge osnovane u skladu s poglavljem XII. imaju pravnu osobnost.

⁽²⁵⁾ Određeni IRIS-H provode svoje djelatnosti na nekoliko lokacija. Tako CHU-B trenutačno djeluje na trima lokacijama (Victor Horta, Paul Brien i Reine Astrid), CHU-SP na dvjema lokacijama (Porte de Hal i César de Paepe), a HIS na četirima lokacijama (Etterbeek-Ixelles, J. Bracops, Molière-Longchamp i Baron Lambert).

- stvaranje krovne strukture pod nazivom IRIS (na temelju poglavlja XII.a Zakona o CPAS-u), koja treba zajamčiti koordinaciju i nadzor bolničkih djelatnosti svih udruga osnovanih u skladu s poglavljem XII. ⁽²⁶⁾. Glavna svrha krovne strukture IRIS jest postizanje održive financijske ravnoteže za djelatnosti bolnice koje provode IRIS-H. Njezini su glavni zadaci koordinacija djelatnosti IRIS-H-a, izrada strateškog plana za mrežu IRIS, poboljšanje kvalitete ponuđenih usluga i provođenje nadzora nad proračunom mreže.
- (29) U skladu s poglavljem XII. Zakona o CPAS-u, svaka lokalna bolnička udruga osnovana je na temelju statuta, kojima se, među ostalim, utvrđuje njezina svrha, prava i obveze njezinih članova i njezina upravljačka tijela. ⁽²⁷⁾. Svaka udruga ima glavnu skupštinu i upravni odbor, u kojima su zastupljene različite strane koje su utemeljile udrugu (vidjeti uvodnu izjavu 28.), ali predstavnici tijela javne vlasti (odnosno, općine i CPAS-a) imaju većinu mjesta u tim upravljačkim tijelima ⁽²⁸⁾. Stoga ne postoji sumnja da svakim IRIS-H upravljaju javne vlasti. Isto tako, općine i CPAS-i raspolažu velikom većinom u glavnoj skupštini i upravnom odboru krovne strukture IRIS.
- (30) Poglavljem XII.a Zakona o CPAS-u među ostalim su utvrđena pravila o kontroli i upravnom nadzoru koja se primjenjuju na lokalne bolničke udruge. Točnije, krovna organizacija IRIS dužna je izraditi strateški plan koji obuhvaća lokalne udruge osnovane u skladu s poglavljem XII. Na temelju tog plana svaka lokalna bolnička udruga dužna je izraditi planove upravljanja i planove financiranja i podnijeti ih mreži IRIS, koja daje svoju ocjenu (vidjeti članak 135.d Zakona o CPAS-u). Lokalne bolničke udruge također moraju zatražiti odobrenje mreže IRIS prije donošenja određenih velikih odluka (vidjeti članak 135.e) i podliježu tromjesečnoj kontroli mreže IRIS (vidjeti članak 135.g). Mreža IRIS također imenuje jednog povjerenika pri svakoj lokalnoj bolničkoj udruzi; taj povjerenik sudjeluje na sastancima upravljačkih tijela tih udruga i raspolaže pravom na ulaganje veta na odluke koje nisu u skladu s odlukama koje je donijela mreža IRIS (vidjeti članak 135.h).
- (31) Konačno, kako je objašnjeno u uvodnim izjavama 31. i 32. odluke o pokretanju postupka, restrukturiranje javnih briselskih bolnica koje nadzire i kojima upravlja CPAS također podrazumijeva financijsku komponentu. Konkretno, regija glavnog grada Bruxellesa odobrila je putem Regionalnih briselskih fondova za refinanciranje općinskih blagajni (*Fonds régional bruxellois de refinancement des trésoreries communales*, u daljnjem tekstu: FRBRTC) pozajmicu od gotovo 4 milijarde belgijskih franaka (oko 100 milijuna EUR) na razdoblje od 20 godina općinama koje upravljaju javnom bolnicom (putem svojih CPAS-a) ⁽²⁹⁾. Te su općine uplatile ta sredstva svojim lokalnim bolnicama kako bi pokrile dio njihovih financijskih obveza ⁽³⁰⁾. Dana 6. lipnja 1996. regija glavnog grada Bruxellesa odlučila je da neće tražiti povrat te pozajmice i povezanih kamata pod uvjetom da sporazumi o restrukturiranju budu u potpunosti provedeni i da financijski planovi budu ispoštovani.

2.3. Regulatorni okvir koji se primjenjuje na bolnice IRIS

- (32) Iz prethodnog odjeljka jasno proizlazi da su bolnice IRIS osnovane na temelju Zakona o CPAS-u kako bi CPAS mogao ispunjavati svoje obveze u pogledu socijalne pomoći. Stoga su te bolnice prvenstveno uređene Zakonom o CPAS-u. Međutim, budući da se radi o bolnicama, također podliježu koordiniranom Zakonu o bolnicama (LCH) ⁽³¹⁾ od 7. kolovoza 1987., čiji članak 147. (novi članak 163. LCH-a u inačici od 10. srpnja 2008.) ⁽³²⁾ glasi kako slijedi:

„Što se tiče bolnica kojima upravlja Javni centar za socijalnu skrb (CPAS) i liječnika koji rade u tim bolnicama, odredbama ovog koordiniranog zakona dopunjuje se Organski zakon od 8. srpnja 1976. o javnim centrima za socijalnu skrb, osobito njegovi članci 48., 51., 52., 53., 54., 55., 56. i 94.” (neslužbeni prijevod)

⁽²⁶⁾ Nadzor koji provodi IRIS podliježe zahtjevima utvrđenim u rješenju (regije glavnog grada Bruxellesa) od 22. prosinca 1995. (belgijski Službeni list od 7. veljače 1996., str. 2737.).

⁽²⁷⁾ Člankom 120. Zakona o CPAS-u utvrđeni su najmanji zahtjevi koji se primjenjuju na statut udruga koje je osnovao CPAS na temelju poglavlja XII. Zakona o CPAS-u.

⁽²⁸⁾ Člankom 125. Zakona o CPAS-u predviđeno je sljedeće: „Neovisno o omjeru doprinosa različitih partnera, osobe koje podliježu javnom pravu uvijek imaju većinu glasova u različitim upravnim i upravljačkim tijelima udruge.”

⁽²⁹⁾ FRBRTC je osnovan rješenjem od 8. travnja 1993., belgijski Službeni list od 12. svibnja 1993., str. 10889. (kako je izmijenjeno rješenjem od 2. svibnja 2002.).

⁽³⁰⁾ Iznos od 100 milijuna EUR bio je nedovoljan za pokrivanje ukupnih financijskih obveza bolnica s obzirom na stanje krajem 1995. godine, kada je ukupni manjak procijenjen na gotovo 200 milijuna EUR.

⁽³¹⁾ Belgijski službeni list od 7. listopada 1987., str. 14652. Zamijenjen koordiniranim zakonom o bolnicama i ostalim ustanovama za njegu od 10. srpnja 2008. (belgijski Službeni list od 7. studenoga 2008., str. 58624.).

⁽³²⁾ Radi lakšeg upućivanja, ova se odluka odnosi na članak 147. LCH-a, pri čemu se podrazumijeva da se ovo upućivanje odnosi na članak 163. LCH-a od stupanja na snagu Zakona od 10. srpnja 2008.

- (33) LCH-om su, među ostalim, definirane vrste bolnica koje mogu biti službeno odobrene⁽³³⁾; uvjeti upravljanja bolnicom i struktura medicinske djelatnosti⁽³⁴⁾; bolnički planovi⁽³⁵⁾; norme i uvjeti za odobrenje bolnica i bolničkih službi⁽³⁶⁾; pravni odnosi između bolnice i zaposlenih liječnika, financijski status bolničkih liječnika, što osobito podrazumijeva utvrđivanje naknada, sadržaj naknada i središnje plaćanje naknada⁽³⁷⁾.
- (34) Nadalje, IRIS-H također podliježu pravilima utvrđenima statutom lokalnih bolničkih udruga, kojima su, među ostalim, utvrđeni svrha IRIS-H te prava i obveze članova udruge (također vidjeti uvodnu izjavu 29.).
- (35) Konačno, lokalne bolničke udruge stavljene su pod nadzor krovne organizacije IRIS, čime se ograničava njihova sposobnost da samostalno donose određene odluke o financiranju i upravljanju (vidjeti uvodnu izjavu 30.). Važno je napomenuti da krovna organizacija IRIS donosi višegodišnje strateške planove za lokalne bolničke udruge, kako je predviđeno člankom 135.d Zakona o CPAS-u.
- (36) Konačno, regulatorni okvir u kojem djeluju IRIS-H obuhvaća Zakon o CPAS-u, LCH, statute lokalnih bolničkih udruga i ograničavajuće strateške planove koje donosi krovna organizacija IRIS.

2.4. Glavne djelatnosti bolnica IRIS

- (37) Glavna djelatnost IRIS-H sastoji se od pružanja bolničkih usluga pacijentima iz regije glavnog grada Bruxellesa. IRIS-H ukupno zapošljavaju gotovo 10 000 osoba, obavljaju više od milijun konzultacija godišnje i čine najveću hitnu službu u Belgiji. Pružaju potpune medicinske usluge iz svih velikih područja medicine. Dvije od tih bolnica specijalizirane su za određene discipline (Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola specijalizirana je za pedijatriju, dok je Institut Bordet specijaliziran za onkologiju).
- (38) Osim medicinskih usluga, IRIS-H također obavljaju niz povezanih socijalnih djelatnosti. Socijalni radnici zaposleni u IRIS-H pružaju pomoć pacijentima u nepovoljnom položaju i njihovim obiteljima kako bi riješili administrativne, financijske, odnosno i socijalne poteškoće.
- (39) Pet IRIS-H-a trenutačno pruža medicinske usluge i povezane socijalne usluge putem mreže od jedanaest lokacija u Bruxellesu. Te se lokacije nalaze u šest općina (Anderlecht, Grad Bruxelles, Etterbeek, Forest, Ixelles i Schaerbeek).
- (40) IRIS-H opisuju svoju zadaću kako slijedi: „Od rođenja do kraja života naše su bolnice na usluzi svima, u svakom trenutku njihova postojanja, neovisno o zdravstvenim problemima.”⁽³⁸⁾. Deset od 11 lokacija IRIS-H-a nalazi se u općinama u kojima prosječni dohodak ne premašuje srednji dohodak⁽³⁹⁾ regije glavnog grada Bruxellesa. Na temelju razredbe koju je utvrdila savezna javna služba za javno zdravlje (vidjeti tablicu u kojoj je navedena ta razredba u uvodnoj izjavi 185.), tri velike bolnice mreže IRIS koje pružaju potpune usluge (CHU Saint-Pierre, CHU Brugmann i bolnice Iris Sud (HIS)) jesu tri bolnice u kojima pacijenti predstavljaju čine najranjiviju društveno-gospodarsku skupinu u Belgiji. To je stanje dodatno otežano činjenicom da tijekom 2012. gotovo 11 % pacijenata primljenih u CHU Saint-Pierre i CHU Brugmann nije imalo obavezno belgijsko zdravstveno osiguranje i nije moglo platiti liječenje, dok je 15 % pacijenata tih bolnica (također) ovisilo o potpori CPAS-a.

⁽³³⁾ Vidjeti članke 2. i 7. Zakona od 7. kolovoza 1987.

⁽³⁴⁾ Vidjeti članke 10. i 17. Zakona od 7. kolovoza 1987.

⁽³⁵⁾ Vidjeti članke 23. i 45. Zakona od 7. kolovoza 1987. Mehanizam planiranja sastoji se od utvrđivanja najvećeg broja bolničkih kreveta po regiji na temelju procjene potrebe za zdravstvenom skrbi, koju procjenjuje savezna vlast. Iz navedenoga proizlazi da je, osim u slučaju povećanja potrebe za bolničkim krevetima, zabranjeno dodavanje kreveta (ili osnivanje bolnice), osim ako prethodno ne dođe do uklanjanja kreveta.

⁽³⁶⁾ Vidjeti članke 68. i 76.e Zakona od 7. kolovoza 1987.

⁽³⁷⁾ Vidjeti članke 130. i 142. Zakona od 7. kolovoza 1987.

⁽³⁸⁾ Vidjeti <http://www.iris-hopitaux.be/fr> (stranici je pristupljeno 19. kolovoza 2015.).

⁽³⁹⁾ Vidjeti bilješku na dnu str. 6. za prosječni dohodak.

- (41) Konačno, IRIS-H također obavljaju određene povezane djelatnosti (primjerice, prijevoz pacijenata između bolnica ambulantnim kolima, jaslice za djecu članova osoblja, ustanove za njegu i oporavak starijih, škole za medicinske sestre, istraživačke ustanove, stambenu infrastrukturu s uslugama, ustanove za psihijatrijsku skrb, trgovinu za pacijente i posjetitelje, najam televizora za pacijente, najam soba trećim osobama, kantu i parkirališne objekte). Te povezane djelatnosti čine tek vrlo mali postotak svih djelatnosti IRIS-H-a, što je vidljivo iz njihova skromnog doprinosa (prosječno manje od 2 %) ukupnim prihodima IRIS-H.
- (42) Sve te djelatnosti čine troškove i prihode IRIS-H. Njihovi su troškovi, osim njihovih posebnih aktivnosti, utvrđeni statutom javnih bolnica, kojim su utvrđena određena ograničenja kojima ne podliježu privatne bolnice. Operativni troškovi koje snose bolnice IRIS u okviru provedbe svojih usluga od općeg gospodarskog interesa i povezanih djelatnosti posebice su povećani zbog čimbenika kao što su:
- obveza plaćanja bonusa za jezične kompetencije ⁽⁴⁰⁾ dvojezičnim zaposlenicima, što predstavlja procijenjeni godišnji trošak ⁽⁴¹⁾ od (...) ⁽⁴²⁾ milijuna EUR na teret IRIS-H;
 - mirovinski sustav primjenjiv za službenike uprave ⁽⁴³⁾ (imenovane dužnosnike), kojim su predviđene veće mirovine nego one u okviru sustava koji se primjenjuje na zaposlenike privatnog sektora i u kojem IRIS-H moraju doprinijeti s iznosom procijenjenim na (...) milijuna EUR godišnje;
 - troškovi povezani s dugotrajnim bolestima službenika uprave ⁽⁴⁴⁾, koje snose IRIS-H (a ne sustav socijalnog osiguranja), u godišnjem procijenjenom iznosu od (...) milijuna EUR;
 - povećanja plaća koje bolnicama u mreži IRIS nameće regija glavnog grada Bruxellesa ⁽⁴⁵⁾, koja utvrđuje iznose plaća za zaposlenike općine, CPAS i IRIS-H i pokriva tek 60 % tih povećanja, što ostavlja godišnji trošak od oko (...) milijuna EUR, koji snose IRIS-H;
 - obavezni doprinosi bolnica IRIS troškovima krovne organizacije IRIS ⁽⁴⁶⁾, u godišnjem iznosu procijenjenom na (...) milijuna EUR.
- (43) Te preostale troškove snose IRIS-H i nisu obuhvaćeni ostalim izvorima javnog financiranja (kao što je BMF; vidjeti uvodnu izjavu 46.(a)).

2.5. Načini financiranja i računovodstveni sustavi bolnica IRIS

2.5.1. Načini financiranja

- (44) Temeljno načelo financiranja IRIS-H-a utvrđeno je u članku 46. ⁽⁴⁷⁾ statuta svake od pet lokalnih bolničkih udruga (vidjeti uvodne izjave 28. i 29.), u kojima je utvrđeno sljedeće:

„Ne dovodeći u pitanje članak sto deveti Zakona o bolnicama od sedmog kolovoza tisuću devetsto osamdeset sedme, dobit financijske godine dijeli se između partnera koji posjeduju najmanje petinu ukupnog broja glasova Glavne skupštine, prema nahođenju Glavne skupštine.” ⁽⁴⁸⁾

⁽⁴⁰⁾ Ova se obveza osobito temelji na Zakonu od 18. srpnja 1966., članku 42. stavku 5. Zakona o CPAS-u, Zakonu od 24. lipnja 1988., Izvršnoj uredbi regije glavnog grada Bruxellesa od 25. srpnja 1991. i na Uredbi vlade regije glavnog grada Bruxellesa od 6. svibnja 1999.

⁽⁴¹⁾ Sve procjene troškova navedene u ovoj uvodnoj izjavi i u narednoj uvodnoj izjavi odnose se na godinu 2010. i odražavaju preostale troškove koje moraju platiti IRIS-H nakon odbitka sredstava javnog subvencioniranja, ako je to primjenjivo, regije glavnog grada Bruxellesa ili savezne vlade.

⁽⁴²⁾ Podaci predstavljaju poslovnu tajnu.

⁽⁴³⁾ Ova se obveza osobito temelji na članku 156. i članku 161. stavcima 1. i 2. Zakona od 24. lipnja 1988., na članku 42. stavku 5. Zakona o CPAS-u i na stavku 3.4 Sindikalnog protokola 95/3 od 27. listopada 1995.

⁽⁴⁴⁾ Ova se obveza osobito temelji na Zakonu od 14. veljače 1961., članku 42. stavku 5. Zakona o CPAS-u, Zakonu od 24. lipnja 1988. i na Uredbi vlade regije glavnog grada Bruxellesa od 6. svibnja 1999.

⁽⁴⁵⁾ Ta su povećanja plaća definirana konvencijama 2003/1, 2004/10, 2007/1 i 2009/1.

⁽⁴⁶⁾ Regija glavnog grada Bruxellesa nametnula je krovnu strukturu odgovornu za koordinaciju i nadzor bolničkih djelatnosti IRIS-H u skladu s poglavljem XII.a Zakona o CPAS-u.

⁽⁴⁷⁾ Napominjemo da je za određene IRIS-H to načelo prvotno utvrđeno u članku 44. ili 47. U svakom je slučaju to načelo već spomenuto u originalnim statutima.

⁽⁴⁸⁾ U trenutku osnivanja IRIS-H-a to je načelo bilo utvrđeno u članku 44. statuta i glasilo je kako slijedi: „Dobit od djelatnosti dijeli se između partnera koji posjeduju najmanje petinom ukupnih glasova u okviru Glavne skupštine, prema nahođenju Glavne skupštine, razmjerno njihovoj zastupljenosti u Glavnoj skupštini.”

Na toj su osnovi općine i CPAS obvezni u potpunosti snositi sve deficite IRIS-H-a prijavljene u njihovim financijskim računima. Nadalje, na temelju članka 106. Zakona o CPAS-u, općine su dužne pokriti čitavi deficit njihovih CPAS-a (vidjeti uvodnu izjavu 22.). Zbog toga općine (izravno i s obzirom na njihovu obvezu financiranja u pogledu njihovih CPAS-a) u konačnici jamče održivost IRIS-H-a na način da u potpunosti snose sve deficite koje te bolnice mogu imati.

- (45) Samo je po sebi razumljivo da mjera u kojoj općine i CPAS-i moraju intervenirati kako bi pokrili moguće deficite IRIS-H-a u skladu s člankom 46. njihovih statuta ovisi o mjeri u kojoj IRIS-H mogu pokriti svoje troškove sredstvima iz drugih izvora financiranja.
- (46) LCH opisuje pet izvora financiranja jednako dostupnih javnim i privatnim bolnicama. Troškovi rada belgijskih bolnica prvenstveno su pokriveni prvim trima ⁽⁴⁹⁾, dok se četvrti i peti izvor odnose na troškove ulaganja bolnica.
- (a) Prvi izvor financiranja jest proračun financijskih sredstava (u daljnjem tekstu: BMF) ⁽⁵⁰⁾, koji utvrđuje savezni ministar zdravlja i u kojem se uzimaju u obzir isključivo troškovi bolničke skrbi za koje se može tražiti naknada od sustava socijalne sigurnosti. BMF se utvrđuje za svaku bolnicu u skladu s ograničenjima ukupnog proračuna savezne vlade. Dostupni savezni proračun dijeli se između svih bolnica i ne pokriva nužno sve njihove prihvatljive troškove. Od 2002. proračun se za svaku bolnicu utvrđuje prvenstveno uzimajući u obzir broj dana tijekom kojih su tijekom prethodne godine pružali skrb. Taj se iznos potom isplaćuje svakoj bolnici na dva različita načina. Oko 85 % (fiksni dio) tog iznosa isplaćuje se bolnicama na mjesečnoj osnovi, dok se preostalih 15 % (promjenjivi dio) isplaćuje na temelju broja primljenih pacijenata i broja dana tijekom kojih je bolnica tijekom prethodne godine pružala skrb. Na kraju svake godine BMF se ponovno računa na temelju stvarnih rezultata za tu godinu; na temelju tog izračuna bolnica dobiva ili mora nadoknaditi određeni iznos. BMF se uređuje Kraljevskim ukazom od 25. travnja 2002. o uvjetima i pravilima koja se primjenjuju na utvrđivanje BMF-a koji se dodjeljuje bolnicama. Kraljevskim se ukazom osobito utvrđuju uvjeti za utvrđivanje BMF-a, vrste troškova koje može nadoknaditi država i kriteriji koje valja primijeniti u tom smislu ⁽⁵¹⁾. Valja primijetiti da BMF nije uveden u svrhu pokrivanja stvarnih troškova svake bolnice, nego da je utvrđen u obliku paušalnog financiranja na temelju stvarnih povijesnih troškova tih bolnica. Stoga BMF može biti nedovoljan u slučaju značajnog povećanja troškova ili drugih promjena u organizaciji i strukturi troškova bolnice.
- (b) Drugi izvor financiranja predstavljaju iznosi primljeni u okviru socijalnog osiguranja, odnosno iznosi koje Nacionalni institut za osiguranje u slučaju bolesti i invaliditeta (fran. *Institut national d'assurance maladie-invalidité*, u daljnjem tekstu: INAMI) isplaćuje bolnicama za skrb koju pružaju pacijentima. To se financiranje temelji na Zakonu o osiguranju u slučaju bolesti i invaliditeta ⁽⁵²⁾, odnosno njegovoj pročišćenoj inačici utvrđenoj u Zakonu od 14. srpnja 1994. ⁽⁵³⁾, kojim se definira belgijski sustav socijalne sigurnosti u području bolesti i invaliditeta i utvrđuju medicinske usluge i lijekovi za koje se može ostvariti naknada od sustava socijalne sigurnosti. Bolnice fakturiraju dio liječničkih honorara i troškova lijekova izdanih pacijentima izravno INAMI-ju. Međutim, iznosi koje isplaćuje INAMI ne pokrivaju sve troškove koje nastaju za bolnice u okviru pružanja njihovih bolničkih usluga. Zbog toga bolnice koje ne raspolažu drugim dostatnim izvorima financiranja mogu postati deficitarne.
- (c) Treći izvor financiranja sastoji se od plaćanja koja bolnicama izravno vrše pacijenti ili njihov osiguravatelj u slučaju bolesti ili invaliditeta. Ta su plaćanja nužna jer socijalno osiguranje ne pokriva sve liječničke honorare niti cijene lijekova i ostalih pruženih usluga (kao što su implantati). Osim toga, ako pacijenti odaberu jednokrevetnu sobu, osim normalne cijene boravka u bolnici i uobičajenih liječničkih honorara

⁽⁴⁹⁾ U rujnu 2013. Mutualité chrétienne, jedno od najvećih belgijskih privatnih neprofitnih tijela čija je svrha naknada troškova liječenja koje pokriva socijalno osiguranje, objavilo je članak prema kojemu su se tijekom 2011. godine primici belgijskih bolnica prosječno dijelili na sljedeća tri izvora financiranja, kako slijedi: 1) BMF: 49 %, 2) INAMI: 42 %, i 3) pacijenti (ili privatni osiguravatelji): 9 %.

⁽⁵⁰⁾ Vidjeti članke 87. *et seq.* Zakona od 7. kolovoza 1987.

⁽⁵¹⁾ Vidjeti članke 24. do 87. Kraljevskog ukaza od 25. travnja 2002. (belgijski Službeni list od 5. srpnja 2002., str. 30290.).

⁽⁵²⁾ Vidjeti Zakon od 9. kolovoza 1963., kako je izmijenjen (belgijski Službeni list od 1. studenoga 1963., str. 10555.).

⁽⁵³⁾ Belgijski službeni list od 27. kolovoza 1994., str. 21524.

moгу se naplaćivati i dodatni troškovi (stoga se standardne cijene koje se naplaćuje za svako liječenje uvećavaju). Konačno, pacijentima se također mogu naplatiti dodatni troškovi povezani s korištenjem dopunskih usluga (kao što su najam televizora, korištenje bolničkog parkirališta itd.).

Bolnica mora primati sva plaćanja koja vrše pacijenti ili treće osobe namijenjena podmirivanju troškova liječničke skrbi primljene u bolnici koja se odnosi na hospitalizirane pacijente na centralizirani način ⁽⁵⁴⁾. Bolnice i njihovi liječnici sklapaju ugovore kojima se utvrđuje postotak zadržanih sredstava koji bolnice mogu primijeniti kako bi pokrile troškove ubiranja naknada i ostale troškove koji se ne financiraju u okviru BMF-a ⁽⁵⁵⁾. Jednako kao i za uobičajene naknade za liječnike, bolnice mogu primjenjivati zadržana sredstva iz jednog dijela prethodno spomenutih dodatno naplaćenih iznosa kako bi pokrile dio svojih troškova (također u skladu s ugovorom sklopljenim između bolnice i njezinih liječnika). Dakle, dio naknada za liječnike ne koristi se za plaćanje liječnika, nego za pokrivanje troškova rada bolnica.

- (d) Četvrti izvor financiranja namijenjen je isključivo pokrivanju troškova ulaganja koje snose bolnice. Bolnička ulaganja prvenstveno financira država (savezna vlada i predmetna regija plaćaju po jedan dio), dok se preostali dio financira vlastitim sredstvima bolnica u kombinaciji s bankovnim zajmovima. Sredstva financiranja koja odobravaju javne vlasti namijenjena su pokrivanju troškova izgradnje ili obnove bolnice ili službe, kao i troškova prve opreme i prve nabave medicinskih uređaja ⁽⁵⁶⁾. Za subvencije ulaganjima utvrđuju se gornje granice (primjerice, na paušalni iznos po kvadratnom metru ili po jedinici).
- (e) Peti i posljednji izvor javnog financiranja povezan je s ulaganjima i odnosi se na troškove izrade studija i građevinskih projekata, ali i na troškove zatvaranja i obustave rada bolnice li bolničke službe ⁽⁵⁷⁾. U praksi ta vrsta financiranja nije uobičajena.

- (47) Člankom 109. LCH-a (koji je postao članak 125. LCH-a u njegovoj inačici od 10. srpnja 2008. ⁽⁵⁸⁾) predviđen je dodatni mehanizam financiranja, koji mogu koristiti samo javne bolnice (kao što su IRIS-H). Na temelju te odredbe deficite javnih bolnica koji nastaju uslijed provođenja njihovih bolničkih djelatnosti moraju pokriti općine pod čijim su nadzorom (putem njihovog CPAS-a ili središnje strukture, kao što je IRIS). Načelo (djelomičnog) pokrivanja deficita od strane općina već je činilo dio zakona koji je prethodio LCH-u, odnosno Zakona od 23. prosinca 1963. ⁽⁵⁹⁾, i potvrđeno je člankom 34. Zakona od 28. prosinca 1973. ⁽⁶⁰⁾. Kriteriji koje valja uzeti u obzir prilikom utvrđivanja deficita koje pokrivaju općine definirani su u kraljevskom ukazu ⁽⁶¹⁾. Na temelju navedenoga savezni ministar javnog zdravlja svake godine utvrđuje iznos deficita za svaku javnu bolnicu. U praksi deficit koji mora biti pokriven kako je utvrdio ministar nije u potpunosti jednakovrijedan deficitu navedenom u računima za upravljanje bolnicom jer određeni elementi troškova (primjerice, rezultati obavljanja nebolničkih djelatnosti koje su, kako je navedeno u uvodnoj izjavi 155. ⁽⁶²⁾, u potpunosti povezane u odnosu na bolničke djelatnosti u slučaju IRIS-H (tih računa nisu obuhvaćeni deficitom iz članka 109. LCH-a.
- (48) Zaključno, na IRIS-H sada se primjenjuje mehanizam potpunog financiranja kojim se jamči pokrivanje čitavog deficita koji mogu stvoriti. Pet općih mjera financiranja predviđenih LCH-om (vidjeti uvodnu izjavu 46.) pokriva većinu troškova rada bolnice i ulaganja u bolnicu. U slučaju da ti izvori nisu dostatni za pokrivanje troškova povezanih s djelatnostima bolnice, člankom 46. statuta IRIS-a predviđena je obveza općina da u potpunosti pokriju sav manjak IRIS-H (vidjeti uvodne izjave 44. i 45.). Obračunski deficit iz članka 46. statuta obavezno obuhvaća „deficit iz članka 109. LCH-a” ⁽⁶³⁾ (vidjeti uvodnu izjavu 47.). Pokrivajući čitavi obračunski deficit općine također ispunjavaju svoju obvezu na temelju članka 109. LCH-a. Načini plaćanja tog mehanizma za naknadu deficita opisani su u nastavku (vidjeti odjeljak 7.3.5.).

⁽⁵⁴⁾ Vidjeti članke 133. do 135. Zakona od 7. kolovoza 1987.

⁽⁵⁵⁾ Vidjeti članak 140. Zakona od 7. kolovoza 1987.

⁽⁵⁶⁾ Vidjeti članak 46. *et seq.* Zakona od 7. kolovoza 1987.

⁽⁵⁷⁾ Vidjeti članak 47. Zakona od 7. kolovoza 1987.

⁽⁵⁸⁾ Radi lakšeg upućivanja, ova se odluka odnosi na članak 109. LCH-a, pri čemu se podrazumijeva da se ovo upućivanje odnosi na članak 125. LCH-a od stupanja na snagu Zakona od 10. srpnja 2008.

⁽⁵⁹⁾ Belgijski Službeni list od 1. siječnja 1964., str. 2. Tim je zakonom predviđeno da 10 % deficita pokriva općina u kojoj se nalazi bolnica, dok preostalih 90 % pokrivaju belgijske općine u kojima pacijenti imaju prebivalište.

⁽⁶⁰⁾ Belgijski službeni list od 29. prosinca 1973., str. 15027.

⁽⁶¹⁾ Ti su kriteriji prvotno utvrđeni u Kraljevskom ukazu od 8. prosinca 1986. (belgijski Službeni list od 12. prosinca 1986., str. 17023.), kako je izmijenjen Kraljevskim ukazom od 10. studenoga 1989. i zamijenjen Kraljevskim ukazom od 8. ožujka 2006. (belgijski Službeni list od 12. travnja 2006., str. 20232.).

⁽⁶²⁾ Ostali elementi koji nisu obuhvaćeni deficitom iz članka 109. LCH-a među ostalim jesu procjena korektivnih plaćanja u kontekstu BMF-a, određene rezerve i određene vrste amortizacije.

⁽⁶³⁾ Deficit iz članka 109. LCH-a računa se na temelju obračunskog deficita, pri čemu se isključuju određeni elementi.

2.5.2. Računovodstvene obveze

- (49) Sve bolnice (javne i privatne) podliježu obvezama u području računovodstva i transparentnosti. Svaka bolnica mora imati odvojeni računovodstveni sustav iz kojeg je vidljiva cijena svake usluge te koji poštuje određene elemente Zakona od 17. srpnja 1975. ⁽⁶⁴⁾ o računovodstvu i godišnjim računima poduzeća ⁽⁶⁵⁾. Nebolničke djelatnosti moraju se bilježiti u zasebnim računima. Bolnice također moraju imenovati revizora, koji provodi certifikaciju njihovog računovodstva i godišnjih računa ⁽⁶⁶⁾. Konačno, bolnice moraju dostavljati određene (financijske) informacije saveznom ministru za javno zdravlje ⁽⁶⁷⁾, čija je savezna javna služba za javno zdravlje zadužena za provođenje nadzora nad poštivanjem odredaba LCH-a ⁽⁶⁸⁾.

3. OPIS MJERA OBUHVAĆENIH PRITUŽBOM

- (50) Kako tvrde podnositelji pritužbe, regija glavnog grada Bruxellesa odlučila je *de facto* preuzeti ulogu predmetnih briselskih općina u pogledu naknade deficita IRIS-H-a. Podnositelji pritužbe osobito spominju intervencije Regionalnih briselskih fondova za refinanciranje općinskih blagajni (u daljnjem tekstu: FRBRTC), koje je osnovala regija glavnog grada Bruxellesa ⁽⁶⁹⁾. Među ostalim navode da je sama regija glavnog grada Bruxellesa također odobrila općinama posebne subvencije ⁽⁷⁰⁾ (u iznosu do 10 milijuna EUR godišnje od 2003.), koje su, kako tvrde, isplaćene bolnicama mreže IRIS na ime potpore.
- (51) Iako podnositelji pritužbe ne osporavaju nadležnost regije glavnog grada Bruxellesa u pogledu općina, smatraju da ono što nazivaju regionalnim financiranjem IRIS-H-a nadilazi ono što je predviđeno pod pokrivanjem deficita, kako je utvrđeno člankom 109. LCH-a (također vidjeti uvodnu izjavu 47.). Podnositelji pritužbe tvrde da su IRIS-H imale korist od sredstava regionalnog financiranja odobrenih općinama u kojima se nalaze, pri čemu se to financiranje ne može opravdati na temelju odredaba LCH-a. Podnositelji pritužbe ne pozivaju se na obvezu pokrivanja deficita predviđenu člankom 46. statuta IRIS-H-a.
- (52) Konačno, podnositelji pritužbe navode dodjeljivanje oko 100 milijuna EUR putem FRBRTC-a u kontekstu restrukturiranja javnih briselskih bolnica, što je dovelo do stvaranja IRIS-H-a (također vidjeti odjeljak 2.2.). Podnositelji pritužbe tvrde da je ta radnja dovela do prekomjernih nadoknada IRIS-H.

4. RAZLOZI POKRETANJA POSTUPKA

4.1. Odluka Komisije iz 2009.

- (53) Kako je prethodno navedeno (vidjeti uvodnu izjavu 5.), 28. listopada 2009. Komisija je donijela odluku da neće iznijeti prigovore ⁽⁷¹⁾, tvrdeći pritom da javno financiranje IRIS-H-a u regiji glavnog grada Bruxellesa predstavlja državnu potporu spojivu s unutarnjim tržištem jer se radi o nadoknadi za pružanje usluga od općeg gospodarskog interesa. Komisija je tu odluku utemeljila na Odluci o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2005., kao i, izravno, na članku 86. stavku 2. Ugovora o EZ-u (sadašnjem članku 106. stavku 2. UFEU-a).

⁽⁶⁴⁾ Belgijski službeni list od 4. rujna 1975., str. 10847.

⁽⁶⁵⁾ Vidjeti članke 77. i 78. Zakona od 7. kolovoza 1987.

⁽⁶⁶⁾ Vidjeti članke 80. do 85. Zakona od 7. kolovoza 1987.

⁽⁶⁷⁾ Vidjeti članke 86. do 86.b Zakona od 7. kolovoza 1987.

⁽⁶⁸⁾ Vidjeti članak 115. Zakona od 7. kolovoza 1987.

⁽⁶⁹⁾ Vidjeti bilješku na dnu str. 29.

⁽⁷⁰⁾ Te su posebne subvencije odobrene na temelju rješenja od 13. veljače 2003. (belgijski Službeni list od 5. svibnja 2003., str. 24098.).

⁽⁷¹⁾ Odluka Komisije u predmetu SA.19864 (ex NN 54/2009), SL C 74 od 24.3.2010., str. 1.

- (54) Komisija je u svojoj odluci ocijenila da IRIS-H imaju tri zadaće bolnica javne službe: prvo, opću zadaću bolnice svojstvenu svim bolnicama (kako javnim, tako i privatnim) na temelju LCH-a ⁽⁷²⁾; drugo, obvezu liječenja svih pacijenata u svim okolnostima, čak i kada nije potrebna hitna medicinska skrb ⁽⁷³⁾; i treće, obvezu pružanja punog opsega bolničkih usluga na različitim lokacijama ⁽⁷⁴⁾. Osim toga, Komisija je zaključila da su IRIS-H zadužene za nebolničku zadaću javne službe koja se sastoji u pružanju socijalne pomoći osim medicinske skrbi ⁽⁷⁵⁾. Konačno, u odluci se također spominje obveza dvojezičnosti ⁽⁷⁶⁾. Procijenjeno je da su te zadaće povjerene bolnicama IRIS na temelju LCH-a, Zakona o CPAS-u, strateških planova mreže IRIS i konvencije potpisane između IRIS-H-a i CPAS-a. Komisija je također ocijenila da su parametri dodjeljivanja nadoknade utvrđeni *ex ante* ⁽⁷⁷⁾ i da se primjenjuju primjereni postupci za sprječavanje i ispravljanje prekomjernih nadoknada ⁽⁷⁸⁾. Konačno, Komisija je također sa zadovoljstvom primijetila da IRIS-H vode odvojene račune za svoje bolničke djelatnosti i nebolničke djelatnosti ⁽⁷⁹⁾, čime je zajamčeno nepostojanje unakrsnog subvencioniranja komercijalnih djelatnosti (osim usluga od općeg gospodarskog interesa) IRIS-H-a ⁽⁸⁰⁾.
- (55) Komisija je također ispitala jesu li IRIS-H u prošlosti (u razdoblju između 1996. i 2007. godine) primale prekomjerne nadoknade ⁽⁸¹⁾ i zaključila je da to nije bio slučaj ⁽⁸²⁾. Osim procjene ukupnih mjera financiranja, Komisija je također ispitala navodni mehanizam predujmova. Budući da je redovito dolazilo do toga da se nadoknada na temelju članka 109. LCH-a isplaćuje s velikim zakašnjenjem, koje je nekad iznosilo i do 10 godina, IRIS-H primale su predujam za ta dugovanja putem FRBRTC-a. Komisija je zaključila da, budući da su ti navodni predujmovi ionako morali biti nadoknađeni nakon plaćanja nadoknade deficita u skladu s člankom 109. LCH-a, nisu mogu dovesti do prekomjerne nadoknade za IRIS-H ⁽⁸³⁾.

4.2. Presuda Općeg suda o poništenju iz 2012.

- (56) Kao odgovor na odluku Komisije iz 2009., podnositelji pritužbe pokrenuli su tužbu za poništenje te odluke pred Općim sudom ⁽⁸⁴⁾. Podnositelji pritužbe tvrdili su da je Komisija povrijedila njihova postupovna prava kad nije pokrenula formalni postupak ispitivanja jer je Komisija trebala utvrditi postojanje ozbiljnih poteškoća u okviru predmetnog ispitivanja ⁽⁸⁵⁾.
- (57) U svojoj presudi od 7. studenoga 2012. u predmetu T-137/10 Opći sud poništio je odluku Komisije iz 2009. i zaključio da Komisija mora pokrenuti formalni postupak ispitivanja ⁽⁸⁶⁾.
- (58) Opći se sud prvo usredotočio na pitanje jesu li IRIS-H promijenile jasno definirane zadaće javne usluge ⁽⁸⁷⁾. Prvo je naveo da su se sve strane složile da sve javne i privatne bolnice na temelju LCH-a imaju opću javnu zadaću bolnica ⁽⁸⁸⁾. Stoga je jedini izvor sumnje predstavljalo pitanje je li Komisija počinila pogrešku kada je u svojem prethodnom ispitivanju zaključila da IRIS-H imaju zadaće pružanja javnih usluga bolnice i dodatne nebolničke zadaće ⁽⁸⁹⁾. Opći je sud zaključio da postoje sumnje u pogledu pitanja jesu li odredbe na kojima je Komisija

⁽⁷²⁾ *Ibidem.*, uvodne izjave 140. – 145.

⁽⁷³⁾ *Ibidem.*, uvodne izjave.

⁽⁷⁴⁾ *Ibidem.*, uvodne izjave 146. – 150.

⁽⁷⁵⁾ *Ibidem.*, uvodne izjave 151. – 155.

⁽⁷⁶⁾ *Ibidem.*, uvodna izjava 156.

⁽⁷⁷⁾ *Ibidem.*, uvodne izjave 175. – 181.

⁽⁷⁸⁾ *Ibidem.*, uvodne izjave 182. – 193.

⁽⁷⁹⁾ *Ibidem.*, uvodne izjave 204. – 205.

⁽⁸⁰⁾ *Ibidem.*, uvodna izjava 206.

⁽⁸¹⁾ *Ibidem.*, uvodna izjava 198.

⁽⁸²⁾ *Ibidem.*, uvodna izjava 199.

⁽⁸³⁾ *Ibidem.*, uvodna izjava 201.

⁽⁸⁴⁾ Vidjeti bilješku 14.

⁽⁸⁵⁾ *Ibidem.*, t. 70.

⁽⁸⁶⁾ *Ibidem.*, t. 313.

⁽⁸⁷⁾ *Ibidem.*, t. 97. – 188.

⁽⁸⁸⁾ *Ibidem.*, t. 119. – 120.

⁽⁸⁹⁾ *Ibidem.*, t. 104.

utemeljila svoju odluku bile dostatne kako bi se bolnicama IRIS dodijelile dodatne zadaće liječenja svih pacijenata u svim okolnostima ⁽⁹⁰⁾, pružanja bolničkih usluga na različitim mjestima ⁽⁹¹⁾ i pružanja dodatnih socijalnih usluga ⁽⁹²⁾. Nadalje, što se tiče navodne zadaće koja se sastoji u pružanja bolničkih usluga na različitim lokacijama, Opći je sud primijetio da je teško utvrditi po čemu se ta zadaća razlikuje od općih u pogledu planiranja i funkcioniranja koji se primjenjuju na sve bolnice koje podliježu LCH-u ⁽⁹³⁾.

- (59) Nadalje, Opći se sud posvetio pitanju je li Komisija dokazala postojanje jasnih zahtjeva za isplatu nadoknade ⁽⁹⁴⁾. Što se tiče zadaća bolnice, Opći sud bavio se mehanizmom pokrivanja deficita utemeljenim na članku 109. LCH-a ⁽⁹⁵⁾, ističući pritom da podnositelji pritužbe nisu osporili taj mehanizam ⁽⁹⁶⁾, kao i pretpostavljenim mehanizmom regionalnog financiranja putem FRBRTC-a, koji je osnovan kako bi se isplaćivali privremeni predujmovi iznosa potrebni za pokrivanje deficita IRIS-H-a prije stupanja na snagu pokrivanja deficita predviđenog člankom 109. LCH-a ⁽⁹⁷⁾. Što se tiče članka 109., Opći je sud presudio da podnositelji pritužbe nisu iznijeli argumente koji utječu na pozitivnu ocjenu tog članka od strane Komisije ⁽⁹⁸⁾. S druge strane, što se tiče navodnih predujmova isplaćenih putem mehanizma FRBRTC, Opći sud zaključio je da Komisija nije utvrdila zahtjeve za izračun tih predujmova ⁽⁹⁹⁾ i da stoga nije pristupila provođenju potpunog ispitivanja tih predujmova ⁽¹⁰⁰⁾. Opći sud dodao je da je Komisija osporila vlastitu odluku kada je na raspravama ustvrdila da je FRBRTC tek mehanizam kojim regija glavnog grada Bruxellesa financira briselske općine, a ne IRIS-H ⁽¹⁰¹⁾.
- (60) Što se tiče javnog financiranja u korist navodne dodatne socijalne zadaće IRIS-H-a ⁽¹⁰²⁾, Opći sud naveo je da je i u ovom slučaju financiranje izvršeno putem FRBRTC-a, koji je sklopio ugovor s predmetnim briselskim općinama kako bi im dodijelio posebno subvencioniranje u svrhu njihova financiranja socijalnih zadaća koje pružaju IRIS-H ⁽¹⁰³⁾. Opći je sud zaključio da u tom ugovoru nisu utvrđeni prethodni kriteriji za isplatu nadoknade povezani s navodnim dodatnim socijalnim zadaćama IRIS-H-a ⁽¹⁰⁴⁾.
- (61) Nadalje, Opći sud posvetio se pitanju je li Komisija dokazala postojanje postupka čija je svrha sprječavanje prekomjernih nadoknada i nepostojanje takvih prekomjernih nadoknada ⁽¹⁰⁵⁾. Opći je sud najprije zaključio da su LCH-om predviđena dovoljna jamstva da postupak predviđen njegovim člankom 109. neće dovesti do prekomjernih nadoknada ⁽¹⁰⁶⁾. Također je zaključio da Komisija nije dokazala postojanje sličnog mehanizma koji se odnosi na navodnu isplatu predujmova od strane općina ⁽¹⁰⁷⁾ i osobito je istaknuo nepostojanje zakonske obveze nametnute bolnicama IRIS prema kojoj bi vratile te predujmove nakon što prime sredstva kojima se financiraju njihovi deficiti na temelju članka 109. LCH-a ⁽¹⁰⁸⁾. Što se tiče posebnih subvencija za koje Komisija tvrdi da se njima financira dodatna socijalna zadaća, Opći je sud zaključio da su ocjene Komisije u pogledu uvjeta kojima se jamči izbjegavanje prekomjerne nadoknade u okviru financiranja socijalnih zadaća nedostatne ⁽¹⁰⁹⁾.
- (62) Što se tiče pitanja jesu li IRIS-H u praksi primile prekomjernu nadoknadu ⁽¹¹⁰⁾, Opći je sud primijetio da je analiza izrazito opsežna i da obuhvaća sve poslovne rezultate IRIS-H-a ostvarene tijekom razdoblja duljeg od deset godina ⁽¹¹¹⁾. Ne odlučujući konkretno o zaključku Komisije prema kojem nije došlo do prekomjerne

⁽⁹⁰⁾ *Ibidem.*, t. 123. – 151.

⁽⁹¹⁾ *Ibidem.*, t. 152. – 159.

⁽⁹²⁾ *Ibidem.*, t. 174. – 188.

⁽⁹³⁾ *Ibidem.*, t. 159.

⁽⁹⁴⁾ *Ibidem.*, t. 189. – 244.

⁽⁹⁵⁾ *Ibidem.*, t. 194. i 195. – 244.

⁽⁹⁶⁾ *Ibidem.*, t. 196.

⁽⁹⁷⁾ *Ibidem.*, t. 194.

⁽⁹⁸⁾ *Ibidem.*, t. 203. – 207.

⁽⁹⁹⁾ *Ibidem.*, t. 208. – 211.

⁽¹⁰⁰⁾ *Ibidem.*, t. 215.

⁽¹⁰¹⁾ *Ibidem.*, t. 216. – 218.

⁽¹⁰²⁾ *Ibidem.*, t. 231. – 244.

⁽¹⁰³⁾ *Ibidem.*, t. 238.

⁽¹⁰⁴⁾ *Ibidem.*, t. 239. – 244.

⁽¹⁰⁵⁾ *Ibidem.*, t. 245. – 301.

⁽¹⁰⁶⁾ *Ibidem.*, t. 253. – 255.

⁽¹⁰⁷⁾ *Ibidem.*, t. 257. – 258. i 265.

⁽¹⁰⁸⁾ *Ibidem.*, t. 259. – 264.

⁽¹⁰⁹⁾ *Ibidem.*, t. 266. – 278.

⁽¹¹⁰⁾ *Ibidem.*, t. 279. – 288.

⁽¹¹¹⁾ *Ibidem.*, t. 286.

nadoknade, Opći je sud presudio da opseg i složenost procjene koju je izvršila Komisija sami po sebi predstavljaju pokazatelj koji potvrđuje tvrdnju podnositeljâ pritužbe koja se temelji na postojanju ozbiljnih poteškoća ⁽¹¹²⁾.

- (63) Konačno, podnositelji pritužbe iznijeli su argument prema kojem je Komisija u provođenju procjena morala uzeti u obzir kriterij gospodarske učinkovitosti pružatelja usluga od općeg gospodarskog interesa ⁽¹¹³⁾. Međutim, Opći sud odbio je taj argument i zaključio je kako slijedi:

„kriterij povezan s učinkovitošću poduzetnika u području pružanja usluga od općeg gospodarskog interesa ne proizlazi iz procjene spojivosti državne potpore u pogledu članka 86. stavka 2. Ugovora o EZ-u (sadašnji članak 106. stavak 2. UFEU-a), zbog čega izbor koji se odnosi na gospodarsku učinkovitost javnog korisnika koji su provele javne vlasti ne može biti kritiziran u tom pogledu.” ⁽¹¹⁴⁾

- (64) U svojim zaključcima Opći sud navodi sljedeće:

„(Podnositelj pritužbe) ističe skup potvrđujućih pokazatelja koji dokazuju postojanje ozbiljnih sumnji u pogledu spojivosti ispitivanih mjera i kriterija koji se odnose na primjenu članka 86. stavka 2. Ugovora o EZ-u (sadašnji članak 106. stavak 2. UFEU-a), a koji se odnose, prvo, na postojanje jasno utvrđenog ovlaštenja za zadaće pružanja javnih usluga bolnice i socijalnih usluga, specifičnih za IRIS-H, drugo, postojanje prethodno utvrđenih kriterija za isplatu nadoknade te, treće, postojanje uvjeta koji jamče izbjegavanje prekomjerne nadoknade u okviru financiranja tih zadaća javne usluge (...).” ⁽¹¹⁵⁾

4.3. Odluka Komisije o pokretanju postupka od 1. listopada 2014. ⁽¹¹⁶⁾

- (65) U svjetlu zaključaka Općeg suda ⁽¹¹⁷⁾, prema kojima Komisija mora dokazati svoje sumnje u pogledu spojivosti spornog financiranja IRIS-H-a s unutarnjim tržištem na temelju članka 106. stavka 2. UFEU-a, Komisija morala je pokrenuti formalni postupak ispitivanja, što je učinila odlukom od 1. listopada 2014. U svojoj je odluci o pokretanju postupka Komisija primijetila da su, prema belgijskim vlastima, predmetne briselske općine i CPAS-i odabrali povjeriti bolnicama IRIS, ali ne i privatnim bolnicama, sljedeće dodatne obveze ⁽¹¹⁸⁾, kojima se opravdavaju mjere nadoknade deficita koje se provode u korist IRIS-H:

- (a) obvezu pružanja medicinske pomoći svim pacijentima u svim okolnostima: IRIS-H ne smiju odbiti primiti pacijente koji ne mogu platiti njihove usluge i/ili koji nemaju osiguranje, čak i ako ti pacijenti ne zahtijevaju hitnu medicinsku skrb. Privatne bolnice imaju obvezu primiti samo pacijente koji zahtijevaju hitnu medicinsku skrb, ali nemaju tu obvezu u slučajevima koji nisu hitni;
- (b) obvezu pružanja punog opsega bolničkih usluga na različitim mjestima: općine i CPAS-i donijeli su odluku o zadržavanju različitih bolničkih lokacija na kojima se pruža potpuna medicinska skrb kako bi zajamčili pristup skrbi svim pacijentima. Alternativno rješenje, koje se sastojalo u preraspoređivanju kreveta i pratećih usluga na manji broj lokacija, čime bi se smanjili troškovi, namjerno je odbačeno. Taj je izbor osobito bitan za pacijente u nepovoljnom položaju i njihove obitelji jer se IRIS-H većinom nalaze u blizini ili u četvrtima u kojima većinom živi stanovništvo u nepovoljnom položaju;
- (c) obvezu pružanja socijalnih usluga pacijentima i njihovim obiteljima: socijalni radnici pružaju pomoć pacijentima u nepovoljnom položaju i njihovim obiteljima kako bi riješili administrativne, financijske,

⁽¹¹²⁾ *Ibidem.*, t. 288.

⁽¹¹³⁾ *Ibidem.*, t. 290.

⁽¹¹⁴⁾ *Ibidem.*, t. 300.

⁽¹¹⁵⁾ *Ibidem.*, t. 308.

⁽¹¹⁶⁾ idjeti bilješku 2.

⁽¹¹⁷⁾ U tom pogledu vidjeti presudu u predmetu T-137/10, t. 310. i 313.

⁽¹¹⁸⁾ Pitanje predstavljaju li te djelatnosti usluge od općeg gospodarskog interesa u smislu članka 106. stavka 2. UFEU-a te jesu li te djelatnosti ograničene na bolnice putem propisnog akta o ovlaštenju ocjenjuje se u nastavku (u odjeljku 7.3.4.).

odnosne i socijalne poteškoće. Osim toga, utvrđuju prethodne socijalne odnose radi omogućivanja financijske intervencije CPAS-a. Iako i javne i privatne bolnice moraju zapošljavati socijalne radnike u određenim bolničkim službama (primjerice, na gerijatrijskim i psihijatrijskim odjelima), belgijske javne vlasti tvrde da IRIS-H imaju dodatnu specifičnu zadaću, koja se sastoji u pružanju opsežnijih socijalnih usluga i koja podrazumijeva veće troškove, što dovodi do nadoknade u skladu s LCH-om.

(66) S obzirom na sumnje koje je iznio Opći sud⁽¹¹⁹⁾, Komisija je pozvala belgijske javne vlasti, podnositelje pritužbe i ostale zainteresirane strane da dostave sve relevantne informacije u svrhu provjere spojivosti spornog javnog financiranja s unutarnjim tržištem, osobito u pogledu sljedećih točaka:

- točne definicije navodnih dodatnih zadaća IRIS-H-a i dokumenata na kojima se temelje ovlaštenja za provođenje tih zadaća (vidjeti uvodne izjave 87. do 89. Odluke o pokretanju postupka);
- pravne osnove primjenjive na nadoknadu deficita IRIS-H-a (kojima se pripisuju troškovi svake navodne dodatne zadaće) (vidjeti uvodnu izjavu 91. Odluke o pokretanju postupka);
- pitanja postoje li (dostatne) mjere kojima se jamči izbjegavanje prekomjerne nadoknade za navodne dodatne zadaće, među ostalim putem mehanizma nadoknade deficita u kombinaciji s nadoknadivim predujmovima (ako je to primjenjivo) te imaju li IRIS-H pravnu obvezu nadoknade svih predujmova koje su primile kako bi izbjegle prekomjernu nadoknadu (vidjeti uvodnu izjavu 95. Odluke o pokretanju postupka);
- ako se plaćanja posebnih subvencija u najvećem iznosu od 10 milijuna EUR godišnje (vidjeti uvodnu izjavu 50. ove odluke) trebaju smatrati radnjom koja se razlikuje od nadoknade deficita IRIS-H-a, pitanja postoje li dostatne mjere kojima bi se zajamčilo da nadoknada ne premašuje iznos nužan za pokrivanje troškova nastalih izvršenjem tih obveza javne usluge (vidjeti uvodnu izjavu 96. Odluke o pokretanju postupka);
- pitanja je li bolnicama IRIS dodijeljena prekomjerna naknada nakon što su počele provoditi svoje djelatnosti u svojstvu neovisnih pravnih struktura (vidjeti uvodnu izjavu 97. Odluke o pokretanju postupka);
- svih detaljnih korisnih argumenata s pratećom dokumentacijom u kojima je objašnjeno jesu li, zašto i u kojoj mjeri mjere javnog financiranja IRIS-H-a obuhvaćene područjem primjene Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. ili Okvira o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. (vidjeti uvodnu izjavu 98. Odluke o pokretanju postupka), ili Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2005. (vidjeti uvodnu izjavu 100. Odluke o pokretanju postupka) kriteriji utvrđeni u tim dokumentima.

(67) Komisija je također iskoristila donošenje Odluke o pokretanju postupka kako bi pokušala ishoditi pojašnjenja o dodatnim činjeničnim pitanjima, kako slijedi:

- o pitanju jesu li bilo kakva sredstva FRBRTC-a (vidjeti uvodnu izjavu 50. ove odluke), u ovom slučaju posebne subvencije, isplaćena bolnicama IRIS, odnosno predstavljaju li FRBRTC i posebne subvencije jednostavne mehanizme financiranja između regije glavnog grada Bruxellesa i briselskih općina (vidjeti uvodnu izjavu 17. Odluke o pokretanju postupka);
- o naravi obveze predviđene člankom 60. Stavkom 6. Zakona o CPAS-u (vidjeti uvodnu izjavu 19. ove odluke), mogućnostima zatvaranja javne bolnice i razlici između mehanizma bolničkog planiranja (vidjeti uvodnu izjavu 26. Odluke o pokretanju postupka);
- o pitanju imaju li dodatne socijalne usluge koje pružaju IRIS-H gospodarsku narav (vidjeti uvodnu izjavu 48. Odluke o pokretanju postupka);

⁽¹¹⁹⁾ U tom pogledu vidjeti presudu u predmetu T-137/10, t. 308.

- o pitanju može li se prijenos posebnih subvencija (regije glavnog grada Bruxellesa općinama) općina bolnicama IRIS smatrati radnjom odvojenom od mehanizma pokrivanja deficita (vidjeti uvodnu izjavu 92. Odluke o otvaranju postupka) te, ako je to slučaj, o primjenjivoj pravnoj osnovi kojom su utvrđeni precizni uvjeti za navedeno;
- o pitanju postoji li mehanizam isplate predujmova, pravnoj osnovi tog mehanizma i načinu izvršenja plaćanja (ako je primjenjivo) te o pitanju mogu li se ti predujmovi smatrati mjerom potpore odvojenom od mehanizma pokrivanja deficita, kao i o konkretnim odredbama o mogućem financiranju tih predujmova (ako je primjenjivo) od strane FRBRTC-a (vidjeti uvodnu izjavu 93. Odluke o pokretanju postupka);
- o ostalim pojašnjenjima pojma kontinuiteta i održivosti (odnosno opstanka i dugoročne održivosti javnih bolnica; također vidjeti uvodnu izjavu 91. ove odluke), njegovoj pravnoj osnovi (osobito na razini mreže IRIS i IRIS-H-a), njegovim posljedicama i načinu na koji održivost opravdava mehanizme nadoknade deficita koji koriste bolnice (vidjeti uvodne izjave 102. i 103. Odluke o pokretanju postupka);
- o tome postoje li razlozi, osim onih izričito navedenih o Odluci o pokretanju postupka (odnosno, postojanje dodatnih zadaća od općeg gospodarskog interesa i održivost javnih bolnica) kojima se može opravdati dodatno financiranje IRIS-H-a (vidjeti uvodnu izjavu 103. Odluke o pokretanju postupka).

5. PRIMJEDBE ZAINTERESIRANIH STRANA

- (68) Komisija je zaprimila primjedbe četiriju zainteresiranih strana (CBI, ABISP, Zorgnet Vlaanderen i UNCPSY), koje donosimo u nastavku:

5.1. CBI

- (69) U odgovoru na Odluku o pokretanju postupka CBI, podnositelj pritužbe, napominje da, prema njemu, ta Odluka ne sadrži nijedan novi element ili argument ili novo objašnjenje koje bi omogućilo utvrđivanje posebne zadaće povjerene bolnicama IRIS ili koje se odnosi na mehanizme nadoknade za tu navodnu zadaću ili kontrola koje se provode u tom pogledu. Podnositelj pritužbe prvenstveno se poziva na argumente koje je iznio u prethodnim primjedbama.
- (70) CBI potvrđuje svoje stajalište, prema kojemu: 1.) bolnicama IRIS nisu dodijeljene posebne usluge od općeg gospodarskog interesa koje bi obavljale uz zadaće koje imaju sve belgijske bolnice (javne i privatne) i 2.) čak i da je Komisija zaključila da postoje takve dodatne zadaće, one nisu dovoljno jasno definirane kako bi ispunile zahtjeve zakonodavstva Unije u tom području. CBI također primjećuje da je prijedlogom političkog programa nove belgijske vlade (objavljenim u srpnju 2014.) predviđena „*izmjena rješenja od 13. veljače 2003. radi utvrđivanja zadaća od općinskog interesa kojima se opravdavaju subvencije općinama*”. Podnositelji pritužbe smatraju da ta formulacija ukazuje na to da trenutačno ne postoje takve zadaće, ali da će biti definirane u budućnosti.
- (71) Što se tiče zahtjeva članka 60. stavka 6. Zakona o CPAS-u, CBI smatra da oni ni na koji način ne doprinose LCH-u u smislu definicija dodatnih ili specifičnih usluga od općeg gospodarskog interesa koje se primjenjuju isključivo na javne bolnice, kao što su IRIS-H. Podnositelj pritužbe također tvrdi da se čini da se dodatna socijalna zadaća sastoji isključivo u većem opsegu socijalnih usluga od one koju pružaju druge bolnice, koju naziva „*temeljnom socijalnom zadaćom (koja je zajednička javnim i privatnim bolnicama)*”. CBI smatra da to nije dovoljno kako bi se smatralo da IRIS-H imaju dodatnu socijalnu zadaću. Nadalje, što se tiče pitanja imaju li te zadaće gospodarsku

narav, CBI tvrdi da ih sama činjenica da se usluge pružaju besplatno ne lišava njihove gospodarske naravi. Konačno, CBI tvrdi da su dodatne socijalne usluge neodvojive od goleme usluge zdravstvene skrbi, koja bez sumnje posjeduje gospodarsku narav, što nikad nije dovedeno u pitanje.

- (72) Kako tvrdi CBI, zadaća pružanja univerzalne skrbi jednako se primjenjuje na privatne i javne bolnice. CBI smatra da ne treba činiti razliku između javnih i privatnih bolnica u pogledu liječenja „socijalnih pacijenata”, neovisno o tome radi li se o hitnom slučaju ili skrbi nakon hitnog slučaja. U tom kontekstu CBI upućuje na presudu Prvostupanskog suda u Bruxellesu ⁽¹²⁰⁾ koja se odnosi na hitnu medicinsku pomoć ⁽¹²¹⁾ strancima koji nezakonito borave u Belgiji (u daljnjem tekstu: migranti bez dokumenata), iz koje je vidljivo da, u tim okolnostima, pomoć mogu pružiti i javne i privatne bolnice. CBI dodaje da, prema publikaciji ⁽¹²²⁾ iz 2004. koju je objavila organizacija Mutualités Chrésiennes ⁽¹²³⁾, privatne bolnice brinu se za više od 60 % „socijalnih pacijenata” u regiji glavnog grada Bruxellesa. Podnositelj pritužbe također smatra da Zakonom o CPAS-u, strateškim planovima mreže IRIS i konvencijama o „rezidentnosti u svrhu pružanja pomoći” nije utvrđena nikakva dodatna zadaća ⁽¹²⁴⁾.
- (73) Što se tiče „zadaća koja se obavljaju na različitim mjestima”, CBI ocjenjuje da točni sadržaj obveze pružanja bolničke skrbi „na različitim mjestima” nije objašnjen, kao ni mjera u kojoj se tom obvezom nameću dodatni troškovi za IRIS-H. Što se tiče dodatne socijalne zadaće, CBI smatra da člankom 57. Zakona o CPAS-u bolnicama IRIS nisu nametnute dodatne obveze i da one ni u kojem slučaju nisu definirane na razumljiv način (kao ni strateški planovi mreže IRIS ili konvencije o „rezidentnosti u svrhu pružanja pomoći”).
- (74) Što se tiče pitanja jasne definicije zahtjeva za nadoknadu, CBI primjećuje da, prema belgijskim vlastima, IRIS-H obavljaju specifičnu zadaću koja se razlikuje od one privatnih bolnica i da specifična zadaća nije definirana LCH-om, nego se temelji na drugoj pravnoj osnovi. Kako tvrdi CBI, jasno je isključena mogućnost da se LCH-om mogu definirati kriteriji za isplatu nadoknada koji se odnose na jednu ili više zadaća javne usluge koji nisu predviđeni tim zakonom. Osim toga, CBI primjećuje da ne postoji nikakva istovjetnost između navodnih pravnih osnova za predmetne specifične zadaće i mehanizama nadoknade. Podnositelj pritužbe primjećuje da ne postoji razlika između deficita koji proizlaze iz troškova navodnih specifičnih zadaća i troškova koji proizlaze iz troškova provođenja osnovne zadaće. Konačno, CBI se poziva na niz mišljenja belgijske Financijske inspekcije, u kojima stoji da je nemoguće kontrolirati korištenje posebnih subvencija dodijeljenih na temelju rješenja od 13. veljače 2003. jer tim rješenjem nisu utvrđene zadaće od općinskog interesa za koje su subvencije dodijeljene.
- (75) CBI također ponavlja svoje prethodno iznesene tvrdnje, prema kojima nije poduzeta nijedna mjera za izbjegavanje isplate prekomjernih nadoknada. Također dodaje da je, s obzirom na nepostojanje precizne definicije specifičnih zadaća koje obavljaju IRIS-H, nemoguće utvrditi koje djelatnosti trebaju biti obuhvaćene nadoknadom. Stoga je prema mišljenju CBI-ja nemoguće provjeriti postojanje mehanizma kontrole kojim se mogu izbjeći prekomjerne nadoknade.
- (76) Konačno, CBI primjećuje da, iako se održivost javnih bolnica spominje u sporazumu o suradnji od 19. svibnja 1994., tim se dokumentom ne definira zadaća te vrste i ne predstavlja ovlaštenje. Konkretno, CBI smatra da se iz tog dokumenta ni u kojem slučaju ne može zaključiti da općina ili grad moraju posjedovati javnu

⁽¹²⁰⁾ Vidjeti presudu od 25. siječnja 2013. u predmetu RG 2010/15534/A, ASBL La Clinique Fond’Roy / (...) i CPAS za Uccle i Anderlecht.

⁽¹²¹⁾ U Kraljevskom ukazu od 12. prosinca 1996. o hitnoj medicinskoj pomoći utvrđeno je da hitnost procjenjuju i utvrđuju liječnik ili zubar. Hitnost nije definirana zakonom, nego je procjenjuje predmetni zdravstveni djelatnik. Hitna medicinska pomoć stoga može obuhvaćati medicinsku skrb u svrhu liječenja i prevencije, koja se pruža u bolnici ili ambulanti, kao i prepisivanje lijekova. Stoga se hitna medicinska pomoć razlikuje od hitnih slučajeva u kojima je ugrožen ljudski život opisanih u uvodnoj izvaji 97.

⁽¹²²⁾ MC-Information br. 211 (veljača 2004.), str. 8. – 14.

⁽¹²³⁾ Vidjeti bilješku na str. 49. radi kratkog opisa ove organizacije.

⁽¹²⁴⁾ Konvencije koje se odnose na „rezidentnost u svrhu pružanja pomoći” potpisane su između IRIS-H i 17 od 19 CPAS-a iz regije glavnog grada Bruxellesa (također vidjeti uvodne izvaje 187.–188.). Ovim se konvencijama utvrđuju uvjeti nadoknade troškova liječenja koju isplaćuje CPAS za pacijente koji ne mogu sami platiti za svoje liječenje i koji nemaju osiguranje, pod uvjetom da su ispunjeni određeni uvjeti. Ovim je konvencijama, među ostalim, utvrđeno da IRIS-H moraju, koliko je to moguće, prikupljati podatke potrebne za „ispitivanja o socijalnom statusu” (također vidjeti uvodne izvaje 210.–211.).

bolnicu na svojem teritoriju te da njime nije utvrđeno pravilo koje se odnosi na planiranje bolničkih usluga u Belgiji za koje je potrebno korištenje službe u javnoj bolnici.

5.2. ABISP

- (77) Briselska udruga privatnih ustanova za pružanje skrbi (fran. *Association bruxelloise des institutions de soins privées*, ABISP), jedan od prvotnih podnositelja pritužbe (vidjeti uvodnu izjavu 1.), u svojim primjedbama o Odluci o pokretanju postupka primjećuje da sve belgijske bolnice, neovisno o njihovom statutu ili vlasničkoj strukturi, imaju zakonsku obvezu obavljanja zadaće od općeg interesa. U tim se okolnostima ABISP poziva na članak 2. LCH-a ⁽¹²⁵⁾. Konačno, ABISP podsjeća da je povukao pritužbu.

5.3. Zorgnet Vlaanderen

- (78) *Zorgnet Vlaanderen* predstavlja više od 500 flamanskih pružatelja skrbi (kao što su opće bolnice, ustanove za psihijatrijsku skrb i domovi za starije osobe). U svojim primjedbama na Odluku o pokretanju postupka, *Zorgnet Vlaanderen* ističe da sve belgijske bolnice, neovisno o tome jesu li javne ili privatne, podliježu istim obvezama javne usluge u okviru LCH-a. Osim toga, primjećuje da LCH-om nisu definirani uvjeti koji se odnose na pravni oblik (javno ili privatno tijelo) koji moraju biti ispunjeni kako bi se ustanova smatrala bolnicom. Osim toga, *Zorgnet Vlaanderen* primjećuje da se u definiciji obveza javne usluge bolnica ne spominje regionalna specifičnost. Konačno, tvrdi da bolnice u Flandriji i regiji glavnog grada Bruxellesa ne ispunjavaju drugačiju socijalnu zadaću.

5.4. UNCPSY

- (79) Nacionalna unija privatnih psihijatrijskih klina (fran. *Union nationale des cliniques psychiatriques privées*, UNCPSY) jest udruga privatnih francuskih psihijatrijskih klinika. U svojim primjedbama na Odluku o pokretanju postupka UNCPSY tvrdi da, kako bi se utvrdilo premašuje li javno financiranje neto troškove javne usluge, ti neto troškovi ne mogu biti ograničeni. Osim toga, tvrdi da u toj procjeni valja voditi računa o kvaliteti upravljanja pružatelja usluga. U tim okolnostima UNCPSY smatra da Komisija treba usporediti javne i privatne bolnice kako bi utvrdila je li potpora razmjera u smislu članka 106. stavka 2. UFEU-a.
- (80) U tim okolnostima Komisija u primjećuje da su primjedbe UNCPSY-ja protivne zaključku Općeg suda iz t. 300. njegove presude od 7. studenoga 2012. (T-137/10), prema kojem gospodarska učinkovitost poduzetnika u pružanju usluga od općeg gospodarskog interesa nije obuhvaćena procjenom, na temelju članka 106. stavka 2. UFEU-a, spojivosti javnog financiranja koje je poduzetnik primio u pogledu pravila u području državne potpore (vidjeti u tom pogledu uvodnu izjavu 63.).

6. PRIMJEDBE KRALJEVINE BELGIJE

6.1. Primjedbe Belgije o Odluci o pokretanju postupka

- (81) U svojem odgovoru na odluku Komisije od 1. listopada 2014., a osobito na uvodnu izjavu 17. te odluke, belgijske vlasti navode da financijske intervencije regije glavnog grada Bruxellesa (odnosno, posebne subvencije u iznosu od najviše 10 milijuna EUR godišnje) i FRBRTC-a predstavljaju prijenose financijskih sredstava dodijeljene isključivo općinama, a ne i bolnicama IRIS. Na temelju navedenoga belgijske vlasti smatraju da se radi o prijenosu financijskih sredstava između javnih vlasti koji nije obuhvaćen člankom 107. stavkom 1. UFEU-a. Prema belgijskim vlastima, ni regija glavnog grada Bruxellesa ni FRBRTC nisu dodijelili potporu bolnicama IRIS.

⁽¹²⁵⁾ Članak 2. LCH-a glasi kako slijedi: „Na temelju ovog koordiniranog zakona bolnicama se smatraju ustanove za pružanju zdravstvene skrbi u kojima se u svakom trenutku mogu provoditi i/ili primjenjivati određena ispitivanja i/ili liječenja u području specijalističke medicine, u području medicine, kirurgije i eventualno porodničarstva, u multidisciplinarnom kontekstu, u uvjetima njege i medicinskog, medicinsko-tehničkog, paramedicinskog i logističkog okvira, za ili na pacijentima koji su primljeni u te ustanove i mogu boraviti u njima jer njihovo zdravstveno stanje zahtijeva tu njegu u svrhu liječenja ili ublažavanja bolesti, ponovnog uspostavljanja ili poboljšavanja zdravstvenog stanja ili u svrhu stabilizacije ozljeda u najkraćem roku.”

Belgijske vlasti smatraju da su ti prijenosi sredstava provedeni u okviru nadležnosti Regije u području općeg financiranja općina, što omogućuje općinama da obavljaju svoje zadaće od općeg interesa, među ostalim zadaće CPAS-a. U tim se okolnostima upućivanja podnositelja pritužbe na mišljenja Financijske inspekcije odnose isključivo na regiju glavnog grada Bruxellesa i općine, ali ne i na IRIS-H. Konačno, belgijske vlasti tvrde da, na temelju posebnog zakona od 8. kolovoza 1980. o institucionalnim reformama i mišljenju belgijskog Državnog vijeća ⁽¹²⁶⁾, regija glavnog grada Bruxellesa smije financirati samo općine, a ne i IRIS-H-a, jer financiranje posebnih bolničkih zadaća ne spada pod nadležnost regije.

- (82) Što se tiče sumnji iznesenih u uvodnoj izjavi 26. Odluke o pokretanju postupka, belgijske vlasti pojašnjavaju razliku između zahtjeva iz članka 60. stavka 6. Zakona o CPAS-u, s jedne strane, i mogućnosti zatvaranja javne bolnice s mehanizmom bolničkog planiranja s druge strane. Kako tvrde belgijske vlasti, člankom 60. stavkom 6. Zakona o CPAS-u ⁽¹²⁷⁾ utvrđeni su uvjeti koji moraju biti ispunjeni kako bi CPAS mogao osnovati bolnicu. CPAS među ostalim mora provesti analizu kako bi utvrdio je li bolnica zaista potrebna, uzimajući u obzir potrebe regije, osobito medicinsko-socijalne potrebe i postojanje slične infrastrukture. Belgijske vlasti također ističu da se mehanizam planiranja za bolnice sastoji u tome da savezna vlada utvrdi najveći broj bolničkih kreveta po regiji. Savezna vlada temelji svoju odluku isključivo na utvrđenim bolničkim potrebama, ne uzimajući u obzir socijalne potrebe u svakoj regiji ⁽¹²⁸⁾. Belgijske vlasti objašnjavaju da se za regiju glavnog grada Bruxellesa najveći broj kreveta utvrđuje za čitavu regije, a ne pojedinačno za svaku od 19 općina. S druge strane, svaki od 19 CPAS-a regije glavnog grada Bruxellesa samostalno odlučuje o tome hoće li osnovati bolnicu na području svoje općine s obzirom na lokalne potrebe.
- (83) Belgijske vlasti također su objasnile da zatvaranje javne bolnice ili njezin prijenos na partnera u privatnom sektoru nije formalno ili specifično uređeno LCH-om ili Zakonom o CPAS-u ⁽¹²⁹⁾. Međutim, kako tvrde belgijske vlasti, sudskom praksom belgijskog Državnog vijeća pojašnjeni su uvjeti za zatvaranje i/ili prijenos ustanova koje je osnovao CPAS. U svojoj presudi br. 113.428 od 9. prosinca 2002. Državno vijeće naredilo je poništenje prijenosa sanatorija u vlasništvu CPAS-a privatnom subjektu. Među ostalim također je presudilo da valja procijeniti potrebu za pružanjem medicinsko-socijalnih usluga prije donošenja odluke o zatvaranju ili prijenosu ustanove. U toj procjeni valja uzeti u obzir procjenu provedenu prilikom osnivanja ustanove, kao i sve promjene do kojih je došlo nakon odluke o otvaranju ustanove. Osim toga, belgijske vlasti napominju da se ta procjena ne može temeljiti isključivo na financijskom stanju ustanove niti na troškovima njezina održavanja. Na temelju navedenoga belgijske vlasti zaključuju da CPAS ne može zatvoriti svoju bolnicu ako prethodno nije utvrdio da više ne postoje medicinske i socijalne potrebe zbog kojih je bolnica osnovana.
- (84) Kako tvrde belgijske vlasti, prilikom stvaranja javne bolnice valja poštovati obveze iz članka 60. stavka 6. Zakona o CPAS-u i bolničkog planiranja javnih vlasti, dok je u slučaju privatnih bolnica bitno samo planiranje. Temeljem članka 60. stavka 6. Zakona o CPAS-u, otvaranje nove javne bolnice mora biti opravdano postojanjem stvarne potrebe. Osim toga, belgijske vlasti objašnjavaju da, ako se otvori javna bolnica s kapacitetom koji je jednak broju kreveta predviđenim bolničkim planom, više nema mjesta za drugu (javnu ili privatnu) bolnicu u tom području u okviru tog plana, u kojem slučaju više ne postoje drugi načini odgovora na potrebe stanovništva. Belgijske vlasti primjećuju da, ako CPAS u određenom trenutku želi zatvoriti svoju javnu bolnicu, najprije se mora uvjeriti da ta bolnica više nije potrebna u svjetlu sudske prakse Državnog vijeća. Za razliku od CPAS-a, privatni subjekt koji odluči zatvoriti svoju bolnicu nema zakonsku obvezu uvjeriti se da će stanovništvo i dalje imati pristup zdravstvenoj skrbi. Kako tvrde belgijske vlasti, privatna bolnica ostaje otvorena samo na temelju vlastite odluke, koja se u svakom trenutku može promijeniti. Belgijske vlasti navode primjer iznenadnog zatvaranja bolnice

⁽¹²⁶⁾ Mišljenje zakonodavnog dijela Državnog vijeća o idejnom nacrtu rješenja od 13. veljače 2003. o dodjeljivanju posebnih subvencija općinama regije glavnog grada Bruxellesa.

⁽¹²⁷⁾ Vidjeti uvodnu izjavu 19. za točni tekst tog članka.

⁽¹²⁸⁾ Savezna vlada usvaja plan u području bolničkih kreveta („bolničko planiranje“) na temelju različitih pokazatelja (medicinskih, kirurških, gerijatrijskih, pokazatelja za rođilišta, pedijatrijskih pokazatelja, pokazatelja u smislu fizikalne terapije, psihijatrijskih pokazatelja, neonatoloških pokazatelja itd.) s obzirom na ukupno stanovništvo Bruxellesa, Flandrije i Valonije i čitave Kraljevine, na temelju prijedloga Državnog vijeća za bolničke ustanove.

⁽¹²⁹⁾ Konkretnije, belgijske vlasti napominju da su LCH-om utvrđeni uvjeti za nadoknadu deficita u slučaju da se bolnica prenosi privatnom vlasniku, dok su Zakonom o CPAS-u prevedena samo opća načela za otvaranje i upravljanje ustanovama koje je osnovao CPAS.

Hôpital français, privatne bolnice u općini Berchem-Sainte-Agathe (Bruxelles) 2008. godine ⁽¹³⁰⁾. Zaključno, belgijske vlasti objašnjavaju da mehanizam bolničkog planiranja ograničava slobodu javnih i privatnih subjekata da osnivaju bolnice (osnivanje bolnice moguće je samo ako još nije dosegnut najveći broj kreveta u određenoj zoni). Međutim, belgijske vlasti također tvrde da obveze koje proizlaze iz Zakona o CPAS-u nameću dodatna ograničenja CPAS-ima u području otvaranja i zatvaranja javne bolnice, dok se privatne bolnice mogu otvarati i zatvarati u svakom trenutku.

- (85) Što se tiče obveza koje se navodno primjenjuju samo na bolnice IRIS (vidjeti uvodne izjave 87. do 89. Odluke o pokretanju postupka), belgijske vlasti ističu da su te obveze izravna posljedica činjenice da su IRIS-H osnovane u svrhu doprinosa pružanju socijalne skrbi CPAS-a (vidjeti odjeljak 2.2.). Belgijske vlasti ocjenjuju da te obveze proizlaze iz Zakona o CPAS-u, temeljem kojeg su osnovane IRIS-H, i da se primjenjuju na bolnice IRIS na temelju njihovog statuta i strateških planova mreže IRIS. Belgijske vlasti također upućuju na te dokumente za točnu definiciju tih obveza. U svrhu sažetosti te kako bi se izbjegla ponavljanja, Komisija će u svojoj procjeni navesti samo bitne odlomke (vidjeti odjeljak 7.3.4.1.).
- (86) U svojoj Odluci o pokretanju postupka (vidjeti uvodnu izjavu 48.), Komisija je iznijela svoje sumnje u pogledu gospodarske naravi dodatnih socijalnih usluga koje pružaju IRIS-H. U svojem odgovoru na Odluku o pokretanju postupka, belgijske vlasti ocjenjuju da te socijalne usluge nemaju gospodarsku narav. U bitnome tvrde da socijalna pomoć koju briselski CPAS-i pružaju u obliku materijalne, socijalne, medicinske, medicinsko-socijalne i psihološke pomoći ne čini dio konkurentnog tržišta i da to ostaje slučaj čak i ako dio socijalne pomoći (odnosno, dodatne socijalne usluge) pružaju IRIS-H na temelju ovlaštenja.
- (87) Što se tiče pravne osnove za nadoknadu deficita (vidjeti t. 91. Odluke o pokretanju postupka), belgijske vlasti ocjenjuju da je obveza općina da pokrivaju deficit svojih javnih bolnica predviđena člankom 46. statuta IRIS-H-a, kao i člankom 109. LCH-a. Navode da je u članku 109. LCH-a utvrđeno opće načelo primjenjivo na sve belgijske javne bolnice, kojim se utvrđuje minimalna obveza općina (budući da su općine obavezne pokrivati samo dio deficita, vidjeti također uvodnu izjavu 47.). Belgijske vlasti također navode da je člankom 46. statuta IRIS-H-a utvrđena obveza koja se primjenjuje samo na šest općina koje su osnovale bolnice IRIS i koje su odlučile premašiti minimum utvrđen člankom 109. LCH-a na način da pokriju čitavi obračunski deficit IRIS-H-a.
- (88) U uvodnoj izjavi 92. Odluke o pokretanju postupka Komisija je postavila pitanje može li se prijenos posebnih subvencija (koje regija glavnog grada Bruxellesa dodjeljuje općinama) od strane općina bolnicama IRIS smatrati zasebnom radnjom u odnosu na mehanizam pokrivanja deficita. Belgijske vlasti u svojem odgovoru tvrde da briselske općine koriste samo posebne subvencije kako bi (djelomično) ispunile svoju obvezu pokrivanja deficita IRIS-H-a. Kako je detaljno objašnjeno u nastavku (vidjeti odjeljak 7.3.5.), nadoknada deficita isplaćuje se u nekoliko faza, među kojima je i prijenos posebnih subvencija općine bolnici IRIS, ali sva se ta plaćanja vrše na istoj osnovi, odnosno na temelju obveze općina da pokriju deficit.
- (89) Komisija je također zatražila pojašnjenja o navodnom mehanizmu plaćanja predujmova (ako je to primjenjivo), pravnoj osnovi tog mehanizma i njegovu načinu funkcioniranja, razlici u odnosu na mehanizam pokrivanja deficita i ulogu koju FRBRTC igra u njegovom financiranju (vidjeti uvodnu izjavu 93. Odluke o pokretanju postupka). Belgijske vlasti procjenjuju da ne postoji mehanizam plaćanja predujmova. Konkretnije, objašnjavaju da obveza pokrivanja deficita IRIS-H-a stupa na snagu nakon pojave deficita. Kako tvrde belgijske vlasti, članak 46. statuta IRIS-H-a upućuje na obračunski deficit, koji je vidljiv u financijskim izvješćima bolnica najkasnije šest mjeseci nakon kraja financijske godine. S druge strane, izračun deficita iz članka 109. LCH-a koji provodi savezna javna služba za javno zdravlje traje dulje (do 10 godina). Međutim, belgijske vlasti tvrde da, budući da je deficit iz članka 109. LCH-a jednostavno dio obračunskog deficita koji se odmah pokriva na temelju članka 46. statuta IRIS-H-a, bolnice ne primaju predujmove koji se mogu smatrati potporom različitom od mehanizma pokrivanja

⁽¹³⁰⁾ Belgijske vlasti primjećuju da je, iako se tražio kupac, bolnica Hôpital français iznenada zatvorila vrata pacijentima 9. svibnja 2008. Objašnjavaju da je ta bolnica prethodno zatvorila svoj pedijatrijski odjel i rodilište. Kako tvrde belgijske vlasti, pacijenti tih odjela tijekom čitavog dana prebacivani drugim bolnicama u briselskoj regiji.

deficitâ. Konačno, belgijske vlasti ponavljaju da je FRBRTC općinama isplatio sredstva financiranja zahvaljujući kojima su mogle ispuniti svoje obveze pokrivanja deficitâ koja, kako je prethodno objašnjeno, ne predstavljaju mehanizam plaćanja predujmova.

- (90) Što se tiče mjera kojima se želi izbjeći prekomjerna nadoknada i nepostojanja prekomjerne nadoknade (vidjeti točke 95. – 97. Odluke o pokretanju postupka), belgijske vlasti iznose sljedeće argumente. Prvo objašnjavaju da se odluke o nadoknadi deficita donose jedanput godišnje, nakon što postane izvjesno koliko iznosi procijenjeni deficit za financijsku godinu, zbog čega ne postoji rizik od prekomjerne nadoknade. Dodaju kako je belgijskim pravnim okvirom (osobito Zakonom od 14. studenoga 1983. i Zakonom o CPAS-u) općinama dopušteno da se uvjere da IRIS-H ispravno koriste državnu potporu te da povrate tu potporu u slučaju nepoštivanja uvjeta ili u slučaju prekomjerne nadoknade. Nadalje, kako bi dokazale nepostojanje prekomjerne nadoknade, belgijske vlasti upućuju na različite tablice podnesene Komisiji iz kojih su vidljivi deficit i intervencije općina za svaku od pet bolnica IRIS u razdoblju između 1996. i 2014. godine (za te brojke također vidjeti odjeljak 7.3.5.).
- (91) Kako je zatraženo, belgijske vlasti u svojem odgovoru također iznose dodatna pojašnjenja o pojmu „pérennité” (kontinuitet i održivost) (vidjeti uvodne izjave 102. – 103. Odluke o pokretanju postupka). Kako tvrde belgijske vlasti, obveza osiguranja kontinuiteta i održivosti IRIS-H-a izravno se temelji na Zakonu o CPAS-u. Kako je prethodno objašnjeno (vidjeti odjeljak 2.1.), svaki CPAS može osnovati ustanove zadužene za pružanje socijalne pomoći, uključujući medicinsku i medicinsko-socijalnu pomoć, ako može dokazati da je to potrebno za ispunjenje stvarne potrebe u skladu s člankom 60. stavkom 6. Zakona o CPAS-u. Kako navode belgijske vlasti, šest od 19 CPAS-a iz regije glavnog grada Bruxellesa osnovalo je bolnice (koje nemaju status zasebne pravne osnove) kako bi pružale socijalnu pomoć i sami su upravljali tim bolnicama do kraja 1995. Belgijske vlasti tvrde da restrukturiranje javnih bolnica koje je dovelo do osnivanja javnih bolnica IRIS, koje su postale pravno neovisne od CPAS-a 1. siječnja 1996. (također vidjeti odjeljak 2.2.) ni na koji način ne mijenja obvezu CPAS-a da pružaju socijalnu pomoć, izravno ili putem bolnica IRIS. U tim okolnostima belgijske vlasti primjećuju da je glavni cilj restrukturiranja i osnivanja mreže IRIS i bolnica IRIS bio zajamčiti kontinuitet usluga javnih bolnica u regiji glavnog grada Bruxellesa (također vidjeti uvodnu izjavu 27.). Dakle, primjećuju da, kako bi se zajamčio kontinuitet i održivost IRIS-H-a, kao i ispunjenje socijalnih potreba stanovništva, općine i CPAS-i moraju pokriti sav deficit tih bolnica na temelju članka 46. statuta IRIS-H-a. Osim toga, belgijske vlasti zaključuju da, dokle god postoji ta stvarna potreba, sukladno sudskoj praksi Državnog vijeća (vidjeti uvodnu izjavu 83.), javne vlasti ne smiju zatvoriti IRIS-H ili ih ustupiti vlasniku iz privatnog sektora.
- (92) Konačno, u uvodnoj izjavi 103. Odluke o pokretanju postupka, Komisija želi znati postoje li i drugi razlozi kojima se može opravdati dodatno financiranje IRIS-H-a. Belgijske vlasti u tom pogledu primjećuju da bolnice IRIS nemaju samo svrhu stvaranja „održivih” usluga, zadaća i programa bolnica, što je omogućeno privatnim belgijskim bolnicama. Upravo suprotno, kako tvrde belgijske vlasti, IRIS-H moraju zajamčiti što je moguće širi opseg usluga zdravstvene skrbi, osobito kako bi zajamčile pristup, među ostalim najranjivijim članovima društva, svim uslugama liječenja potrebnim za njihovu bolest, čak i ako liječenje uvelike premašuje norme planiranja i odobrenja koje se primjenjuju na sve bolnice na temelju LCH-a. U tim okolnostima belgijske vlasti također se upućuju na t. 162. presude Općeg suda od 7. studenoga 2012., prema kojoj bi „nadoknade za deficite javnih bolnica mogle biti potrebne iz zdravstvenih i socijalnih razloga kako bi se osigurao kontinuitet i održivost bolničkog sustava”. Belgijske vlasti također primjećuju da statut javne bolnice podrazumijeva određene troškove koji se ne mogu u potpunosti nadoknaditi saveznim mjerama financiranja. Primjećuju da ti troškovi, među ostalim, obuhvaćaju plaćanje premija za jezične vještine dvojezičnim članovima osoblja, više troškove mirovina i osiguranja od bolesti za članove upravljačkog osoblja (dužnosnike) i obavezna povećanja naknada (koji se isključivo plaćaju djelomično) od strane regije glavnog grada Bruxellesa.

6.2. Primjedbe Belgije o primjedbama trećih strana

- (93) Belgijske vlasti ponajprije navode da se primjedbe CBI-ja, ABSIP-a i *Zorgnet Vlaanderen* o Komisijinoj Odluci o pokretanju postupka temelje na istom argumentu, a to je da, kako tvrde te organizacije, IRIS-H nemaju obvezu pružanja dodatnih usluga od općeg gospodarskog interesa osim onih usluga od općeg gospodarskog interesa obaveznih za sve bolnice (javne ili privatne) u Belgiji. Kako tvrde belgijske vlasti, ta se tvrdnja oslanja na isti

temelj, odnosno na argument da je LCH-om privatnim i javnim bolnicama nametnuta ista obveza pružanja javne usluge, neovisno o regionalnim razmatranjima. Međutim, kako tvrde belgijske vlasti, intervenijenti ne objašnjavaju na koji se način Zakon o CPAS-u ne primjenjuje na bolnice IRIS budući da je, kako tvrdi Belgija, taj zakon sama pravna osnova za postojanje IRIS-H-a. Belgijske vlasti napominju da je u članku 147. LCH-a izričito navedeno da, u slučaju bolnica kojima upravlja CPAS (kao što su IRIS-H⁽¹³¹⁾), LCH nadopunjuje Zakon o CPAS-u, što potvrđuje da LCH nije jedina relevantna pravna osnova koja se primjenjuje na bolnice kojima upravlja CPAS.

- (94) Belgijske vlasti smatraju netočnom tvrdnju CBI-ja da je iz namjere briselske vlade da izmijeni rješenje od 13. veljače 2003. na način da precizno utvrdi zadaće od općeg interesa kojima se opravdava plaćanje posebnih subvencija općinama (vidjeti uvodnu izjavu 70.) vidljivo da trenutačno ne postoje posebne zadaće (primjenjive isključivo na IRIS-H). Belgijske vlasti osobito navode da se posebne subvencije predviđene tim rješenjem dodjeljuju isključivo općinama, a ne bolnicama IRIS. Belgija između ostalog potvrđuje da intervencije FRBRTC-a i same regije glavnog grada Bruxellesa (u iznosu od najviše 10 milijuna EUR godišnje⁽¹³²⁾) u svrhu potpore općinama predstavljaju prijenose sredstava između javnih vlasti koji nisu obuhvaćeni područjem primjene članka 107. stavka 1. UFEU-a. Belgijske vlasti ponavljaju da regija glavnog grada Bruxellesa ili FRBRTC nisu dodijelili takve iznose bolnicama IRIS. Upravo suprotno, kako tvrdi Belgija, radi se tek o prijenosima između regije i općina obuhvaćenima nadležnošću javnog financiranja općina od strane regije. To je globalno financiranje osmišljeno kako bi općine mogle ispuniti svoje zadaće od općinskog interesa, koje obuhvaćaju zadaće CPAS-a. Kako tvrde belgijske vlasti, reforma najavljena u rješenju od 13. veljače 2003. također ne predstavlja priznavanje nepostojanja dodatnih usluga od općeg gospodarskog interesa dodijeljenih bolnicama IRIS. Na općinama je da utvrde usluge od općeg gospodarskog interesa dodijeljene bolnicama koje osnivaju, a predmetno rješenje nije bitno u tom kontekstu jer se odnosi isključivo na unutardržavno financiranje.
- (95) Belgijske vlasti također odbacuju opis socijalnih zadaća koji CBI iznosi u svojim primjedbama, a koji smatraju netočnim. CBI među ostalim tvrdi da je LCH-om definirana „osnovna socijalna zadaća” zajednička javnim i privatnim bolnicama, ali da je samo IRIS-H ispunjavaju na najintenzivniji način. U tom se pogledu „dodatne” socijalne zadaće bolnica IRIS ne mogu razdvojiti od bolničkih usluga i čine njihov sastavni dio. Belgijske vlasti ne dijele to stajalište. Smatraju da, osim činjenice da CBI izričito priznaje postojanje intrinzične razlike između javnih i privatnih bolnica (odnosno, veći obujam socijalnih usluga koje pružaju IRIS-H), CBI ne navodi što točno smatra „osnovnom socijalnom zadaćom”, što smatra bolničkom uslugom od općeg gospodarskog interesa te da ne definira pravnu osnovu na kojoj se temelji ta zadaća, kao ni posebno ovlaštenje koje se njome nameće. Belgijske vlasti smatraju da se samo Zakonom o CPAS-u „osnovne socijalne zadaće” mogu dodijeliti javnim bolnicama. Kako tvrde belgijske vlasti, što se tiče javnih bolnica, LCH tek dopunjuje Zakon o CPAS-u (vidjeti članak 147. Zakona o CPAS-u). Temeljna zadaća, odnosno „osnovna zadaća” bolnica IRIS definirana je Zakonom o CPAS-u ili na temelju njega, što znači da nije „zajednička” svim bolnicama. Kako tvrde belgijske vlasti, ta zadaća nema gospodarsku narav. Stoga su IRIS-H osnovane na temelju Zakona o CPAS-u, a nakon osnivanja moraju postići sukladnost s dodatnim pravilima utvrđenim LCH-om⁽¹³³⁾.
- (96) Što se tiče primjedbi CBI-ja o zadaći pružanja univerzalne skrbi, belgijske vlasti primjećuju da CBI ograničava zadaću pružanja univerzalne skrbi, za koju tvrdi da je zajednička svim bolnicama, samo na hitnu skrb i usluge nakon pružanja hitne skrbi. Belgijske vlasti smatraju da CBI implicitno priznaje da privatne briselske bolnice nemaju obvezu liječiti pacijente osim u hitnim slučajevima i situacijama nakon hitnih slučajeva, što predstavlja najveći dio skrbi koja se pruža osobama u nepovoljnom položaju. Nadalje, belgijske vlasti tvrde da upućivanje CBI-ja na zadaću od javnog interesa opisanu u članku 2. LCH-a ne predstavlja temelj za takvu obvezu. Tvrde da činjenica da su bolnice obvezne pružati osnovnu uslugu bolnice ne podrazumijeva da su obvezne obavljati zadaću pružanja skrbi svim osobama u svim okolnostima, neovisno o tome je li osoba u mogućnosti platiti usluge. To uvelike dokazuje samo postojanje posebnih pravila kojima se uređuju hitni slučajevi. Belgijske vlasti tvrde da zadaća od općeg interesa ne može biti implicitna, nego da je izričito nametnuta. Smatraju da je potrebno

⁽¹³¹⁾ U svrhu primjene LCH-a, smatra se da bolnicama IRIS upravlja CPAS.

⁽¹³²⁾ Godišnji iznos ovisi o dostupnim sredstvima u proračunu regije glavnog grada Bruxellesa i zahtjevima predmetnih općina. Tijekom razdoblja između 2003. i 2014. posebne subvencije dosegle su ograničenje od 10 milijuna EUR svake godine osim 2010. (9 milijuna) i 2011. (9,5 milijuna).

⁽¹³³⁾ U tim okolnostima belgijske vlasti napominju da privatne bolnice, primjerice osnovane na temelju zakona o neprofitnim udrugama („Zakon o neprofitnim udrugama”) također moraju postići sukladnost s LCH-om u pogledu bolničkih funkcija. Međutim, budući da se Zakonom o neprofitnim udrugama ustanovama koje uređuje ne nameće posebna zadaća, zadaće tih privatnih bolnica uređuju se samo LCH-om.

utvrditi konkretne zahtjeve za hitne slučajeve jer se u definiciji osnovne zadaće bolnice utvrđenoj LCH-om ne spominju hitni slučajevi. Belgijske vlasti iznose argument prema kojemu se Zakon od 8. srpnja 1964. ⁽¹³⁴⁾ i njegove provedbene uredbe bave hitnom medicinskom skrbi ⁽¹³⁵⁾ i uslugama hitne pomoći (uključujući usluge kola hitne pomoći). Na toj osnovi određene javne i privatne bolnice obavljaju određene zadaće u području hitne medicinske skrbi.

- (97) Međutim, belgijske vlasti tvrde da obveza pružanja hitne skrbi u javnim i privatnim bolnicama ne proizlazi iz LCH-a, nego iz opće obveze pružanja pomoći svim ugroženim osobama. Kako tvrde belgijske vlasti, bolnice su dužne pružati pomoć u situacijama u kojima je potrebna hitna medicinska skrb ovisno o svojoj strukturi i dostupnoj stručnosti ⁽¹³⁶⁾. Ta se obveza jednako odnosi na javne i privatne bolnice i na sve ostale osobe, s obzirom na obvezu pružanja pomoći ugroženoj osobi. Belgijske vlasti također objašnjavaju da se, na temelju članka 422.b belgijskog Kaznenog zakonika, ta obveza primjenjuje jedino u hitnim slučajevima, osobito u slučajevima u kojima je potrebna hitna medicinska skrb zbog ugroženosti ljudskog života. Međutim, belgijske vlasti napominju da u svim ostalim situacijama (odnosno, u situacijama koje nisu hitne) bolnice nemaju obvezu pružati univerzalnu skrb i ne moraju liječiti pacijente koji ne mogu platiti liječenje. Konačno, belgijske vlasti napominju da, iako je očito da belgijske bolnice nemaju pravo vršiti diskriminaciju na temelju financijske situacije pacijenata (odnosno, na temelju činjenice da je osoba siromašna), ako pacijent ne može ili ne želi platiti, nisu obvezne pružati usluge skrbi izvan hitnih situacija.
- (98) U svojim primjedbama u odgovoru na primjedbe CBI-ja belgijske vlasti također stavljaju u kontekst upućivanje CBI-ja na presudu Prvostupanjskog suda u Bruxellesu (vidjeti uvodnu izjavu 72.). Kako tvrde belgijske vlasti, presuda na koju se poziva CBI odnosi se isključivo na vrlo specifični slučaj hitne medicinske pomoći ⁽¹³⁷⁾ za migranta bez dokumenata koji je trebao psihijatrijsku pomoć. Napominju da IRIS-H ne pružaju takvu vrstu pomoći. Belgijske vlasti tvrde da je tom presudom potvrđeno da hitnu medicinsku pomoć migrantima bez dokumenata najčešće pružaju bolnice koje je osnovao CPAS ili bolnice s kojima je CPAS potpisao sporazum ⁽¹³⁸⁾. Konačno, belgijske vlasti ističu da CBI ne opravdava i ne pokušava opravdati navodnu obvezu privatnih bolnica da liječe sve pacijente u situacijama „nakon hitnog slučaja”. Kako tvrde belgijske vlasti, privatne bolnice nemaju takvu obvezu u situacijama „nakon hitnog slučaja”, dok su IRIS-H dužne liječiti sve pacijente u svim okolnostima, čak i ako ne postoji potreba za hitnom medicinskom skrbi.

7. OCJENA MJERA

7.1. Predmet ove odluke

- (99) Pritužba se odnosi na mjeru potpore od oko 100 milijuna EUR dodijeljene u okolnostima restrukturiranja koje je dovelo do stvaranja IRIS-H-a (vidjeti odjeljak 2.2.). Međutim, kako je navedeno u odjeljku 3.1. Odluke

⁽¹³⁴⁾ Vidjeti Zakon od 8. srpnja 1964., kako je izmijenjen (belgijski Službeni list od 25. srpnja 1964., str. 8153.).

⁽¹³⁵⁾ Protivno prethodno spomenutoj hitnoj medicinskoj skrbi (vidjeti uvodnu izjavu 72.), koja uključuje planirane usluge, hitna medicinska skrb odnosi se na usluge koje se pružaju bez odlaganja u situacijama životne ugroženosti.

⁽¹³⁶⁾ To znači da je bolnica, iako ne ispunjava određene zadaće u području hitne medicinske pomoći kako je navedeno u Zakonu od 8. srpnja 1964., i dalje dužna pružati pomoć u hitnim slučajevima s obzirom na svoje kapacitete (odnosno uzimajući u obzir infrastrukturu i osoblje).

⁽¹³⁷⁾ Hitna medicinska skrb uređena je člankom 57. stavkom 2. i Kraljevskim ukazom od 12. prosinca 1996.

⁽¹³⁸⁾ U svojoj presudi od 25. siječnja 2013. Prvostupanjski sud u Bruxellesu navodi kako slijedi: „Općenita ekonomija sustava takva je da ili CPAS sâm pruža hitnu medicinsku skrb osobi koja zahtijeva takvu skrb u bolnici kojom upravlja, ili preuzima troškove skrbi pružene toj osobi u privatnoj bolnici. **Ako se skrb pruža u ustanovi koja ovisi o predmetnom CPAS-u ili s kojom je CPAS potpisao sporazum**, može doći do toga da se hospitalizacija provede u drugoj ustanovi zbog hitnosti situacije u kojoj se nalazi osoba koju je potrebno hospitalizirati. U tom slučaju nije potrebno provesti prethodno savjetovanje s CPAS-om niti s predmetnom osobom, nego osoblje pozvanih kola hitne pomoći donosi brzu i jednostranu odluku, odnosno, kao što je to ovdje slučaj, državni tužitelj. Neuobičajena ili iznimna narav ovog hitnog postupka ne ovlašćuje CPAS da odbije preuzeti troškove hospitalizacije u ustanovi koja nije njegova (...)” (Isticanje dodano).

o pokretanju postupka, Komisija je donijela mjeru u pogledu ove potpore tek nakon isteka roka zastare za nadoknadu potpore za restrukturiranje. Prema tome, ta mjera potpore nije obuhvaćena formalnim postupkom ispitivanja koji je otvorila Komisija, zbog čega neće biti predmetom ove odluke.

- (100) Osim mjere na koju se primjenjuje zastara, pritužba se formalno odnosila na i. sredstva koja je FRBRTC isplatio općinama odgovornim za IRIS-H i ii. posebne subvencije (do najviše 10 milijuna EUR godišnje) koje je općinama isplatila regija glavnog grada Bruxellesa na temelju rješenja od 13. veljače 2003.
- (101) Međutim, te se dvije vrste sredstava dodjeljuju isključivo općinama odgovornima za IRIS-H, a ne i samim bolnicama IRIS. U stvarnosti predstavljaju tek tok financiranja između regije glavnog grada Bruxellesa i šest briselskih općina odgovornih za IRIS-H, što znači da ne predstavljaju državnu potporu u korist IRIS-H-a.
- (102) Točno je da je Komisija u svojoj poništenoj odluci iz 2009. zamijenila isplate preko FRBRTC-a s mehanizmom nadoknade deficitâ predviđenim člankom 109. LCH-a i da je propustila provesti zasebnu procjenu kriterijâ za nadoknadu tih dviju mjera ⁽¹³⁹⁾. Osim toga, općine koriste sredstva FRBRTC-a kako bi nadoknadile deficit IRIS-H-a ⁽¹⁴⁰⁾ i općine su imale obvezu isplatiti sredstva FRBRTC-a bolnicama IRIS u roku od najviše sedam radnih dana ⁽¹⁴¹⁾.
- (103) Međutim, kako je potvrđeno podacima primljenima u okviru odgovora na prethodno objašnjenu Odluku o pokretanju postupka (vidjeti uvodnu izjavu 230.), prijenosi sredstava FRBRTC-a i regije glavnog grada Bruxellesa općinama odgovornim za IRIS-H potrebni su jer su vlastita sredstva kojima raspolažu te općine nedovoljna za ispunjavanje obveze općina za nadoknadu deficita u pogledu IRIS-H-a. U tim su okolnostima FRBRTC i regija glavnog grada Bruxellesa zatražili od briselskih općina da stave sredstva FRBRTC-a i posebne subvencije na raspolaganje bolnicama IRIS gotovo neposredno nakon primitka tih sredstava. Neovisno o toj obvezi prijenosa sredstava, obveza nadoknade deficitâ IRIS-H-a primjenjuje se isključivo na predmetne općine, a te bolnice nemaju nikakvo pravo na nadoknadu od regije glavnog grada Bruxellesa ili FRBRTC-a. Isto tako, i same općine, a ne regija glavnog grada Bruxellesa, nameću neke obveze bolnicama IRIS (vidjeti odjeljak 7.3.4.1.). Prema tome, samo se sredstva koja općine isplaćuju u korist IRIS-H-a za nadoknadu njihovih deficita, neovisno o tome financiraju li se iz vlastitih resursa općina ili sredstava koje općinama isplaćuje regija glavnog grada Bruxellesa, mogu smatrati državnom potporom u smislu članka 107. stavka 1. UFEU-a.
- (104) Komisija zaključuje da unutardržavno financiranje (regije glavnog grada Bruxellesa općinama, neovisno o tome radi li se o izravnom financiranju ili neizravnom financiranju putem FRBRTC-a) predstavlja tek izvor financiranja sredstava koje općine isplaćuju u ime nadoknade deficitâ, a ne mjeru kojom IRIS-H mogu koristiti pored te nadoknade deficitâ. Nadalje, tokovi financiranja između regije glavnog grada Bruxellesa i predmetnih briselskih općina, kao i njihove pravne osnove (među ostalima i rješenje od 13. veljače 2003.) ne ocjenjuju se kao takvi u ovoj odluci. Ova odluka Komisije usredotočuje se na plaćanja koja su općine izvršile u korist IRIS-H-a u svrhu nadoknade njihovih deficita, a za koja općine uvelike ovise o unutardržavnom financiranju koje omogućuje regija glavnog grada Bruxellesa ⁽¹⁴²⁾. Međutim, iako se njome ne ispituju mjere na koje se službeno pozivaju podnositelji pritužbe, procjenom u pogledu pravila u području državne potpore koja se odnosi na nadoknadu deficitâ bolnica od strane općina u biti će se odgovoriti na pitanja podnositelja pritužbe koja se odnose na postojanje državne potpore, jer će *de facto* također obuhvatiti sredstva koja regija glavnog grada Bruxellesa, izravno ili putem FRBRTC-a, isplaćuje općinama, koje ih potom u potpunosti koriste za nadoknadu deficita IRIS-H-a. Zbog toga se analizom postojanja prekomjerne nadoknade opisanom u nastavku (vidjeti tablice 9. do 13. u odjeljku 7.3.5.) također ispituju plaćanja izvršena u ime nadoknade deficitâ koja su financirana sredstvima FRBRTC-a i posebnim subvencijama regije glavnog grada Bruxellesa. Konačno, valja istaknuti da je dio plaćanja koja su općine izvršile

⁽¹³⁹⁾ Predmet T-137/10, t. 208. do 215.

⁽¹⁴⁰⁾ *Ibidem*, t. 217.

⁽¹⁴¹⁾ *Ibidem*, t. 218.

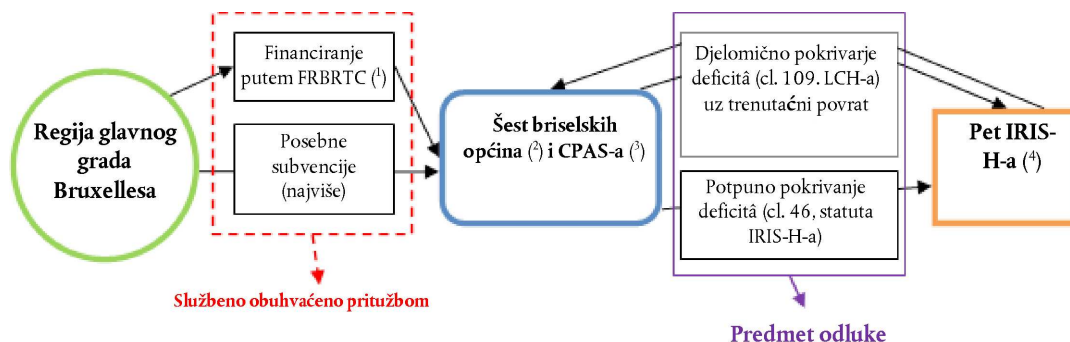
⁽¹⁴²⁾ Iz navedenoga proizlazi da se procjena provedena u ovoj odluci razlikuje od one provedene u poništenoj odluci Komisije iz 2009., a u kojoj su intervencije putem FRBRTC-a i posebne subvencije u određenoj mjeri ocijenjene odvojeno od nadoknade deficita.

u ime nadoknade deficita koji je financirala regija glavnog grada Bruxellesa ili koji je financiran putem FRBRTC-a ⁽¹⁴³⁾ bio nedovoljan da se u potpunosti pokriju deficiti IRIS-H te da ta plaćanja ni u jednom trenutku u razdoblju između 1996. i 2014. nisu dovela do situacije u kojoj je bolnica IRIS primila prekomjernu nadoknadu i morala vratiti (dio) nadoknade svojeg deficita (vidjeti također uvodne izjave 234. i 238.).

- (105) Komisija će u ovom slučaju ocijeniti nadoknade koje su općine izvršile od 1996. kako bi pokrile deficite IRIS-H-a ⁽¹⁴⁴⁾. Na temelju navedenoga, u dijagramu 1. navedenom u nastavku prikazana su javna financiranja koja čine predmet ove odluke (u pravokutniku iscrtanom neprekidnom linijom), kao i mjere unutardržavnog financiranja na koje se pozivaju podnositelji pritužbe (u pravokutniku iscrtanom isprekidanom linijom). Više informacija o ovim mjerama bit će dostupno u odjeljku 7.3.5. ove odluke.

Dijagram 1.

Tijek financiranja i predmet ove odluke



⁽¹⁾ Regionalni briselski fondovi za refinanciranje općinskih blagajni.

⁽²⁾ Grad Bruxelles, Anderlecht, Etterbeek, Ixelles, Saint-Gilles i Schaerbeek (do kraja 2013.).

⁽³⁾ Javni centri za socijalnu pomoć (povezani općinama).

⁽⁴⁾ CHU Saint-Pierre, CHU Brugmann, Institut Bordet, Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF) i balnice IRIS Sud.

7.2. Državna potpora u smislu članka 107. stavka 1. UFEU-a

- (106) Člankom 107. stavkom 1. UFEU-a utvrđeno je sljedeće: „svaka potpora koju dodijeli država članica ili koja se dodjeljuje putem državnih sredstava u bilo kojem obliku kojim se narušava ili prijeti da će narušiti tržišno natjecanje stavljanjem određenih poduzetnika ili proizvodnje određene robe u povoljniji položaj, nespojiva je s unutarnjim tržištem u mjeri u kojoj utječe na trgovinu među državama članicama.” Prema tome, mjera predstavlja državnu potporu ako su ispunjena četiri sljedeća uvjeta ⁽¹⁴⁵⁾:

- mora donijeti selektivnu gospodarsku prednost određenom poduzetniku;
- mora se financirati državnim sredstvima;
- mora narušavati ili prijetiti da će narušiti tržišno natjecanje;
- mora biti takva da utječe na trgovinu među državama članicama.

⁽¹⁴³⁾ U prosjeku su općine nadoknadile između 68 % i 90 % deficita bolnica registriranih u razdoblju između 1996. i 2014. putem sredstava FRBRTC-a ili posebnih subvencija glavnog grada Bruxellesa. Kako bi pokrile ostatak, općine su morale iskoristiti vlastita sredstva, a, kako je objašnjeno u nastavku (vidjeti uvodnu izjavu 234.), na kraju 2014. godine i dalje su morale platiti dodatnu nadoknadu u iznosu od oko 15 milijuna EUR kako bi pokrile deficite pet bolnica IRIS, za što su ponovno koristile vlastita sredstva.

⁽¹⁴⁴⁾ Budući da valja izvršiti izračune kako bi se provela ova procjena, Komisija se temelji na dostupnim podacima za razdoblje između 1996. i 2014. (za iznimke vidjeti uvodnu izjavu 236.).

⁽¹⁴⁵⁾ Predmet C-222/04, Ministero dell'Economia e delle Finanze/Cassa di Risparmio di Firenze SpA, Fondazione Cassa di Risparmio di San Miniato, Cassa di Risparmio di San Miniato, ECLI:EU:C:2006:8, t. 129.

7.2.1. Selektivna gospodarska prednost dodijeljena poduzetniku

7.2.1.1. Pojam poduzetnika

Opća načela

- (107) Dodjeljivanje javnih sredstava određenom subjektu smatra se državnim potporom samo ako je taj subjekt „poduzetnik” u smislu članka 107. stavka 1. Prema ustaljenoj sudskoj praksi Suda Europske unije, poduzetnik je svaki subjekt koji obavlja gospodarsku djelatnost ⁽¹⁴⁶⁾. Dakle, kako bi se subjekt smatrao poduzetnikom, u obzir se uzima narav njegove djelatnosti, neovisno o pravnom statusu tog subjekta ili načinu financiranja ⁽¹⁴⁷⁾. Djelatnost se općenito mora smatrati gospodarskom ako se sastoji u pružanju robe i usluga na tržištu ⁽¹⁴⁸⁾. Subjekt koji istovremeno provodi gospodarske i negospodarske djelatnosti mora se smatrati poduzetnikom samo u pogledu gospodarskih djelatnosti ⁽¹⁴⁹⁾. Činjenica da subjekt djeluje na neprofitnoj osnovi ne znači nužno da njegove djelatnosti nisu gospodarske naravi ⁽¹⁵⁰⁾.

Medicinske usluge

- (108) Kada bolnice i drugi pružatelji usluga zdravstvene skrbi pružaju usluge zdravstvene skrbi uz naknadu ⁽¹⁵¹⁾, neovisno o tome plaćaju li tu naknadu izravno pacijenti ili dolazi iz drugih izvora, općenito se smatra da ta skrb predstavlja gospodarsku djelatnost ⁽¹⁵²⁾. Financiranjem koje primaju IRIS-H u obliku različitih subvencija saveznih vlasti ili vlasti jedinica unutar savezne strukture (vidjeti primjerice uvodnu izjavu 46. točke (a), (d) i (e) u pogledu javnog financiranja odobrenog svim bolnicama i uvodnu izjavu 44. u pogledu nadoknade deficita dodijeljen bolnicama IRIS), kojemu se pridodaju izravna plaćanja pacijenata (vidjeti uvodnu izjavu 46. točku (c)) i plaćanja INAMI-ja (vidjeti uvodnu izjavu 46. točku (b)), plaćaju se bolnice IRIS za pružene medicinske usluge, zbog čega se, u ovim okolnostima, može smatrati ekonomskom kompenzacijom za pružene usluge bolnice. Takav sustav podrazumijeva određeni stupanj tržišnog natjecanja među bolnicama u smislu pružanja usluga zdravstvene skrbi. Činjenica da je bolnica koja pruža takve za naknadu javna bolnica nimalo ne uklanja njezinu gospodarsku narav ⁽¹⁵³⁾.
- (109) U ovom slučaju glavne djelatnosti IRIS-H-a jesu bolničke djelatnosti koje se sastoje u pružanju usluga zdravstvene skrbi. Te djelatnosti pružaju i drugi subjekti, među ostalima klinike, privatne bolnice i ostali specijalizirani centri, među njima i privatne bolnice podnositelja pritužbe. Stoga se smatra da te bolničke djelatnosti, koje IRIS-H provode u zamjenu za naknadu u okruženju tržišnog natjecanja, imaju gospodarsku narav.

⁽¹⁴⁶⁾ Spojeni predmeti C-180/98 à C-184/98, Pavel Pavlov i dr./Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, ECLI:EU:C:2000:428, t. 74.

⁽¹⁴⁷⁾ Predmet C-41/90, Höfner & Fritz Elser/Macrotron GmbH, ECLI:EU:C:1991:161, t. 21. i spojeni predmeti C-180/98 à C-184/98, Pavel Pavlov i dr./Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, ECLI:EU:C:2000:428, t. 74.

⁽¹⁴⁸⁾ Predmet C-118/85, Komisija Europskih zajednica/Talijanska Republika, ECLI:EU:C:1987:283, t. 7. i predmet C-35/96, Komisija Europskih zajednica/Talijanska Republika, ECLI:EU:C:1998:303, t. 36.

⁽¹⁴⁹⁾ Predmet C-82/01 P, Aéroports de Paris/Komisija Europskih zajednica, ECLI:EU:C:2002:617, t. 74. i predmet C-49/07, Motosykletistiki Omospondia Ellados NPID (MOTOE)/Elliniko Dimosio, ECLI:EU:C:2008:376, t. 25. Vidjeti također Komunikaciju Komisije o primjeni pravila o državnim potporama Europske unije na naknadu koja se dodjeljuje za obavljanje usluga od općeg gospodarskog interesa (SL C 8 od 11.1.2012., str. 4., t. 9.).

⁽¹⁵⁰⁾ Predmet C-49/07, Motosykletistiki Omospondia Ellados NPID (MOTOE)/Elliniko Dimosio, ECLI:EU:C:2008:376, t. 27. i predmet C-244/94, Fédération française des sociétés d'assurance, Société Paternelle-Vie, Union des assurances de Paris-Vie i Caisse d'assurance et de prévoyance mutuelle des agriculteurs/Ministarstvo poljoprivrede i ribarstva, ECLI:EU:C:1995:392, t. 21.

⁽¹⁵¹⁾ Predmet C-157/99, B.S.M. Geraets-Smits/Stichting Ziekenfonds VGZ i H.T.M. Peerbooms/Stichting CZ Groep Zorgverzekering ECLI:EU:C:2001:404, t. 58., predmet u okviru kojeg je Sud Europske unije presudio da je činjenica da se bolničko liječenje financira izravno sredstvima fonda zdravstvenog osiguranja na temelju sporazuma i prethodno utvrđenih cijena ne isključuje to liječenje iz područja primjene gospodarskih djelatnosti u smislu UFEU-a i da plaćanja koja provodi zdravstveno osiguranje, „neovisno o tome imaju li utvrđenu cijenu, predstavljaju ekonomsku kompenzaciju za bolničke usluge i bez sumnje imaju svojstvo naknade u okviru bolničke ustanova koja prima ta plaćanja i koja obavlja gospodarsku djelatnost”. Sud Europske unije u tom pogledu također dodaje da takvu naknadu ne moraju nužno plaćati primatelji usluge.

⁽¹⁵²⁾ Predmet C-157/99, B.S.M. Geraets-Smits/Stichting Ziekenfonds VGZ i H.T.M. Peerbooms/Stichting CZ Groep Zorgverzekering ECLI:EU:C:2001:404, t. 53.; spojeni predmeti 286/82 i 26/83, Graziana Luisi and Giuseppe Carbone/Ministero del Tesoro ECLI:EU:C:1984:35, t. 16.; predmet C-159/90, The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd/Stephen Grogan i drugi, ECLI:EU:C:1991:378, t. 18.; predmet C-368/98, Abdon Vanbraekel et autres/Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), ECLI:EU:C:2001:400, t. 43.; i predmet T-167/04, Asklepios Kliniken GmbH/Komisija Europskih zajednica, ECLI:EU:T:2007:215, t. 49. do 55.

⁽¹⁵³⁾ Vidjeti također Komunikaciju Komisije o primjeni pravila o državnim potporama Europske unije na naknadu koja se dodjeljuje za obavljanje usluga od općeg gospodarskog interesa (SL C 8 od 11.1.2012., str. 4., t. 24.).

- (110) Elementi solidarnosti ugrađeni u belgijski nacionalni sustav zdravstvene skrbi ne dovode u pitanje gospodarsku narav tih bolničkih djelatnosti. Valja podsjetiti da je Opći sud u pogledu nacionalnog zdravstvenog sustava kojim upravljaju ministri i ostala tijela i koji djeluje „sukladno načelima solidarnosti u svojem načinu financiranja putem socijalnih davanja i drugih državnih doprinosa te u svojem besplatnom pružanju usluga povezanim subjektima na temelju univerzalnog pokrivača” presudio da predmetna upravljačka tijela ne djeluju kao poduzetnici u provođenju svoje djelatnosti upravljanja nacionalnog zdravstvenog sustava ⁽¹⁵⁴⁾. Međutim, Komisija smatra da valja utvrditi razliku između upravljanja nacionalnim zdravstvenim sustavom koje provode javna tijela koristeći svoja prava javne vlasti, i pružanja bolničkih usluga u zamjenu za naknadu u okruženju tržišnog natjecanja (što je ovdje slučaj, kako je navedeno u uvodnim izjavama 108. i 109.).
- (111) Prema tome, što se tiče pružanja usluga zdravstvene skrbi, mora se smatrati da IRIS-H predstavljaju poduzetnike u smislu članka 107. stavka 1. UFEU-a.

Socijalne usluge

- (112) Kako je objašnjeno u uvodnoj izjavi 38., IRIS-H pružaju skup socijalnih usluga svojim socijalno ugroženim pacijentima i njihovim obiteljima. Ovisno o potrebama pacijenata, te usluge obuhvaćaju psihološko-socijalnu pomoć, socijalno-administrativnu ili socijalno-materijalnu pomoć. Specifična narav socijalnih usluga podrazumijeva da akteri ovlašteni za pružanje tih usluga raspolažu potrebnim resursima, kao što je stručno osoblje specijalizirano za pružanje tih usluga.
- (113) Nesumnjivo je da dodatne socijalne djelatnosti koje IRIS-H navodno moraju obavljati imaju isključivo socijalnu svrhu. Međutim, kako proizlazi iz sudske prakse Suda Europske unije, posve socijalna svrha sustava na temelju kojeg su određenom subjektu povjerene zadaće sama nije dovoljna da, općenito govoreći, isključi gospodarsku narav tih zadaća ⁽¹⁵⁵⁾.
- (114) U svojoj odluci o pokretanju postupka Komisija je nastojala odgovoriti na pitanje predstavljaju li dodatne socijalne djelatnosti koje IRIS-H navodno obavljaju gospodarsku djelatnost. U svojem odgovoru na odluku Komisije o pokretanju postupka belgijske vlast tvrde da socijalne djelatnosti nemaju gospodarski karakter jer ne čine dio tržišnog natjecanja. Međutim, podnositelji pritužbe tvrde da nije moguće razlikovati socijalne djelatnosti od bolničkih djelatnosti, koje imaju gospodarski karakter. Iako je Komisija pažljivo ispitala argumente belgijskih vlasti, ne može isključiti da obavljanje dodatnih socijalnih aktivnosti predstavlja gospodarsku djelatnost. Osim toga, kako je objašnjeno u nastavku (vidjeti uvodnu izjavu 165.), Komisija smatra da se dodatne gospodarske djelatnosti u stvarnosti ne mogu razlikovati od bolničkih djelatnosti gospodarske prirode.
- (115) U svrhu nastavka procjene, u nastavku ove odluke pretpostavlja se da pružanje dodatnih socijalnih usluga predstavlja djelatnost gospodarske prirode.

Povezane djelatnosti

- (116) Kako je navedeno u uvodnoj izjavi 41., IRIS-H također sudjeluju u skupu povezanih djelatnosti. Komisija primjećuje da se čini da određene djelatnosti, ako se ocjenjuju odvojeno od glavnih djelatnosti IRIS-H-a, nisu djelatnosti gospodarske prirode (primjerice, istraživačke djelatnosti), dok se za ostale na prvi pogled čini da su gospodarske djelatnosti (primjerice, bolnička kantina ili časopis za pacijente i posjetitelje). Međutim, može se istaknuti da se, zbog njihove uske povezanosti s glavnim (gospodarskim) djelatnostima IRIS-H-a, može smatrati da skup spomenutih povezanih aktivnosti također predstavlja gospodarske djelatnosti.

⁽¹⁵⁴⁾ Predmet T-319/99, Federación Nacional de Empresas de Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental (FENIN)/Komisija Europskih zajednica, ECLI:EU:T:2003:50, t. 39. Vidjeti također predmet T-137/10, t. 90. i 91., kao i Komunikaciju Komisije o primjeni pravila o državnim potporama Europske unije na naknadu koja se dodjeljuje za obavljanje usluga od općeg gospodarskog interesa (SL C 8 od 11.1.2012., str. 4., t. 22.).

⁽¹⁵⁵⁾ Vidjeti u tom pogledu predmet C-355/00, Freskot AE/Elliniko Dimosio, ECLI:EU:C:2003:298, t. 53. U tom je predmetu Sud Europske unije također istaknuo da je usluge i doprinose koji se pružanju na temelju sustava obaveznog osiguranja detaljno utvrdio nacionalni zakonodavac.

- (117) U svrhu nastavka procjene, u nastavku ove odluke pretpostavlja se da povezane aktivnosti predstavljaju djelatnosti gospodarske prirode.

7.2.1.2. Gospodarska prednost

Opća procjena

- (118) U smislu članka 107. stavka 1. UFEU-a, prednost znači svaka gospodarska prednost koju poduzetnik ne bi ostvario u uobičajenim tržišnim uvjetima, odnosno bez intervencije države⁽¹⁵⁶⁾. Važan je samo učinak mjere na poduzetnika, a ne razlog ili cilj intervencije države⁽¹⁵⁷⁾. Prednost postoji ako je financijsko stanje poduzetnika poboljšano zahvaljujući intervenciji države.
- (119) U ovom slučaju valja primijetiti da su različiti sustavi javnog financiranja (kako su opisani u odjeljku 2.5.1.) koji pokrivaju opće i dodatne bolničke djelatnosti, među kojima i nadoknada deficita, bolnicama IRIS omogućili da iskoristit skup mjera u svrhu olakšavanja troškova koje inače snose pružatelji te vrste djelatnosti. Prema tome, podložno ispitivanju u pogledu načela presude Altmark provedenom u razmatranjima navedenim u nastavku, može se smatrati da se mehanizmom nadoknade deficita koji je predmetom ove odluke bolnicama IRIS daje gospodarska prednost koju ne bi imale u uobičajenim tržišnim uvjetima, odnosno bez intervencije države.

Altmark

- (120) Komisija primjećuje da bi se moglo smatrati da javno financiranja bolnica IRIS nije donijelo nikakvu prednost tim bolnicama pod uvjetom da se sastojalo samo od dodjele nadoknade za usluge koje te bolnice pružaju u skladu s pripadajućim obvezama javne usluge, ako su ispunjeni uvjeti utvrđeni u presudi Altmark.
- (121) Sud Europske unije u toj je presudi utvrdio da nadoknada troškova koji nastaju prilikom pružanja usluge od općeg gospodarskog interesa putem državnih sredstava ne predstavlja prednost pod uvjetom da su ispunjeni sljedeći kumulativni uvjeti⁽¹⁵⁸⁾:
- (a) podupirani poduzetnik mora zaista imati obvezu pružanja javnih usluga, a ta obveza mora biti jasno definirana;
 - (b) kriteriji na temelju kojih se nadoknada računa moraju biti prethodno utvrđeni na nepristrani i transparentni način;
 - (c) nadoknada ne smije premašivati iznos potreban za pokrivanje svih ili dijela troškova nastalih izvršenjem obveza pružanja javne usluge, uzimajući u obzir povezane račune, kao i razumnu dobit za izvršenje tih obveza;
 - (d) ako se izbor poduzetnika zaduženog za izvršenje obveza javne usluge ne vrši u okviru postupka javne nabave koji se provodi u svrhu odabira kandidata koji može pružati te usluge po najnižem trošku za zajednicu, razina potrebne nadoknade utvrđuje se na temelju analize troškova koje bi u sklopu izvršavanja tih obveza malo prosječno poduzeće kojim se dobro upravlja i koje je dobro opremljeno.

⁽¹⁵⁶⁾ Predmet C-39/94, Syndicat français de l'Express international (SFEL) i dr./La Poste i dr., ECLI:EU:C:1996:285, t. 60., i predmet C-342/96, Kraljevina Španjolska/Komisija Europskih zajednica, ECLI:EU:C:1999:210, t. 41.

⁽¹⁵⁷⁾ Predmet 173/73, Talijanska Republika/Komisija Europskih zajednica, ECLI:EU:C:1974:71, t. 13.

⁽¹⁵⁸⁾ Predmet C-280/00, Altmark Trans GmbH i Regierungspräsidium Magdeburg/Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH, u prprisustvu Oberbundesanwalt beim Bundesverwaltungsgericht, ECLI:EU:C:2003:415, t. 87. do 95.).

- (122) Načela i razmatranja utvrđena u presudi Altmark primjenjuju se *ex tunc*, odnosno, jednako se primjenjuju i na pravne odnose koji su postojali prije donošenja predmetne presude ⁽¹⁵⁹⁾. Prema tome, kriteriji procjene utvrđeni u presudi Altmark u potpunosti su primjenjivi na činjeničnu i pravnu situaciju u ovom slučaju, čak i što se tiče potpore dodijeljene bolnicama IRIS prije datuma donošenja presude Altmark ⁽¹⁶⁰⁾.
- (123) Za potrebe ove odluke Komisija je odlučila prvo ispitati četvrti kriterij Altmark (za koji valja utvrditi je li izbor poduzetnika koji pruža uslugu od općeg gospodarskog interesa proveden u okviru postupka javne nabave ili, u suprotnom, je li nadoknada isplaćena za tu uslugu od općeg gospodarskog interesa bila utemeljena na analizi troškova srednjeg poduzetnika kojim se dobro upravlja). Komisija utvrđuje da IRIS-H nisu odabrane u okviru postupka javne nabave za obveze pružanja javne usluge koje dodjeljuju belgijske vlasti. Stoga možemo zaključiti da je u ovom slučaju ispunjen prvi dio predmetnog kriterija.
- (124) Što se tiče drugog dijela ispitivanog kriterija, Komisija prvo primjećuje da belgijske vlasti nisu istaknule da IRIS-H u tom smislu predstavljaju učinkovita poduzeća. Nadalje, Komisija je utvrdila da podaci koje su dostavile belgijske vlasti i podnositelji pritužbe nisu dovoljni kako bi se ustanovilo da mehanizmi nadoknade troškova nastalih izvršenjem obveza javne usluge nametnutih bolnicama IRIS poštuju kriterij učinkovitog operatora u smislu četvrtog zahtjeva utvrđenog u presudi Altmark. Ništa ne ukazuje na to da je isplaćena nadoknada utvrđena na temelju analize troškova srednjeg poduzeća s istim značajkama kao što su one utvrđene relevantnom sudskom praksom sudova Unije. Osim toga, ne postoje dostatni elementi koji dokazuju da se same IRIS-H mogu smatrati srednjim poduzećima kojima se dobro upravlja i koja su dobro opremljena. Čini se da u svrhu utvrđivanja dodijeljene nadoknade nisu uzeta u obzir razmatranja koja se odnose na zdravo upravljanje ili na primjerenost opreme. Konačno, valja istaknuti da mehanizam nadoknade deficita IRIS-H-a do kojeg dolazi uslijed pružanja usluga od općeg gospodarskog interesa i povezanih djelatnosti, ne uzimajući u obzir učinkovitost upravljanja bolnicama, ne ispunjava četvrti kriterij Altmark.
- (125) Prema tome, Komisija smatra da četvrti kriterij utvrđen u presudi Altmark u ovom slučaju nije ispunjen. Budući da su uvjeti utvrđeni u presudi Altmark kumulativni, činjenica da jedan od njih nije ispunjen nužno dovodi do zaključka da mehanizam nadoknade deficita koji se ispituje u ovoj odluci dovodi do gospodarske prednosti u smislu članka 107. stavka 1. UFEU-a.

7.2.1.3. Selektivnost

- (126) Kako bi bila obuhvaćena područjem primjene članka 107. Stavka 1. UFEU-a, državnom mjerom mora stavljeti „određeni(e) poduzetnik(e) ili proizvodnj(u) određene robe” u povoljniji položaj. Prema tome, samo su mjere kojima se poduzetnici stavljaju u povoljniji položaj na način da im se daje selektivna prednost obuhvaćene načelom potpore.
- (127) Komisija primjećuje da se mehanizam nadoknade koji se provodi u svrhu pokrivanja deficita briselskih bolnica (vidjeti uvodnu izjavu 44.), ali ne i privatnih bolnica, mora smatrati selektivnim jer isključuje privatne bolnice i sve ostale pružatelje usluga zdravstvene skrbi, kao i operatore iz drugih sektora djelatnosti.

⁽¹⁵⁹⁾ Predmet T-289/03, British United Provident Association Ltd (BUPA), BUPA Insurance Ltd i BUPA Ireland Ltd/Komisija Europskih zajednica, ECLI:EU:T:2008:29, t. 159.). Sud Europske unije presudio je da „...tumačenje koje Sud primjenjuje na odredbu prava Zajednice ograničeno je na pojašnjavanje i utvrđivanje značenja i opsega te odredbe, kako bi trebala biti shvaćena i primijenjena od trenutka njezina stupanja na snagu. Iz navedenoga proizlazi da tako protumačenu odredbu valja primjenjivati čak i u pravnim odnosima koji su nastali prije donošenja predmetne presude, a Sud samo u iznimnim slučajevima može, primjenom općeg načela pravne sigurnosti koji čini sastavni dio pravnog poretka Zajednice, ograničiti mogućnost da se sve zainteresirane osobe pozivaju na odredbu koju je protumačio s ciljem dovođenja u pitanje pravnih odnosa uspostavljenih u dobroj volji.”

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

7.2.2. Državna sredstva

- (128) Kako bi se mjera smatrala državnom potporom u smislu članka 107. stavka 1. UFEU-a, mora ju dodijeliti država ili mora biti dodijeljena iz državnih sredstava. Državna sredstva podrazumijevaju sva sredstva javnog sektora ⁽¹⁶¹⁾, uključujući sredstva unutardržavnih tijela (decentraliziranih tijela, saveznih jedinica, regionalnih i drugih tijela) ⁽¹⁶²⁾.
- (129) U ovom slučaju izvor nadoknade deficitâ koju IRIS-H primaju od svojih općina za pružanje usluga od općeg gospodarskog interesa i povezanih djelatnosti predstavljaju javna sredstva i pripisiv je državi.

7.2.3. Narušavanje tržišnog natjecanja i učinci na trgovinu

- (130) Javna potpora poduzetnicima predstavlja državnu potporu u smislu članka 107. stavka 1. UFEU-a samo ako „narušava ili prijeti da će narušiti tržišno natjecanje”, i to samo „u mjeri u kojoj utječe na trgovinu među državama članicama”.

7.2.3.1. Narušavanje tržišnog natjecanja

- (131) Smatra se da mjera potpore koju dodjeljuje država narušava ili prijeti da će narušiti tržišno natjecanje ako može dovesti do jačanja konkurentskog položaja primatelja u odnosu na poduzetnike s kojima se tržišno natječe ⁽¹⁶³⁾. U praksi se pretpostavlja da je do narušavanja tržišnog natjecanja došlo ako je država dodijelila financijsku prednost poduzetniku u liberaliziranom sektoru u kojem postoji ili može postojati tržišno natjecanje.
- (132) Uzimajući u obzir određeni stupanj tržišnog natjecanja između javnih bolnica, privatnih bolnica i drugih ustanova za pružanje zdravstvene skrbi, javno financiranje dodijeljeno ustanovama koje pružaju zdravstvenu skrb (među kojima su i IRIS-H) u svrhu financiranja bolničkih djelatnosti koje provode može dovesti do narušavanja tržišnog natjecanja. Isto vrijedi za dodatne socijalne usluge koje pružaju IRIS-H.

7.2.3.2. Učinci na trgovinu između država članica

Opća načela

- (133) Sudovi Unije ocijenili su da „ako se državnom financijskom potporom jača položaj određenog poduzetnika u odnosu na konkurentske poduzetnika u pogledu trgovine unutar EU-a, smatra se da je ta potpora utjecala na konkurentske poduzetnike” ⁽¹⁶⁴⁾.
- (134) Može se smatrati da javna potpora utječe na trgovinu unutar EU-a čak i ako korisnici ne sudjeluju izravno u prekograničnoj trgovini. Primjerice, subvencija može otežati ulazak operatora iz drugih država članica na tržište na način da održava ili povećava lokalnu ponudu ⁽¹⁶⁵⁾, ili može otežati njihovu primjenu prava na poslovni nastan.
- (135) Iz ustaljene sudske prakse proizlazi da Komisija ne mora provesti gospodarsku analizu stvarnog stanja na predmetnim tržištima, na dijelu tržišta poduzetnika koji primaju pomoć, položaja konkurentskih poduzetnika ili trgovine između država članica ⁽¹⁶⁶⁾. U slučaju nezakonito dodijeljene državne potpore Komisija ne mora dokazati stvarni učinak koji je ta potpora imala na tržišno natjecanje i trgovinu.

⁽¹⁶¹⁾ Predmet T-358/94, Compagnie nationale Air France/Komisija Europskih zajednica, ECLI:EU:T:1996:194, t. 56.

⁽¹⁶²⁾ Predmet 248/84, Savezna Republika Njemačka/Komisija Europskih zajednica, ECLI:EU:C:1987:437, t. 17., i spojeni predmeti T-92/00 i T-103/00, Territorio Histórico de Álava– Diputación Foral de Álava, EU:T:2002:61, Ramondín, SA i Ramondín Cápsulas, SA (T-103/00)/Komisija Europskih zajednica, EU:T:2002:61, t. 57.

⁽¹⁶³⁾ Predmet 730/79, Philip Morris Holland BV/Komisija Europskih zajednica, ECLI:EU:C:1980:209, t. 11. i spojeni predmeti T-298/97, T-312/97, T-313/97, T-315/97, T-600/97 do 607/97, T-1/98, T-3/98 do T-6/98 i T-23/98, Alzetta Mauro i dr./Komisija Europskih zajednica, ECLI:EU:T:2000:151, t. 80.

⁽¹⁶⁴⁾ Predmet T-288/97, Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia/Komisija, ECLI:EU:T:1999:125, t. 41.

⁽¹⁶⁵⁾ Vidjeti primjerice predmet C-280/00, Altmark Trans i Regierungspräsidium Magdeburg ECLI:EU:C:2003:415, t. 78.; spojene predmete C-197/11 i C-203/11, Libert i drugi, ECLI:EU:C:2013:288, t. 78.; i predmet C-518/13, Eventech, ECLI:EU:C:2015:9, t. 67.

⁽¹⁶⁶⁾ Predmet C-279/08 P, Komisija/Nizozemska, ECLI:EU:C:2011:551, t. 131.

- (136) Međutim, učinak na trgovinu unutar EU-a ne može biti u potpunosti hipotetski ili pretpostavljen. Potrebno je dokazati na koji način mjera ugrožava ili može ugroziti tržišno natjecanje te može imati učinak na trgovinsku razmjenu među državama članicama na temelju predvidljivih učinaka mjere ⁽¹⁶⁷⁾.
- (137) U tom pogledu Komisija je u nekoliko predmeta ⁽¹⁶⁸⁾ ocijenila da određene aktivnosti imaju u potpunosti lokalnu narav i ne proizvode takav učinak. Čini se da je potrebno osobito provjeriti nudi li korisnik robu ili usluge na ograničenom području države članice, može li privući klijente iz drugih država članica te može li se predvidjeti da će mjera imati tek zanemarivi učinak na prekogranične uvjete za ulaganje ili osnivanje poduzeća.

Procjena

- (138) U skladu s prethodno navedenim načelima, Komisija ističe da se učinak na trgovinu može utvrditi s obzirom na različite čimbenike, prvenstveno s obzirom na „klijenta” (koji je povezan s područjem na kojem se nude roba i usluga i područjem porijekla klijenata) te na „dobavljača” (pitanje je stvara li određena mjera prepreke prekograničnim ulaganjima i osnivanjima poduzeća za pružatelje usluga koji predstavljaju stvarnu ili moguću konkurenciju). Kako bi se utvrdilo utječe li mjera na trgovinu između država članica, dovoljno je utvrditi postojanje učinka na trgovinu koji proizlazi iz najmanje jednog od ovih čimbenika.
- (139) Što se tiče učinka mjera na strani „klijenta”, Komisija u ovom slučaju primjećuje da zdravstveni sektor općenito i, konkretno, sektor zdravstvene skrbi koja se pruža u bolničkom okruženju predstavljaju predmet trgovine unutar Unije. Komisija također primjećuje da raste prekogranična mobilnost pacijenata. Doduše, usluge zdravstvene skrbi i dalje su pod nadležnošću država članica, a mobilnost pacijenata podliježe strogim odredbama kojima su uređene intervencije u nacionalne sustave socijalne sigurnosti. U praksi se bolnička skrb općenito pruža u blizini prebivališta pacijenta, u kulturnom okruženju koje je poznato pacijentu i koje mu omogućuje da uspostavi odnos povjerenja s liječnicima koji pružaju skrb. Do prekograničnog kretanja osobito dolazi u pograničnim regijama ili u slučaju da pacijenti žele izrazito specijalizirano liječenje određenog zdravstvenog problema.
- (140) U ovom slučaju Komisija ocjenjuje da predmetne mjere mogu utjecati na trgovinu između država članica. Pojednostiti iz ovog predmeta razlikuju ga od predmeta u kojima se smatralo da javne potpore dodijeljene bolnicama ne utječu na trgovinu između država članica ⁽¹⁶⁹⁾. Komisija se pri donošenju ovog zaključka osobito oslanja na kombinaciju sljedećih elemenata:
- (a) IRIS-H obuhvaćaju izrazito specijalizirane bolnice međunarodnog ugleda. Sveučilišna dječja bolnica Reine Fabiola i Institut Bordet specijalizirani su za pedijatrijsku skrb, odnosno liječenje raka, dok sveučilišne bolnice CHU Saint-Pierre i CHU Brugmann pružaju različite oblike specijalizirane skrbi i uživaju međunarodni ugled. Bolnice koje uživaju takav ugled mogu privući međunarodne pacijente, osobito one iz drugih država članica, neovisno o činjenici da se zadaća IRIS-H-a sastoji u pružanju socijalnih usluga zdravstvene skrbi lokalnoj zajednici u Bruxellesu (vidjeti odjeljak 7.3.4.1.).

⁽¹⁶⁷⁾ Vidjeti spojene predmete T-447/93, T-448/93 i T-449/93, AITEC i drugi/Komisija, ECLI:EU:T:1995:130, t. 141.

⁽¹⁶⁸⁾ Vidjeti primjerice odluke Komisije u predmetima o državnoj potpori br. 258/2000, Piscine Dorsten, (SL C 172, 16.6.2001., str. 16.); C10/2003, Nizozemska – Neprofitne marine (SL L 34, 6.2.2004., str. 63.); N 458/2004, Editorial Andaluza Holding SL C 131, 28.5.2005., str. 12.; SA.33243, Jornal de Madeira, SL C 131, 28.5.2005., str. 12.; SA.34576, Portugal – Sjeveroistočna jedinica za stalnu skrb instituta Jean Piaget (SL C 73, 13.3.2013., str. 1.); N 543/2001, Irska – Kapitalne olakšice za bolnice, (SL C 154, 28.6.2002., str. 4.); SA.37432, Financiranje javnih bolnica u regiji Hradec Králové (SL C 203, 19.6.2015., str. 1.); SA.37904, Navodna državna potpora medicinskom centru u Durmersheimu (SL C 188, 5.6.2015., str. 1.); SA.33149, Städtische Projektgesellschaft „Wirtschaftsbüro Gaarden-Kiel” (SL C 188, 5.6.2015., str. 1.); SA.38035, Navodna potpora specijaliziranoj rehabilitacijskoj klinici za ortopedsku medicinu i traumatološku kirurgiju (SL C 188, 5.6.2015., str. 1.); SA.39403 Nizozemska – Ulaganja u luku Lauwersoog (SL C 259, 7.8.2015., str. 1.); SA.37963 Ujedinjena Kraljevina –Glenmore Lodge (SL C 277, 21.8.2015., str. 1.); i SA. 38208 Ujedinjena Kraljevina – Golf-klubovi u vlasništvu članova (SL C 277, 21.8.2015., str. 1.).

⁽¹⁶⁹⁾ Vidjeti N 543/2001, Irska – Kapitalne olakšice za bolnice, SL C 154, 28.6.2002., str. 4.; SA.37432, Financiranje javnih bolnica u regiji Hradec Králové, SL C 203, 19.6.2015., str. 1.; SA.38035, Navodna potpora specijaliziranoj rehabilitacijskoj klinici za ortopedsku medicinu i traumatološku kirurgiju (SL C 188, 5.6.2015., str. 1.).

- (b) Briselske bolnice IRIS nalaze se relativno blizu velikim gradovima u Francuskoj, Nizozemskoj i Njemačkoj. Primjerice, gradovi Aix-la-Chapelle, Lille, Eindhoven i Rotterdam nalaze se na udaljenosti manjoj od 150 kilometara. Osim toga, Bruxelles je izravno povezan s drugim velikim europskim gradovima kao što su Pariz, London, Amsterdam i Köln zahvaljujući brzim željezničkim vezama, koji omogućuju putovanja kraća od dva sata. Konačno, Bruxelles ima međunarodnu zračnu luku koja nudi letove prema svim velikim europskim i međunarodnim centrima. Zahvaljujući zemljopisnom položaju Bruxellesa i brojnim vezama koje nudi, međunarodni pacijenti koje se žele liječiti u bolnicama IRIS mogu jednostavno doputovati do njih, osobito ako žive u blizini belgijske granice ili u nekom od gradova povezanih s Bruxellesom brzom željezničkom vezom.
- (c) Regija glavnog grada Bruxellesa općenito i IRIS-H jesu višejezični. Francuski i nizozemski su službeni jezici, a IRIS-H moraju pružati usluge na obama navedenim jezicima. Prema tome, te su bolnice osobito atraktivne državljanima Francuske i Nizozemske. Osim toga, engleski jezik izrazito je raširen u regiji glavnog grada Bruxellesa, što olakšava pristup pacijentima iz vrlo različitih okruženja.
- (d) U regiji glavnog grada Bruxellesa živi veliki broj državljana drugih država članica. Od 321 europskog grada obuhvaćenog „anketom o gradovima” Eurostata, Bruxelles je imao drugu najvišu stopu stanovnika koji su državljani trećih zemalja (33,8 % u 2012.) te drugu najvišu stopu stanovnika koji su državljani drugih država članica Europske unije (20,3 % u 2012.)⁽¹⁷⁰⁾. Državljanima drugih država članica Europske unije često mogu odabrati mjesto u kojem žele primiti liječničku skrb; najčešće je to država čiji su državljani ili država u kojoj žive.
- (141) Što se tiče dodatnih socijalnih djelatnosti IRIS-H-a, Komisija primjećuje da, budući da se ne može isključiti da provođenje tih djelatnosti predstavlja gospodarsku djelatnost te s obzirom na uske veze koje postoje između tih djelatnosti i općih gospodarskih djelatnosti IRIS-H-a, u tom se pogledu može primjenjivati prethodno izloženi argument. Međutim, uzimajući u obzir razmatranja navedena u nastavku (vidjeti odjeljak 7.3.), Komisija smatra da, iako javno financiranje dodatnih socijalnih usluga utječe na trgovinu između država članica, financiranje dodijeljeno tim aktivnostima predstavlja državnu potporu spojivu s unutarnjim tržištem. Zbog postupovne učinkovitosti na kraju nije potrebno utvrditi utječe li javno financiranje dodatnih socijalnih djelatnosti na trgovinu između država članica.
- (142) Ista razmatranja se primjenjuju na povezane aktivnosti IRIS-H-a (vidjeti uvodne izjave 41., 116. i 117.). Kako tvrdi Komisija, kad bi javno financiranje (ako je to slučaj) većine povezanih aktivnosti IRIS-H-a (primjerice, usluge jaslice za djecu članova osoblja, najam soba, trgovina za pacijente i posjetitelje, kantina i parkiralište, najam televizora za pacijente) bilo predmetom odvojene procjene, bilo bi moguće tvrditi da to javno financiranje nema nikakav učinak na trgovinu između država članica. Međutim, s obzirom na usku vezu između povezanih aktivnosti i glavnih aktivnosti IRIS-H-a, možemo pretpostaviti da javno financiranje (ako je to slučaj) tih povezanih aktivnosti također utječe na trgovinu između država članica. U svakom slučaju, budući da javno financiranje povezanih aktivnosti predstavlja državnu potporu spojivu s unutarnjim tržištem (vidjeti odjeljak 7.3.), Komisija ne smatra da je potrebno donijeti konačnu odluku o tom pitanju.
- (143) U svrhu provedbe procjene, nastavak ove odluke temelji se na pretpostavci da javno financiranje dodatnih socijalnih aktivnosti i povezanih aktivnosti može utjecati na trgovinu između država članica.
- (144) Budući da je zaključila da mjere obuhvaćene ispitivanjem u ovom slučaju mogu utjecati na trgovinu između država članica barem u jednom pogledu („klijent”), Komisija smatra da nije potrebno utvrditi mogu li također utjecati na trgovinu između država članica u pogledu prekograničnih ulaganja i prava na poslovni nastan (vidjeti uvodnu izjavu 138.).

7.2.4. Zaključak

- (145) S obzirom na prethodna razmatranja, Komisija smatra da su, što se tiče mjera ispitanih u ovom slučaju, ispunjeni kumulativni zahtjevi za postojanje državne potpore i da te mjere stoga predstavljaju državnu potporu u smislu članka 107. stavka 1. UFEU-a.

⁽¹⁷⁰⁾ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Statistics_on_European_cities/fr, pristupljeno 8. srpnja 2015.

7.3. Spojivost s unutarnjim tržištem

7.3.1. Pravna osnova

7.3.1.1. Opća načela

- (146) Budući da nadoknada deficita koja se primjenjuje na IRIS-H predstavlja državnu potporu u smislu članka 107. stavka 1. UFEU-a, valja ocijeniti njezinu spojivost s unutarnjim tržištem. Razlozi zbog kojih se državna mjera može ili mora proglasiti spojivom s unutarnjim tržištem navedeni su u članku 106. stavku 2. i članku 107. stavicama 2. i 3. UFEU-a.
- (147) Budući da belgijske vlasti dosljedno tvrde da javno financiranje IRIS-H-a predstavlja nadoknadu za pružanje usluga od općeg gospodarskog interesa, spojivost nadoknade deficita s unutarnjim tržištem valja prvenstveno ocijeniti u svjetlu članka 106. stavka 2. UFEU-a. Njime je predviđeno sljedeće:

„Poduzeća kojima je povjereno obavljanje usluga od općega gospodarskog interesa ili koja su po svojoj naravi monopoli koji ostvaruju prihod, podliježu pravilima sadržanima u Ugovorima, a osobito pravilima o tržišnom natjecanju, i to u mjeri u kojoj primjena takvih pravila ne sprečava, de iure ili de facto, obavljanje posebnih zadaća koje su im povjerene. Na razvoj trgovine ne smije se utjecati u mjeri u kojoj bi to bilo suprotno interesima Unije.”

7.3.1.2. Vremenska primjena članka 106. stavka 2. UFEU-a: uvodne napomene

- (148) Komisija je utvrdila precizne uvjete za primjenu članka 106. stavka 2. UFEU-a u skupu pravnih instrumenata, među kojima je najnoviji Okvir za usluge od općega gospodarskog interesa iz 2012. ⁽¹⁷¹⁾ i Odluka o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. ⁽¹⁷²⁾ (u daljnjem tekstu zajedno se nazivaju paket povezan s uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.); Komisija je prethodno objavila i primijenila Okvir za usluge od općeg gospodarskog interesa iz 2005. ⁽¹⁷³⁾ i Odluku o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2005 ⁽¹⁷⁴⁾. Sve mjere potpore koje ispunjavaju kriterije utvrđene u Odluci o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. smatraju se spojivima s unutarnjim tržištem i nije ih potrebno prijaviti. Mjere potpore koje nisu obuhvaćene područjem primjene Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. jer ne ispunjavaju sve kriterije utvrđene u toj Odluci moraju se ocijeniti sukladno Okviru o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. nakon što su prijavljene.
- (149) U ovom je slučaju nadoknada deficita IRIS-H-a koja se ispituje isplaćena 1996. godine, što znači da je prethodila donošenju Odluke i Okvira o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. Međutim, u paketu povezanom s uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. – u članku 10. Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. i u točki 69. Okvira o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. – utvrđena su pravila za njegovu primjenu i na potporu dodijeljenu prije njegova stupanja na snagu, do kojeg je došlo 31. siječnja 2012. U članku 10. točki (b) Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. utvrđeno je sljedeće:

„svaka potpora koja je stupila na snagu prije stupanja na snagu ove Odluke (odnosno prije 31. siječnja 2012.), a nije bila usklađena s unutarnjim tržištem, niti je bila izuzeta od obveze prijave u skladu s Odlukom 2005/842/EZ, no ispunjava uvjete utvrđene ovom Odlukom, smatrat će se usklađenom s unutarnjim tržištem i izuzetom od obveze prethodne prijave”.

Što se tiče Okvira o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012., u njegovim točkama 68. i 69. utvrđeno je da će Komisija primjenjivati načela predviđena tim okvirom na sve prijavljene projekte, neovisno o tome je li prijava izvršena prije ili nakon početka primjene okvira, odnosno 31. siječnja 2012., kao i na sve nezakonite potpore o kojima će odlučivati prije 31. siječnja 2012., čak i ako je potpora dodijeljena prije 31. siječnja 2012.

- (150) Prema tome, pravila za primjenu Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. i Okvira o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012., kako su prethodno opisana, podrazumijevaju da se javno financiranje IRIS-H-a nakon 1996. može ocjenjivati na temelju paketa povezanog s uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. Ako mehanizam nadoknade deficita ispunjava uvjete utvrđene u Odluci o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. ili Okvira o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012., spojiv je s unutarnjim tržištem za razdoblje nakon 1996. godine.

⁽¹⁷¹⁾ Priopćenje Komisije– Okvirom Europske unije za državne potpore u obliku naknade za javne usluge (SL C 8, 11.1.2012., str. 15.).

⁽¹⁷²⁾ Odluka Komisije 2012/21/EU od 20. prosinca 2011. o primjeni članka 106. stavka 2. Ugovora o funkcioniranju Europske unije na državne potpore u obliku naknade za javne usluge koje se dodjeljuju određenim poduzetnicima kojima je povjereno obavljanje usluga od općeg gospodarskog interesa (SL L 7, 11.1.2012., str. 3.).

⁽¹⁷³⁾ Okvir Zajednice za državnu potporu u obliku naknade za javne usluge (SL C 297, 29.11.2005., str. 4.).

⁽¹⁷⁴⁾ Vidjeti bilješku 13.

- (151) Konačno, valja istaknuti prijelaznu odredbu iz članka 10. točke (a) Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012., sukladno kojoj će svaki program potpora koji je stupio na snagu prije stupanja na snagu te Odluke (odnosno prije 31. siječnja 2012.), a koji je bio usklađen s unutarnjim tržištem i izuzet od obveze prijave u skladu s Odlukom 2005/842/EZ, nastaviti biti usklađen s unutarnjim tržištem i izuzet od obveze prijave za sljedeće razdoblje od dvije godine (odnosno do 30. siječnja 2014.). To znači da će se pomoć dodijeljena na temelju predmetnog programa tijekom razdoblja između stupanja na snagu Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2005., 19. prosinca 2005., te stupanja na snagu Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012., 31. siječnja 2012., smatrati spojivom s unutarnjim tržištem, ali samo od datuma od kojeg je dodijeljena do uključivo 30. siječnja 2014. U svakom slučaju, prijelazna odredba iz članka 10. stavka (a) Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. ne primjenjuje se na potpore dodijeljene od 31. siječnja 2012., a procjena spojivosti provodi se na temelju Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.
- (152) Prema tome, Komisija prvo ocjenjuje ispunjava li javno financiranje koje je predmetom predmetne odluke dodijeljeno bolnicama IRIS od 1996. uvjete utvrđene u Odluci o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. Samo u slučaju da to financiranje ne ispunjava navedene uvjete Komisija provodi procjenu tog financiranja na temelju Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2005. (koja se odnosi na potpore dodijeljene između 19. prosinca 2005. i 31. siječnja 2012.) i Okvira o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

7.3.2. Primjena članka 106. stavka 2. UFEU-a: prava usluga od općeg gospodarskog interesa

- (153) Članak 106. stavak 2. UFEU-a i Odluka o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. koja se temelji na njemu primjenjuju se samo na nadoknade isplaćene određenom poduzeću zaduženom za upravljanje „stvarnom uslugom od općeg gospodarskog interesa”⁽¹⁷⁵⁾. Sud Europske unije utvrdio je da su usluge od općeg gospodarskog interesa usluge posebne prirode u odnosu na ostale usluge u okviru gospodarskog života⁽¹⁷⁶⁾. Osim toga, utvrđeno je da, u odustvu konkretnog zakonodavstva kojim se na razini Unije utvrđuju kriteriji za određivanje postojanja usluge od općeg gospodarskog interesa, države članice raspolažu širokom marginom prosudbe u pogledu definicije onog što smatraju uslugom od općeg gospodarskog interesa te u pogledu dodjeljivanja nadoknade pružatelju usluge⁽¹⁷⁷⁾. Nadležnost Komisije u tom području ograničena je na provođenje provjere toga je li država članica počinila očitu pogrešku kada je uslugu nazvala uslugom od općeg gospodarskog interesa.
- (154) Komisija smatra da sve gospodarske djelatnosti bolnica IRIS za koje one primaju javna sredstva (odnosno, raspon socijalnih i bolničkih zadaća koje provode te bolnice) predstavljaju stvarne usluge od općeg gospodarskog interesa, kako tvrde belgijske vlasti, ili povezane aktivnosti. Sve medicinske i socijalne usluge o kojima je riječ u ovom slučaju imaju konkretne značajke u odnosu na druge gospodarske djelatnosti, odnosno, u biti su važne za zdravstvenu i socijalnu dobrobit društva. Dakle, belgijske vlasti nisu počinile očitu pogrešku kad su te usluge nazvale uslugama od općeg gospodarskog interesa.
- (155) Što se tiče povezanih aktivnosti iz uvodne izjave 41., Komisija ističe da se aktivnost može smatrati povezanom s uslugom od općeg gospodarskog interesa ako je izravno povezana i potrebna za pružanje te usluge od općeg gospodarskog interesa, ili ako je intrinzično povezana. U potonjem su slučaju za provođenje predmetnih aktivnosti potrebni isti ulazni elementi kao i za usluge od općeg gospodarskog interesa, primjerice, materijal, oprema, rad i fiksni kapital. Povezane aktivnosti također trebaju ostati ograničene u svojem opsegu. Komisija smatra da se sve aktivnosti opisane u uvodnoj izjavi 41. mogu smatrati povezanim s glavnom uslugom od općeg gospodarskog interesa IRIS-H-a. Aktivnosti koje se smatraju povezanim pomoćnim uslugama 1.) izravno su povezane i potrebne kako bi bolnica IRIS mogla pružati uslugu od općeg gospodarskog interesa jer predstavljaju aktivnosti koje moderna bolnica mora pružati uz medicinske i socijalne usluge i/ili 2.) intrinzično su povezane s uslugom od općeg gospodarskog interesa jer koriste bolničku infrastrukturu (odnosno zgrade i zemljište). Uzimajući u obzir ograničeni dio koji predstavljaju povezane pomoćne usluge u ukupnim prihodima IRIS-H-a (koji u prosjeku iznosi manje od 2 %), Komisija također smatra da opseg svih povezanih pomoćnih usluga ostaje izrazito ograničen.

⁽¹⁷⁵⁾ Vidjeti uvodnu izjavu 8. Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

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

⁽¹⁷⁷⁾ Predmet T-289/03, *BUPA i dr./Komisija*, ECLI:EU:T:2008:29, t. 166. do 169. i 172.; predmet T-17/02, *Fred Olsen*, ECLI:EU:T:2005:218, t. 216.

7.3.3. Primjenjivost Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

- (156) Komisija smatra da je dodjela javnih sredstava bolnicama IRIS za pružanje usluge od općeg gospodarskog interesa obuhvaćena materijalnim područjem primjene Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012., kako je predviđeno člankom 2. te Odluke. Kako je utvrđeno u njezinom članku 2. stavku 1. točkama (b) i (c), Odluka o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. primjenjuje se na državne potpore dodijeljene u obliku nadoknada za usluge od općeg gospodarskog interesa bolnicama koje pružaju medicinsku skrb (uključujući obavljanje povezanih pomoćnih usluge koje su neposredno povezane s njihovim osnovnim djelatnostima, naročito u području istraživanja) te na poduzetnike koji pružaju usluge od općeg gospodarskog interesa s ciljem ispunjavanja socijalnih potreba koje se, između ostalog, odnose na zdravstvenu zaštitu te socijalnu uključenost socijalno ranjivih skupina. Budući da se usluge od općeg gospodarskog interesa i povezane pomoćne djelatnosti za koje je bolnicama IRIS dodijeljeno javno financiranje mogu uključiti u kategorije djelatnosti, Komisija zaključuje da je mehanizam isplate nadoknade deficita opisan u ovom slučaju obuhvaćen materijalnim područjem primjene Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. Prema tome, troškovi koji nastaju uslijed provedbe djelatnosti IRIS-H-a (usluga od općeg gospodarskog interesa i povezanih pomoćnih usluga) mogu biti obuhvaćeni nadoknadama dodijeljenim sukladno Odluci o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

7.3.4. Akt o ovlaštenju

- (157) Prvi bitni kriterij spojivosti naveden u Odluci o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. jest da se obavljanje usluge od općeg gospodarskog interesa povjerava predmetnom poduzetniku na temelju jednog ili više pravnih akata, o čijem obliku može odlučiti svaka država članica. ⁽¹⁷⁸⁾ Taj akt ili akti moraju sadržavati, osobito:
- sadržaj i trajanje obveza pružanja javne usluge ⁽¹⁷⁹⁾;
 - poduzetnika i, kada je primjereno, predmetno državno područje ⁽¹⁸⁰⁾;
 - vrstu svih isključivih ili posebnih prava koja je tom poduzetniku dodijelilo za to nadležno tijelo ⁽¹⁸¹⁾;
 - opis mehanizma naknade i parametre za izračun, kontrolu i reviziju naknade ⁽¹⁸²⁾;
 - mjere za izbjegavanje i povrat moguće prekomjerne naknade ⁽¹⁸³⁾.
- (158) Osim toga, Odlukom o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. utvrđeno je da ovlaštenje mora sadržavati pozivanje na ovu Odluku ⁽¹⁸⁴⁾.

7.3.4.1. Narav i trošak obavljanja obveza javne usluge povjerenih bolnicama IRIS

- (159) U svojoj presudi o poništenju od 7. studenoga 2012. Opći sud dao je preliminarno očitovanje, koje glasi kako slijedi: „ako se na različite javne i privatne subjekte kojima je povjerena ista javna usluga primjenjuju različiti zahtjevi, što pretpostavlja različitu visinu troškova i nadoknade, te razlike moraju jasno proizlaziti iz njihovih ovlaštenja, među ostalim kako bi se omogućila promjena spojivosti subvencije s načelom jednakog postupanja. Komisija ne može proglasiti državnu potporu koja u svojim određenim uvjetima krši opća načela prava Unije, kao što je načelo jednakog postupanja, spojivom s unutarnjim tržištem (presuda Suda Europske unije od 15. travnja 2008., Nuova Agricast, C-390/06, Zb. str. I-2577., t. 51.)” ⁽¹⁸⁵⁾.
- (160) U točki 66. presude u predmetu Nuova Agricast ⁽¹⁸⁶⁾ utvrđeno je da „poštivanje načela jednakog postupanja zahtijeva da se s usporedivim situacijama ne može postupati na različite načine te da se s različitim situacijama ne može postupati na isti način, osim ako takvo postupanje nije objektivno opravdano (vidjeti među ostalim presudu od 26. listopada 2006., Koninklijke Coöperatie Cosun, C-248/04, Zb. Str. I-10211., t. 72. i navedenu sudsku praksu).”

⁽¹⁷⁸⁾ Vidjeti članak 4. Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

⁽¹⁷⁹⁾ Vidjeti članak 4. točku (a) Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

⁽¹⁸⁰⁾ Vidjeti članak 4. točku (b) Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

⁽¹⁸¹⁾ Vidjeti članak 4. točku (c) Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

⁽¹⁸²⁾ Vidjeti članak 4. točku (d) Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

⁽¹⁸³⁾ Vidjeti članak 4. točku (e) Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

⁽¹⁸⁴⁾ Vidjeti članak 4. točku (f) Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

⁽¹⁸⁵⁾ Predmet T-137/10, t. 95., ECLI:EU:T:2012:584

⁽¹⁸⁶⁾ Predmet C-390/06, Nuova Agricast Srl/Ministero delle Attività Produttive.

- (161) Međutim, Komisija primjećuje da načelo nediskriminacije nije navedeno kao jedan od kriterija spojivosti u Odluci o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. Neovisno o tome, Komisija namjerava ispitati nalaze li se javne bolnice IRIS i briselske javne bolnice u sličnoj ili različitoj pravnoj i činjeničnoj situaciji. U tim okolnostima, opisujući prirodu obveza javne usluge povjerenih bolnicama IRIS, Komisija će pokazati je li usporediva obveza dodijeljena privatnim briselskim bolnicama.
- (162) Kako je objašnjeno u prethodnom tekstu (vidjeti odjeljak 2.3.), IRIS-H podliježu regulatornom okviru koji se sastoji od Zakona o CPAS-u (na temelju kojeg su osnovane IRIS-H), LCH-a, statuta lokalnih bolničkih udruga i strateških planova koje je usvojila krovna organizacija IRIS. Budući da javne vlasti (odnosno općine i CPAS-i) imaju većinsku kontrolu nad lokalnim udrugama obuhvaćenima poglavljem XII. Zakona o CPAS-u te nad krovnom organizacijom IRIS, IRIS-H moraju imati statute i strateške planove, koji se stoga mogu smatrati valjanim aktima o ovlaštenju, čija će priroda biti utvrđena u nastavku (vidjeti uvodne izjave 164., 170. *et seq.*). U tim okolnostima također je zanimljivo istaknuti da javne vlasti mogu izravno nadzirati svakodnevne aktivnosti IRIS-H-a i dati dodatne upute, ako je to potrebno.
- (163) Također je primijećeno (vidjeti uvodnu izjavu 24.) da su bolnicama IRIS prvotno upravljali CPAS-i, koji su ih osnovali kako bi ispunili njihovu obvezu socijalne pomoći u skladu sa Zakonom o CPAS-u. Kako bi se zajamčio kontinuitet i održivost javnih briselskih bolnica (vidjeti uvodnu izjavu 24.), bilo je potrebno restrukturiranje, koje je dovelo do stvaranja bolnica IRIS (koje imaju oblik lokalnih udruga obuhvaćenih poglavljem XII. Zakona o CPAS-u s financijskom i pravnom neovisnošću). Međutim, tim restrukturiranjem nije izmijenjena temeljna zadaća briselskih bolnica IRIS ⁽¹⁸⁷⁾, a to je pružanje medicinske i socijalno-medicinske skrbi te doprinosenje izvršavanju obveze socijalne pomoći CPAS-a, koji su ih osnovali.
- (164) Medicinska skrb koju pružaju IRIS-H također je definirana LCH-om, kojim je utvrđen relevantni okvir koji se primjenjuje na organizaciju čitavog belgijskog bolničkog sektora. Na temelju navedenog LCH povjerava osnovnu bolničku zadaću svim belgijskim bolnicama, neovisno o tome jesu li javne ili privatne, uključujući i IRIS-H. Člankom 2. LCH-a osobito su utvrđene ustanove koje se mogu smatrati bolnicama, dok su člancima 68. do 76.e Zakona utvrđeni su uvjeti ovlaštenja bolnica i bolničkih usluga (koje su dodatno opisane u provedbenim uredbama kojima su utvrđeni uvjeti u području kvalitete, zahtjevi u području osoblja itd.). Člancima 23. do 45. LCH-a utvrđeni su zahtjevi koji se odnose na sustav bolničkog planiranja, kojim se utvrđuju ograničenja u pogledu broja bolničkih kreveta, bolničkih usluga i određene medicinske opreme (kao što su skeneri) koja se može pustiti u rad i koristiti. Samo dopuštene bolničke usluge koje ispunjavaju uvjete planiranja smatraju se prihvatljivima za javno financiranje. Kako je navedeno u Odluci o pokretanju postupka ⁽¹⁸⁸⁾ i potvrđeno nepostojanjem primjedbi trećih strana u tom pogledu, nije postojala i dalje ne postoji nikakva sumnja u pogledu jasnoće osnovne zadaće bolnica, kako je definirana LCH-om. Također je jasno da IRIS-H ispunjavaju te zahtjeve jer posjeduju sva potrebna ovlaštenja i jer je njihov rad odobren u okviru sustava planiranja.
- (165) Osim osnovne zadaće bolnice koja je povjerena svim belgijskim javnim i privatnim bolnicama, odluka Komisije od 28. listopada 2009. (vidjeti odjeljak 4.1. ove odluke), presuda o poništenju Općeg suda od 7. studenoga 2012. (vidjeti odjeljak 4.2. ove odluke) i odluka Komisije o pokretanju postupka od 1. listopada 2014. (vidjeti odjeljak 4.3. ove odluke) sadrže pozivanja na tri dodatne (ili specifične) usluge od općeg gospodarskog interesa, koje se prvenstveno odnose na 1.) univerzalni pristup uslugama skrbi, 2.) obvezu pružanja usluga na različitim lokacijama i 3.) dodatne socijalne usluge, koje su povjerene isključivo bolnicama IRIS. Međutim, to ne znači da se osnovna zadaća bolnice i dodatne usluge od općeg gospodarskog interesa nužno moraju ocjenjivati neovisno jedne od drugima. U tom je pogledu u uvodnoj izjavi 2. Odluke o pokretanju postupka spomenuto da su belgijske vlasti istaknule da osnova zadaća bolnice čini dio šire usluge od općeg gospodarskog interesa, odnosno obveze pružanja socijalne skrbi propisane Zakonom o CPAS-u, ili nadopunjuje tu uslugu od općeg gospodarskog interesa.

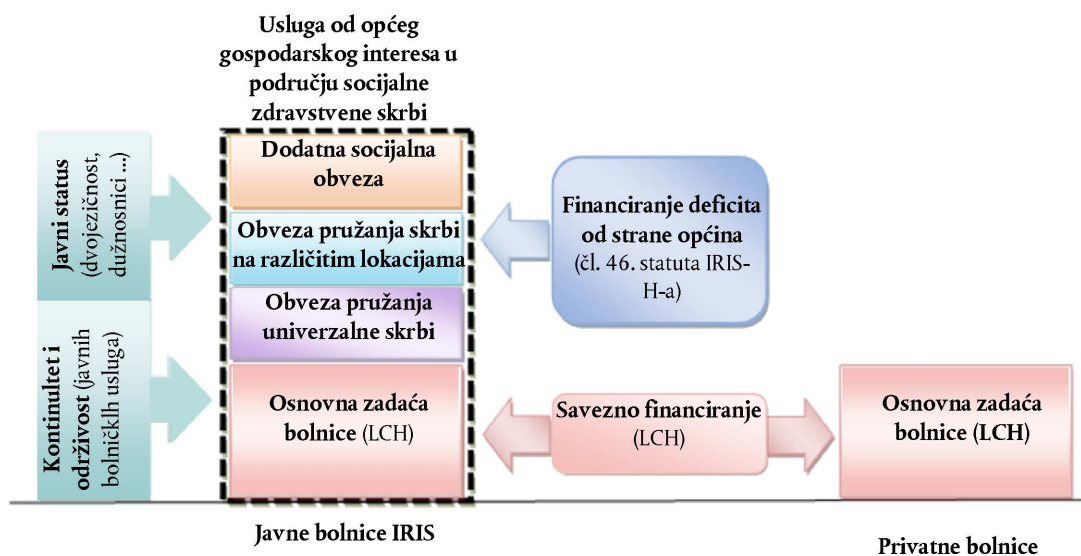
⁽¹⁸⁷⁾ Vidjeti uvodnu izjavu 25. te posebice napomenu, u Sporazumu o suradnji od 19. svibnja 1994., kojom se priznaje potreba za „dostavljanjem jamstava o održavanju (...) specifičnosti javnih bolnica” (isticanje dodano). Također osobito vidjeti strateški plan IRIS 1996.–2001.: odjeljak „Strukturne osi” (str. 3.), „radi omogućivanja pružanja medicinske skrbi lišene svake trgovačke logike” i odjeljak „Doprinoseci ciljevi” (str. 54.), „Javne bolnice (odnosno bolnice IRIS) imaju za temeljnu svrhu pružanje socijalne medicinske skrbi; to im nameće obvezu odgovaranja na zahtjeve socijalnih zadaća” (isticanje dodano).

⁽¹⁸⁸⁾ Vidjeti uvodnu izjavu 87. Odluke o pokretanju postupka.

- (166) U tim okolnostima Komisija smatra da spoj osnovne zadaće bolnice koja je povjerena svim bolnicama na temelju LCH-a i triju obveza pružanja dodatne usluge od općeg gospodarskog interesa ⁽¹⁸⁹⁾ dodijeljenih isključivo bolnicama IRIS de facto predstavlja „socijalnu uslugu pružanja zdravstvene skrbi od općeg gospodarskog interesa“, koja pripada bolnicama IRIS i koju pružaju samo bolnice IRIS. Ispitivajući stvarnost svih obveza pružanja usluga od opće socijalne skrbi dodijeljenih bolnicama IRIS i na temelju svoje analize prirode i značajki tih usluga, Komisija smatra da nije prikladno ispitivati tri obveze dopunskih usluga od općeg gospodarskog interesa dodijeljenih na razini općina neovisno o osnovnoj zadaći bolnica povjerenoj na temelju LCH-a. Obveze pružanja dodatnih usluga od općeg gospodarskog interesa temelje se i oslanjaju, s jedne strane, na osnovnoj zadaći bolnica koja je bolnicama IRIS povjerena na temelju LCH-a, a s druge strane nadilaze tu osnovnu obvezu na način da obvezuju IRIS-H 1.) da pružaju široki raspon usluga zdravstvene skrbi svim pacijentima, neovisno o tome jesu li u mogućnosti platiti (univerzalni pristup zdravstvenoj skrbi) (vidjeti uvodne izjave 170. – 190.), 2.) na različitim lokacijama (osiguranje blizine usluga) (vidjeti uvodne izjave 191. – 204.), pri čemu su 3.) dužne posvetiti posebnu pozornost socijalnim potrebama pacijenata (putem dodatnih socijalnih usluga) (vidjeti uvodne izjave 205. – 214.) Što se tiče osnovne usluge bolnice povjerene na temelju LCH-a (vidjeti uvodnu izjavu 164.), tri dodatne obveze ne mogu se smatrati samostalnim djelatnostima, što je jasno vidljivo iz činjenice da te obveze nikad ne bi bile dodijeljene bez temeljne obveze obavljanja zadaće bolnice na temelju LCH-a. Konačno, taj pristup u određenoj mjeri također potvrđuju podnositelji pritužbe kada tvrde (vidjeti uvodnu izjavu 71.) da se dodatne socijalne usluge ne mogu odvojiti od opće usluge pružanja zdravstvene skrbi.
- (167) Što se tiče pristupa opisanog u prethodnim uvodnim izjavama (vidjeti uvodne izjave 162. do 166.), Komisija želi istaknuti sljedeće tri točke. Prvo, usluge od općeg gospodarskog interesa koje pružaju IRIS-H sastoje se ni manje ni više od osnovne usluge bolnice koja im je dodijeljena (vidjeti uvodnu izjavu 164.) i triju obveza dodatne usluge od općeg gospodarskog interesa koje im pripadaju (vidjeti uvodne izjave 170. *et seq.*). Drugo, kako ćemo prikazati u nastavku, IRIS-H i privatne belgijske bolnice ne nalaze se u usporedivoj situaciji, posebice s obzirom na činjenicu da je samo bolnicama IRIS dodijeljena obveza pružanja triju dodatnih usluga od općeg gospodarskog interesa (vidjeti uvodne izjave 170. *et seq.*), što znači da jedine obavljaju uslugu od općeg gospodarskog interesa koja se odnosi na socijalne zdravstvene usluge, kako je definirano u ovoj odluci (vidjeti uvodne izjave 166. do 167.). Treće, IRIS-H također podliježu ograničenjima koji utječu na izvršenje usluga od općeg gospodarskog interesa koje se odnose na socijalne zdravstvene usluge, odnosno svojem javnom statusu (vidjeti uvodnu izjavu 42.) i potrebi za osiguranjem kontinuiteta i održivosti pružanja te usluge od općeg gospodarskog interesa (vidjeti uvodne izjave 91. i 168.)). Dijagram 2. u nastavku prikazuje ta dva elementa:

Dijagram 2.

Obveze, ograničenja i sustavi javnog financiranja koji se primjenjuju na javne bolnice IRIS u odnosu na privatne bolnice



⁽¹⁸⁹⁾ Za više informacija o ovlaštenjima za te tri obveze, vidjeti uvodne izjave 170. *et seq.*

- (168) S obzirom da tri obveze pružanja dodatnih usluga od općeg gospodarskog interesa nadilaze minimalne zahtjeve primjenjive na sve bolnice (javne ili privatne u Belgiji), dovode do troškova koji nisu obuhvaćeni BMF-om ili su djelomično obuhvaćeni BMF-om (vidjeti odjeljak 2.5.1.) i sustavom socijalne sigurnosti. Ako navedenom dodamo visoke troškove koji proizlaze iz njihovog javnog statusa (dužnosnici, dvojezičnost itd., također vidjeti uvodnu izjavu 42.), to objašnjava zašto su IRIS-H prijavile deficite za većinu godina u razdoblju između 1996. i 2014. Računovodstveni deficiti IRIS-H-a u razdoblju između 1996. i 2014. ukupno iznose oko 250 milijuna EUR (vidjeti uvodnu izjavu 234.). CPAS-i i predmetne briselske općine žele i moraju⁽¹⁹⁰⁾ zajamčiti kontinuitet i održivost IRIS-H-a kako bi osigurali pružanje usluga od općeg gospodarskog interesa u području socijalne zdravstvene skrbi i ispunjavanje obveze socijalne skrbi koju imaju CPAS-i (vidjeti također odjeljak 2.2.). Zbog toga pokrivaju sav deficit, što im omogućuje da nadoknade preostale troškove usluga od općeg gospodarskog interesa koje se odnose na socijalnu zdravstvenu skrb (koje čine osnovna usluga bolnice i tri obveze dodatnih usluga od općeg gospodarskog interesa)⁽¹⁹¹⁾ te da na taj način zajamče kontinuitet i održivost IRIS-H-a (vidjeti uvodnu izjavu 91.). Na taj način pokrivanjem deficita ne čini se razlika između različitih obveza pružanja usluga od općeg gospodarskog interesa. U tim okolnostima valja provjeriti može li se općenito isključiti prekomjerna nadoknada (primjerice za različite kombinirane usluge od općeg gospodarskog interesa), kako je objašnjeno u nastavku (vidjeti tablice 9. do 13. odjeljka 7.3.5.).
- (169) Kako je navedeno u uvodnim izjavama 165. do 167., Komisija je došla do zaključka da se dodatne obveze IRIS-H-a i osnovna usluga bolnice moraju razmatrati zajedno, kao da čine *de facto* uslugu od općeg gospodarskog interesa u području socijalne zdravstvene skrbi. Iako je osnovna usluga bolnica već prethodno definirana (vidjeti uvodnu izjavu 164.), točna priroda svake obveze pružanja dodatnih usluga od općeg gospodarskog interesa definirana je u nastavku ovog odjeljka. Osim toga, također je objašnjeno na koji su način dodatne obveze pružanja usluga od općeg gospodarskog interesa međusobno povezane i na koji način doprinose uslugama od općeg gospodarskog interesa u području socijalne zdravstvene skrbi.

I. Obveza pružanja medicinske pomoći svim pacijentima u svim okolnostima bez obzira na to mogu li platiti ili ne (obveza univerzalne skrbi)

- (170) Kako tvrde belgijske vlasti, IRIS-H dužne su liječiti sve pacijente, čak i ako oni ne mogu platiti i/ili nisu osigurani, i to u svim okolnostima, uključujući pacijente koji ne zahtijevaju hitnu medicinsku skrb. Podnositelji pritužbe osporavaju činjenicu da se ta obveza primjenjuje na IRIS-H i tvrde da privatne briselske bolnice ne smiju odbiti pacijente i da u stvari liječe brojne takozvane „socijalne” pacijente. U prilog svojim navodima podnositelji pritužbe ističu da je LCH-om povjerena ista zadaća bolnica svim bolnicama te se, kako je navedeno u t. 150. presude o poništenju od 7. studenoga 2012., također pozivaju na opće načelo nediskriminacije kojim je bolnicama zabranjeno da odabiru pacijente s obzirom na njihova ideološka, filozofska ili vjerska uvjerenja ili na njihovo imovinsko stanje. Kako tvrde podnositelji pritužbe, javne i privatne bolnice podliježu istoj obvezi liječenja pacijenata u hitnim slučajevima i u situacijama „nakon hitnog slučaja”.
- (171) Komisija ponajprije ističe da LCH ne sadrži nijednu formulaciju koja se može protumačiti na način da obvezuje bolnice (javne ili privatne) da liječe pacijente u svim okolnostima, neovisno o tome mogu li platiti liječenje. Međutim, belgijskim je pravom predviđena opća obveza pružanja pomoći osobi u opasnosti. Kako ističu belgijske vlasti, sukladno članku 422.c belgijskog Kaznenog zakonika, ta se obveza primjenjuje na hitne situacije, osobito na medicinske hitne slučajeve u kojima je ugrožen ljudski život. Stoga su bolnice obvezne pružati pomoć u hitnim slučajevima ovisno o njihovoj organizaciji i dostupnom stručnom osoblju. Toj obvezi podliježu i javne i privatne bolnice, kao i svi građani, sukladno svojoj dužnosti pružanja pomoći osobama u opasnosti. Stoga

⁽¹⁹⁰⁾ Kako je prethodno objašnjeno (vidjeti uvodne izjave 83. i 91.), sukladno sudskoj praksi belgijskog Državnog vijeća, dokle god postoje medicinske i socijalne potrebe zbog kojih su IRIS-H osnovane, javne vlasti ne smiju zatvoriti te bolnice niti ih prepustiti vlasniku iz privatnog sektora.

⁽¹⁹¹⁾ Troškovi povezani s javnim statusom IRIS-H-a uzeti su u obzir u troškovima osnovne usluge bolnice i obvezama dodatnih usluga od općeg gospodarskog interesa, što znači da mogu doprinijeti financiranju tih djelatnosti.

nema sumnje u tom da su briselske javne i privatne bolnice obvezne liječiti pacijente u hitnim slučajevima, neovisno o tome mogu li platiti liječenje. Isto tako, liječnički kodeks izričito omogućava liječnicima da odbiju pacijente, osim u hitnim slučajevima ⁽¹⁹²⁾.

- (172) Nadalje, podnositelji pritužbe oslanjaju se na presudu prvostupanjskog suda u Bruxellesu ⁽¹⁹³⁾ kada tvrde da ne postoji razlika između javnih i privatnih bolnica u pogledu liječenja „socijalnih pacijenata”, neovisno o tome radi li se o hitnom slučaju ili o situaciji nakon hitnog slučaja. Ta se presuda odnosi na izrazito specifični slučaju hitne medicinske pomoći koju CPAS mora pružiti na temelju članka 57. stavka 2. Zakona o CPAS-u. Prvostupanjski sud u Bruxellesu primijetio je da sam CPAS zapravo nikad ne pruža hitnu medicinsku pomoć, nego to čine specijalizirane medicinske službe, te da se u tom pogledu ni na koji način ne može opravdati razlika između javne i privatne službe. Međutim, Komisija primjećuje da se obveza pružanja hitne medicinske pomoći primjenjuje na CPAS, a ne na bolnice koje pružaju usluge skrbi. U ovom je slučaju privatna biselska psihijatrijska bolnica hitno primila migranta bez dokumenata i zatražila od CPAS-a da plati za pruženu hitnu medicinsku uslugu zbog očite neimaštine migranta. Sud u Bruxellesu zaključio je da, ako CPAS ne pruža hitnu medicinsku pomoć u bolnici kojom upravlja, mora platiti usluge skrbi koje je pružila privatna bolnica čija je hitna služba odlučila primiti pacijenta zbog hitnosti situacije. Ta se presuda očito odnosi na izvanrednu situaciju koja odstupa od uobičajenog okvira socijalne pomoći na kojem CPAS temelji svoje vlastite (javne) bolnice. U ovom je slučaju ovo odstupanje proizašlo iz činjenice da javne bolnice ne pružaju psihijatrijsku skrb koja je bila potrebna u ovoj situaciji. Osim toga, sud u Bruxellesu istaknuo je da „*ako se skrb pruža u ustanovi koja ovisi o predmetnom CPAS-u ili s kojom je CPAS potpisao sporazum, može doći do toga da se hospitalizacija provede u drugoj ustanovi zbog hitnosti situacije u kojoj se nalazi osoba koju je potrebno hospitalizirati*”. Sud je također primijetio kako, da je predmetni CPAS (u ovom slučaju CPAS iz Ucclea) osnovao vlastitu psihijatrijsku bolnicu ili da je sklopio ugovor s takvom bolnicom, predmetna privatna bolnica ne bi morala pružiti skrb predmetnom migrantu, nego bi mogla zatražiti njegovo prebacivanje u tu bolnicu. Budući da to nije bio slučaj, nije postojalo drugo rješenje i od CPAS-a je zatraženo da privatnoj bolnici nadoknadi troškove skrbi pružene pacijentu. Nadalje, iz presude suda u Bruxellesu na koju se pozivaju podnositelji pritužbe može se zaključiti da privatne bolnice u određenim hitnim slučajevima također mogu pružiti hitnu medicinsku pomoć migrantima bez dokumenata i da CPAS mora nadoknaditi troškove tim privatnim bolnicama ako je na taj način oslobođen svoje obveze pružanja hitne medicinske pomoći. Prema tome, činjenica da privatne briselske bolnice mogu pružiti hitnu medicinsku pomoć u ograničenom broju slučajeva ⁽¹⁹⁴⁾ ne može se tumačiti kao opća obveza liječenja svih pacijenata neovisno o tome mogu li platiti liječenje nametnuta tim bolnicama.

- (173) Konačno, što se tiče načela nediskriminacije (koje su spomenuli podnositelji pritužbe; vidjeti uvodnu izjavu 170.), očito je da nijedna bolnica u Belgiji nema pravo vršiti diskriminaciju na temelju financijske situacije pacijenta (odnosno, na temelju činjenice da je pacijent bogat ili siromašan) ili na temelju drugog osobnog kriterija (primjerice, etničkog podrijetla ili vjerskog uvjerenja). Međutim, u slučaju nepostojanja hitnog slučaja, načelo nediskriminacije ne može biti opravdanje za zahtjev da bolnica pruža besplatnu skrb ako se može jasno predvidjeti da pacijent neće moći platiti liječenje. Ako su ti uvjeti ispunjeni u nehitnim situacijama, bolnice imaju objektivno opravdanje za vršenje razlike time što odbijaju te pacijente ⁽¹⁹⁵⁾. Kako je prethodno navedeno (vidjeti uvodnu izjavu 171.), etički kodeks koji se primjenjuje na belgijske liječnike izričito im omogućuje da odbiju pacijente u situacijama koji nisu hitni slučajevi. Istraživanje provedeno među stečajnim upraviteljima ⁽¹⁹⁶⁾ među ostalim pokazuje da liječnici i bolnice ponekad odbijaju pacijente koji su u prošlosti imali poteškoće s plaćanjem liječenja. U tim je okolnostima zanimljivo istaknuti da bolnice ne odbijaju pacijente automatski, nego od njih traže da uplate predujam, što može odvratiti osobe koje su u nepovoljnom položaju. Iz empirijskih podataka

⁽¹⁹²⁾ Vidjeti osobito članak 28. Liječničkog etičkog kodeksa koji je izradilo Nacionalno liječničko vijeće (inačica od 27. srpnja 2015.).

⁽¹⁹³⁾ Vidjeti bilješku na dnu str. 120.

⁽¹⁹⁴⁾ Brojke koje su dostavile belgijske vlasti pokazuju da u više od 85 % slučajeva u regiji glavnog grada Bruxellesa medicinsku pomoć pružaju bolnice IRIS. Tu brojku valja usporediti s činjenicom da IRIS-H raspolaže sa samo 35 % svih bolničkih kreveta u regiji (vidjeti također bilješku na str. 3). Ostale slučajeve preuzimaju ostali pružatelji skrbi, osobito liječnici opće prakse i privatne bolnice. To je osobito slučaj kod psihijatrijske skrbi, kao što je u slučaju opisanom u uvodnoj izjavi 172., jer IRIS-H ne pružaju takvu vrstu skrbi.

⁽¹⁹⁵⁾ Primjerice, na slično se opravdanje može pozvati poštanski operator koji pruža univerzalnu poštansku uslugu. Taj operator ima obvezu pružanja usluge od općeg gospodarskog interesa, ali nije obavezan besplatno slati pisma ako klijent ne može ili ne želi platiti tu uslugu.

⁽¹⁹⁶⁾ Vidjeti studiju koju je 2008. objavio Verbruikersateljeee naslovljenu „*Is uw portemonnee ook ziek? — Een onderzoek naar medische kosten en schulden*”.

može se zaključiti da privatne bolnice ponekad upućuju pacijente u bolnicu kojom upravlja CPAS⁽¹⁹⁷⁾. Tome je tako jer je 2013. u belgijskom Senatu predložen zakon (koji nije usvojen) u svrhu sprječavanja odbijanja pružanja zdravstvene skrbi pacijentima koji imaju financijske poteškoće, kao i naplaćivanja predujma⁽¹⁹⁸⁾. Stoga se ne može pozivati na tvrdnju da se načelom nediskriminacije svim belgijskim bolnicama (javnim i privatnim) nameće obveza liječenja svih pacijenata u svim okolnostima (odnosno, u slučajevima koji nisu hitni), čak i ako pacijenti ne mogu platiti liječenje.

- (174) Kako proizlazi iz prethodno navedenog, Komisija zaključuje da valja uspostaviti razliku između hitnih i nehitnih slučajeva. U hitnim slučajevima javne i privatne bolnice podliježu istoj općoj obvezi (koja se temelji na belgijskom Kaznenom zakoniku), prema kojoj su dužne liječiti pacijente koji se nalaze u situacija koja zahtijeva hitnu medicinsku pomoć. Međutim, ne postoji pravni temelj koji obvezuje privatne bolnice ili im nameće obvezu da također liječe sve pacijente u situacijama koje ne predstavljaju hitne slučajeve i neovisno o tome mogu li platiti liječenje. Takva obveza nije predviđena ni LCH-om ni Kaznenim zakonikom i ne može se smatrati da se načelom nediskriminacije nameće takva obveza. Konačno, obveza pružanja hitne medicinske skrbi migrantima bez dokumenata primjenjuje se na CPAS-e, a ne na bolnice koje pružaju takvu skrb.

Obveza pružanja univerzalne skrbi koja se primjenjuje na IRIS-H

- (175) Međutim, za razliku od privatnih bolnica, IRIS-H moraju⁽¹⁹⁹⁾ liječiti sve pacijente u svim okolnostima, uključujući situacije koje ne predstavljaju hitne slučajeve, neovisno o sposobnosti pacijenata da plate liječenje i/ili o njihovom statusu u pogledu osiguranja, na temelju konkretnih odredaba koje se primjenjuju samo na IRIS-H, odnosno na temelju njihova statuta i strateških planova sustava IRIS, kako je navedeno u nastavku. Kako je prethodno objašnjeno (vidjeti uvodnu izjavu 24.), bolnice IRIS osnovali su CPAS-i kako bi mogli ispuniti svoju zadaću pružanja socijalne pomoći svima kojima je to potrebno. CPAS-i su dužni pružati takvu pomoć (uključujući medicinsku i socijalno-medicinsku skrb) svim osobama i obiteljima kojima je to potrebno⁽²⁰⁰⁾. CPAS-i pružaju svoje usluge besplatno i osnovani su prvenstveno u svrhu pružanja pomoći najpotrebitijim osobama. U tom je pogledu člankom 5. statuta IRIS-H-a utvrđeno kako slijedi:

„(1) Ne dovodeći u pitanje ovlasti krovne udruge IRIS i službe iris-achats (nabava), kao i ostalih tijela koje krovna udruga IRIS može osnovati na temelju članka 35.j organskog zakona od 8. srpnja 1976. Javnih centara za socijalnu pomoć i u skladu s zakonskim i regulatornim odredbama, udruga ima najšire ovlasti u **provođenju svoje zadaće bolnice.**”

Obavlja tu zadaću u svrhu, s jedne strane, **osiguranja pružanja kvalitetne medicinske skrbi po najnižim troškovima za sve osobe, neovisno o njihovim primanjima, osiguranju, porijeklu i filozofskim uvjerenjima** te, s druge strane, u svrhu postizanja održive financijske bilance udruge.”⁽²⁰¹⁾

- (176) Isto tako, u uvodu strateškog plana IRIS za razdoblje između 1996. i 2001. navedeno je sljedeće:

„Kako bi u svakom trenutku izvršavala svoju socijalnu zadaću, javna bolnica iz mreže IRIS dužna je pružati raspon usluga koji svima **jamči najkvalitetniju skrb u financijskim uvjetima koji su općenito prihvatljivi svima te koje moraju biti dostupne svim pacijentima, neovisno o njihovim primanjima, osiguranju, porijeklu i ideološkim uvjerenjima**”⁽²⁰²⁾.

⁽¹⁹⁷⁾ *Ibidem.*

⁽¹⁹⁸⁾ Sjednica belgijskog Senata od 16. srpnja 2013., Prijedlog zakona za poboljšanje pristupačnosti zdravstvenoj skrbi koji su podnijeli Leona Detiège i dr. Prijedlog je istekao zbog saveznih izbora iz 2014.

⁽¹⁹⁹⁾ U praksi, bolnice su odgovorne za primanje pacijenata (radi savjetovanja i hospitalizacije), fakturiranje i praćenje u slučaju neplaćanja. Većina liječnika zaposlenih u ustanovama CHU Saint-Pierre, CHU Brugmann, HUDERF i Institut Bordet prima plaću, dok ostali liječnici primaju naknade na temelju računa povezanih s liječenjem koje pružaju neovisno o činjenici plaća li pacijent ili ne. Prema tome, nijedan liječnik u tim bolnicama nema razloga odbiti pacijente koji ne mogu platiti liječenje. Liječnici koje rade za bolnice IRIS Sud (IRIS Jug) moraju poštovati opća pravila bolnice u najmanje 80 % svojeg radnog vremena te mogu odabrati opciju vođenja privatne ambulante tijekom najviše 20 % radnog vremena. Tijekom tih 80 % radnog vremena liječnici moraju primjenjivati cijene INAMI i raditi na temelju načela prema kojem svi pacijenti moraju primiti liječenje u skladu s obvezom koja se primjenjuje na bolnice IRIS. Na taj način bolnice IRIS Sud osiguravaju da svi pacijenti prime liječenje, neovisno o tome mogu li platiti.

⁽²⁰⁰⁾ Člankom 57. stavkom 2. Zakona o CPAS-u ograničena je zadaća CPAS-a u dvjema konkretnim okolnostima, odnosno kad se radi o strancima koji nezakonito borave u Belgiji (odnosno o migrantima bez dokumenata) i o djeci tih stranaca.

⁽²⁰¹⁾ Isticanje dodano.

⁽²⁰²⁾ Odjeljak „Opći ciljevi strateškog plana” (str. 2.). Isticanje dodano.

(177) U tom je uvodu također navedeno sljedeće:

„**Glavni cilj** plana iris jest održavanje ojačane bolničke mreže **dostupne svima, neovisno o primanjima, osiguranju**, porijeklu te ideološkim i filozofskim uvjerenjima u Bruxellesu.”⁽²⁰³⁾

(178) U drugom odjeljku tog plana navedeno je da je poveljom o pacijentima IRIS zajamčen

„**pristup svim pacijentima, neovisno o** njihovom porijeklu, **primanjima**, filozofskim i ideološkim uvjerenjima, **osiguranju**.”⁽²⁰⁴⁾

(179) Osim toga, strateški plan IRIS za razdoblje između 1996. i 2001. sadrži pododjeljak 2.5.4. pod nazivom „Primanje i liječenje svih osoba koje dođu u bolnicu iz mreže IRIS”, koji sadrži sljedeće odredbe:

„Osnovna zadaća javnih bolnica (odnosno IRIS-H-a) jest **pružanje socijalnih medicinskih usluga**; na temelju te zadaće obvezne su odgovarati na zahtjeve socijalnih zadaća, i to **čak i ako ta zadaća nije priznata zakonodavstvom i propisima kojima se uređuje bolnički sektor**.

Zadaća javnih bolnica jest **primiti i pružiti skrb svim pacijentima** neovisno o njihovom podrijetlu, uvjetima, kulturi, uvjerenjima i bolestima. Iz navedenoga proizlazi da, budući da su javne, naše bolnice moraju odgovoriti na načela univerzalnosti, jednakosti, kontinuiteta i promjena.

1. **Načelo univerzalnosti nameće obvezu primanja svih pacijenata, neovisno o tome tko su. Dakle, bolnica mora pružati medicinsku skrb na najvišoj mogućoj razini kako bi mogla odgovoriti na potrebe svijeta.**
2. Načelo jednakosti je ustavno pravo koje nameće obvezu primanja svih osoba, bez provođenja diskriminacije. (...)”⁽²⁰⁵⁾

(180) Iz navedenoga jasno proizlazi da se sposobnost pacijenata da plaćaju liječenje i njihovo materijalno stanje ne uzimaju u obzir prilikom njihova prihvata u bolnici IRIS, što znači da je pristup zdravstvenoj skrbi dostupan svim, uključujući u situacijama koje ne predstavljaju hitne slučajeve. Razni elementi strateškog plana IRIS za razdoblje između 1996. i 2001. Također pokazuju socijalnu narav bolničke skrbi koju pružaju IRIS-H (primjerice, „radi omogućivanja pružanja **medicinske skrbi lišene tržišne logike**”⁽²⁰⁶⁾) i snažnu volju za pružanje kvalitetne skrbi svim slojevima briselskog stanovništva, osobito najpotrebitijima⁽²⁰⁷⁾.

(181) Strateški plan IRIS koji obuhvaća razdoblje između 2002. i 2014. donosi određena ključna načela (pristup svim pacijentima, povećanje dostupnosti siromašnima), osobito navodeći članak 5. statuta IRIS-H-a⁽²⁰⁸⁾ (vidjeti također uvodnu izjavu 175.) i glavni cilj strateškog plana IRIS za razdoblje između 1996. i 2001.⁽²⁰⁹⁾ (vidjeti uvodnu izjavu 177.), kao i upućivanjem na povelju o pacijentima mreže IRIS⁽²¹⁰⁾ (vidjeti uvodnu izjavu 178.), te dodaje sljedeće:

„Javne usluge definiraju se u skladu s trima ključnim načelima, a to su: univerzalnost, jednakost i kontinuitet. U skladu s tim trima načelima i s obzirom na njihovu javnu prirodu, bolnice u sklopu mreže IRIS

— **primaju sve pacijente**, neovisno o tome tko su,

⁽²⁰³⁾ *Ibidem*. Istiticanje dodano.

⁽²⁰⁴⁾ Odjeljak „Doprinosеći ciljevi” (str. 52.). Istiticanje dodano.

⁽²⁰⁵⁾ *Ibidem*. Istiticanje dodano.

⁽²⁰⁶⁾ Odjeljak „Strukturne osi” (str. 3.). Istiticanje dodano.

⁽²⁰⁷⁾ Vidjeti u tom pogledu odjeljak „Doprinosеći ciljevi” (str. 74.): povećati našu dostupnost svim slojevima stanovništva, **osobito onima u nepovoljnom položaju** (istiticanje dodano).

⁽²⁰⁸⁾ Vidjeti odjeljak „Uvod” (str. 7.).

⁽²⁰⁹⁾ Vidjeti odjeljak „Uvod” (str. 10.).

⁽²¹⁰⁾ Vidjeti odjeljak „Bolnički projekt” – Bolnica usmjerena na pacijente (str. 79.).

- **skrbe se za sve pacijente** bez vršenja diskriminacije,
- **organiziraju prijam svih pacijenata i jamče sve mogućnosti skrbi koje zahtijevaju.** ⁽²¹¹⁾

(182) Na temelju prethodno navedenih elemenata Komisija zaključuje da IRIS-H imaju obvezu liječenja svih pacijenata u svim okolnostima (u hitnim i ostalim slučajevima), čak i ako pacijenti ne mogu ili vjerojatno neće moći platiti liječenje i/ili nisu osigurani. Ta je obveza predviđena i nametnuta bolnicama IRIS u njihovim statutima i prethodno navedenim strateškim planovima IRIS, koji su ograničavajući za IRIS-H i koji se temelje na obvezi pružanja socijalne skrbi koja proizlazi iz Zakona o CPAS-u (obvezi koju CPAS-i povjeravaju bolnicama IRIS putem tih statuta i strateških planova).

Praktični učinak obveze pružanja univerzalne skrbi koja se primjenjuje na IRIS-H

- (183) Komisija također primjećuje da je prethodno navedeni zaključak, odnosno činjenica da IRIS-H imaju obvezu liječiti sve pacijente u svim okolnostima (odnosno, u hitnim slučajevima i u situacijama koje ne predstavljaju hitne slučajeve) neovisno o tome mogu li pacijenti platiti liječenje, dok privatne bolnice imaju obvezu liječiti sve pacijente samo u hitnim slučajevima (odnosno, ako je potrebna trenutna skrb u situaciji koja predstavlja opasnost po život), među ostalim potvrđen različitim profilima pacijenata koji primaju liječenje u bolnicama IRIS i privatnim bolnicama regije glavnog grada Bruxellesa te politikama određivanja cijena tih bolnica.
- (184) Najprije valja primijetiti da su u strateškom planu za razdoblje između 2002. i 2014. navedeni niži prihodi ⁽²¹²⁾ i viši troškovi ⁽²¹³⁾ povezani s liječenjem pacijenata koji se nalaze u nesigurnoj socio-ekonomskoj situaciji, a to je znatan dio pacijenata IRIS-H-a. U tim je okolnostima zanimljivo istaknuti da su IRIS-H dogovorile sa svojim liječnicima da se dodaci (vidjeti uvodnu izjavu 46.c za više informacija) ne mogu naplatiti pacijentima CPAS-a ili pacijentima s niskim prihodima (odnosno, pacijentima koji imaju pravo na veću nadoknadu od INAMI-ja). Osim toga, postotak pacijenata primljenih u jednokrevetnim sobama (odnosno, u jedinicama sobama za koje se mogu naplatiti dodaci) u prosjeku je znatno niži za regiju glavnog grada Bruxellesa ⁽²¹⁴⁾. Dostupne brojke koje su dostavila tijela čija je svrha naknada troškova liječenja koje pokriva socijalno osiguranje ⁽²¹⁵⁾ među ostalim pokazuju da, čak i kad IRIS-H naplate dodatke, njihov je iznos znatno niži od prosjeka regije (odnosno između 25 % i 67 % manji). U svrhu usporedbe, tijekom razmatranog razdoblja određene belgijske privatne bolnice naplaćivale su pacijentima iznos u prosjeku veći za 180 % u odnosu na cijene utvrđene u sklopu sustava socijalne sigurnosti.
- (185) Bolnicama IRIS povjerena je obveza pružanja univerzalne skrbi kako bi se zajamčilo da pacijenti koji ne mogu plaćati liječenje, koji nemaju privatno osiguranje i koji ne mogu ostvariti nadoknadu (čak i djelomičnu) od socijalne sigurnosti prime potrebnu medicinsku skrb. Važna podskupina tih pacijenata podrazumijeva prethodno navedene migrante bez dokumenata jer oni nisu obuhvaćeni belgijskim sustavom socijalne sigurnosti i jer najčešće ne mogu platiti za pruženu skrb. U 85 % tih slučajeva u regiji glavnog grada Bruxellesa ti migranti primaju hitnu medicinsku skrb u bolnicama (vidjeti uvodnu izjavu 172.), iako te bolnice raspolažu s tek 35 % bolničkih kreveta dostupnih u regiji. Drugi važni pokazatelj jest razredba ⁽²¹⁶⁾ javne savezne službe za javno zdravlje, u kojoj su sve belgijske bolnice razvrstane na temelju socio-ekonomskog profila njihovih pacijenata (vidjeti tablicu 1. i uvodnu izjavu 40.). Ta razredba među ostalim pokazuje udio pacijenata koji ne mogu platiti

⁽²¹¹⁾ Vidjeti odjeljak „Konkretne zadaće javne bolnice” (str. 85.) (isticanje dodano).

⁽²¹²⁾ Vidjeti odjeljak „Uvod” (str. 12.), u kojem je navedeno da IRIS-H liječe razmjerno manje pacijenata kojima bolnica može naplatiti dodatke (koji predstavljaju dodatni izvor prihoda za bolnice).

⁽²¹³⁾ Vidjeti odjeljak „Uvod” (str. 13.), u kojem je navedena procjena (iz 2001.) dodatnih troškova koji proizlaze iz primanja pacijenata slabijeg socio-ekonomskog profila. Taj trošak procijenjen je na oko 10,4 milijuna EUR godišnje te neprestano raste.

⁽²¹⁴⁾ Iznimku predstavlja Institut Bordet, u kojem je postotak viši od prosjeka, što se može objasniti ozbiljnošću bolesti (odnosno karcinoma) koje se liječe u toj bolnici.

⁽²¹⁵⁾ Radi se o privatnim tijelima zaduženim za nadoknađivanje troškova liječenja u belgijskom sustavu socijalne sigurnosti (osobito u pogledu obaveznog osiguranja u slučaju bolesti i invaliditeta).

⁽²¹⁶⁾ Na temelju te razredbe dodjeljuju se financijska sredstva na temelju odjeljka B8 BMF-a (vidjeti također uvodnu izjavu 189.).

liječenje i koji nisu obuhvaćeni sustavom socijalne sigurnosti te za koje CPAS-i ⁽²¹⁷⁾ mogu nadoknaditi troškove liječenja (vidjeti također uvodne izjave 187. do 188.) ⁽²¹⁸⁾. Za razdoblje između 2007. i 2013. i za čitavu Belgiju prva tri mjesta zauzimaju IRIS-H (iznimku predstavljaju Institut Bordet i HUDERF zbog njihove specijalizirane prirode). S druge strane, tijekom istog razdoblja privatne briselske bolnice ne zauzimaju nijedno od 20 prvih mjesta, što pokazuje da je prosječni socio-ekonomski profil njihovih pacijenata znatno bolji nego onaj pacijenata IRIS-H-a. Čak i ako se kriteriji koji su se koristili za provođenje ove razredbe ne odnose samo na pacijente koji ne mogu platiti liječenje i nisu osigurani, to ipak opovrgava tvrdnju podnositelja pritužbe, prema kojoj privatne briselske bolnice imaju obvezu liječenja svih pacijenata u svim okolnostima, i potvrđuje da se ta obveza primjenjuje jedino na IRIS-H. Da se takva obveza primjenjuje na privatne briselske bolnice, bilo bi za očekivati da zauzimaju više mjesto na ljestvici.

Tablica 1.

Razredba bolnica s obzirom na socio-gospodarski profil njihovih pacijenata koju provodi savezna javna služba za javno zdravlje (*= IRIS-H, += privatne briselske bolnice)

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

⁽²¹⁷⁾ Savezna javna služba za socijalnu integraciju može nadoknaditi troškove CPAS-a ako su ispunjeni određeni uvjeti (vidjeti također bilješku na str. 257. u pogledu primjenjivog pravnog temelja).

⁽²¹⁸⁾ U razredbi je također uzet u obzir udio pacijenata koji su obuhvaćeni sustavom socijalne sigurnosti, ali koji moraju platiti manju nadoknadu bolnici jer ispunjavaju uvjete za 1.) „najveću socijalnu doplatu” ili 2.) za „najveću doplatu za izolirane pacijente s niskim prihodima”.

(186) U tim okolnostima valja zamijeniti upućivanja podnositelja pritužbe na publikaciju Mutualités Chrétiennes iz veljače 2004. (vidjeti uvodnu izjavu 72.), koja se odnosi samo na godinu 2001. i u kojoj je prikazano da privatne bolnice liječe više od 60 % „socijalnih pacijenata” regije glavnog grada Bruxellesa. Izraz „socijalni pacijenti” može dati dojam da se radi o pacijentima koji ne mogu platiti liječenje i koji su obuhvaćeni obvezom pružanja univerzalne skrbi. Međutim, to nije slučaj zbog sljedećih razloga:

— Prvo, definicija „socijalnih pacijenata” ⁽²¹⁹⁾ iz publikacije odnosi se isključivo na osobe koje su osigurane u sklopu belgijskog sustava socijalne sigurnosti ⁽²²⁰⁾, što znači da ne obuhvaća pacijente koji ne mogu platiti liječenje i koji nisu pokriveni sustavom socijalne sigurnosti. Međutim, upravo posljednja skupina pacijenata ima najviše koristi od obveze pružanja univerzalne skrbi i predstavlja najveće financijsko opterećenje za IRIS-H (vidjeti također uvodne izjave 187. do 188.). Na temelju široke definicije koja se koristi u publikaciji, gotovo 20 % pacijenata primljenih u briselske privatne bolnice (u usporedbi s 26 % u javnim bolnicama) primjenjuje se na „socijalne pacijente”, a privatne bolnice tijekom 2001. pružile su liječenje gotovo 66 % ukupnog broja tih pacijenata.

— Drugo, čak i „nesigurni pacijenti” ⁽²²¹⁾, koji su u publikaciji definirani kao podskupina „socijalnih pacijenata”, obuhvaćeni su sustavom socijalne sigurnosti, i ne postoji razlog za pretpostavljanje da ne mogu platiti iznos koji im ostaje za naplatu. Međutim, možemo tvrditi da je vjerojatno da „nesigurni pacijenti” neće moći platiti bolnici iznos koji im ostaje za naplatu. Publikacija pokazuje da javne bolnice liječe oko 48 % „nesigurnih pacijenata”, u odnosu na 52 %, koliko liječe belgijske privatne bolnice. Javne bolnice liječe znatno veći broj tih pacijenata nego se može naslutiti iz njihovog tržišnog udjela (u smislu broja kreveta i broja primljenih pacijenata). „Nesigurni pacijenti” predstavljaju 9,5 % primljenih pacijenata u javnim bolnicama, u usporedbi sa samo 4,1 % u privatnim bolnicama.

— Treće, u svakom slučaju, primjedba prema kojoj su tijekom 2001. privatne briselske bolnice liječile 52 % „nesigurnih” pacijenata (u odnosu na 66 % „socijalnih” pacijenata) ne može promijeniti zaključak prema kojem IRIS-H imaju obvezu pružanja univerzalne skrbi. S obzirom na nepostojanje zakonske obveze nametnute privatnim bolnicama prema kojoj moraju liječiti sve pacijente neovisno o tome mogu li platiti liječenje i neovisno o tome jesu li osigurani, privatne bolnice mogu slobodno odlučiti o pružanju skrbi „nesigurnim” ili „socijalnim” pacijentima u situacijama koje ne predstavljaju hitne slučajeve i u svakom trenutku mogu promijeniti svoju odluku. Osim toga, skupina najranjivijih pacijenata, a to su pacijenti koji nisu obuhvaćeni sustavom socijalne sigurnosti i nemaju nikakvo drugo osiguranje, nije uključena u statističke podatke objavljene u publikaciji. Time se također objašnjava i očita razlika između brojki objavljenih u publikaciji za godinu 2001. i razredbe savezne javne službe za javno zdravlje (vidjeti uvodnu izjavu 185.) za razdoblje između 2007. i 2013. Dok je u razredbi savezne javne službe uzet u obzir udio pacijenata koji nisu obuhvaćeni sustavom socijalne sigurnosti, statistički podaci objavljeni u publikaciji odnose se samo na pacijente koji jesu obuhvaćeni tim sustavom.

Zbog svih navedenih razloga Komisija smatra da publikacija Mutualités Chrétiennes u kojoj su navedeni statistički podaci za godinu 2001. ne dokazuje da IRIS-H nemaju obvezu pružanja univerzalne skrbi ili da privatne briselske bolnice imaju sličnu obvezu.

(187) Obvezom pružanja univerzalne skrbi koja se primjenjuje na IRIS-H jamči se da će pacijenti suočeni s ekstremnim financijskim poteškoćama, političke izbjeglice, nezakoniti useljenici itd. primiti liječenje u svim okolnostima. Ako

⁽²¹⁹⁾ U publikaciji Mutualités Chrétiennes socijalni pacijenti definiraju se kao pacijenti koji imaju „socijalno pravo” (primjerice, umirovljenici koji primaju zajamčeni iznos, osobe ispunjavaju uvjete za intervenciju ili viši dodatak za invalidnost, dodatak za integraciju, viši obiteljski dodatak i dugotrajno nezaposlene osobe). Kako tvrde belgijske vlasti, pojam „socijalnog prava” ukinut je 1993. i u belgijskom je pravu zamijenjen „maksimalnim socijalnim doplatkom”.

⁽²²⁰⁾ To je potvrđeno činjenicom da se tablice u toj publikaciji temelje na podacima „osiguravajućih tijela”, odnosno organizacija, kao što su *mutuelles*, odgovornih za nadoknadu medicinskih troškova na temelju belgijskog sustava socijalne sigurnosti kojim upravlja INAMI.

⁽²²¹⁾ U publikaciji Mutualités Chrétiennes definirani su kao pacijenti koji su upisani kod CPAS-a.

ti pacijenti ne mogu platiti liječenje ili nemaju nikakvo osiguranje (odnosno nisu obuhvaćeni sustavom socijalne sigurnosti i nemaju privatno osiguranje od bolesti), CPAS-i pokrivaju troškove tih pacijenata jedino u određenim okolnostima. Kako bi se utvrdila pravila koja se primjenjuju na takvu nadoknadu, IRIS-H i 17 od 19 CPAS-a regije glavnog grada Bruxellesa sklopili su višestrane ugovore o takozvanoj „rezidentnosti u svrhu pružanja pomoći”. U slučaju situacija u kojima nije hitno potrebna liječnička skrb CPAS-i upućuju predmetne osobe u IRIS-H i u pisanom se obliku (putem „obećanja”) obvezuju da će pokriti troškove liječenja. Ako pacijenti dostave to obećanje, IRIS-H šalju račune izravno CPAS-u. Naravno, taj se postupak ne može slijediti u hitnim slučajevima. U tim slučajevima nadoknada troškova od strane CPAS-a podliježe ispunjenju sljedećih uvjeta: i. dostavi medicinske potvrde kojom se potvrđuje potreba za hitnim prijemom ili trenutačnim liječenjem osobe i ii. neimaštini osoba, što potvrđuju CPAS-i pomoću podataka koje prikuplja bolnica radi dobivanja informacija o socijalnom statusu pacijenta. Prikupljanje potrebnih informacija važna je zadaća za odjele za socijalni rad bolnica IRIS (vidjeti također uvodne izvaje 210. 211.) ⁽²²²⁾.

- (188) Ako su prethodno navedeni uvjeti ispunjeni (odnosno ako postoji obećanje za pružanje skrbi u situaciji koja ne predstavlja hitni slučaj i medicinska potreba te izvješće o socijalnom statusu za hitne slučajeve), CPAS nadoknađuje bolnici IRIS troškove povezane s liječenjem pacijenata koji ne mogu platiti svoje liječenje i koji nemaju osiguranje. Međutim, time IRIS-H nisu oslobođene svih troškova koji proizlaze iz obveze pružanja univerzalne skrbi. Kako bi ostvarile nadoknadu troškova od CPAS-a, IRIS-H moraju prikupiti podatke za izvješće o socijalnom statusu (što su tijekom 2012. učinile za 25 749 slučajeva). Primjerice, to je jedan od razloga zbog kojih IRIS-H zapošljavaju više od dvaput više socijalnih radnika od sveučilišnih bolnica (vidjeti uvodnu izjavu 213.). Međutim, CPAS-i ne nadoknađuju troškove bolnica IRIS povezane s prikupljanjem podataka o socijalnom statusu ⁽²²³⁾. Osim toga, CPAS-i imaju dulje rokove plaćanja (koji ponekad prelaze godinu dana) od tijela čija je svrha naknada troškova liječenja koje pokriva socijalno osiguranje (*mutuelles*) i osiguravajućih društava (koji plaćaju u roku od dva mjeseca nakon primanja računa). Zbog toga IRIS-H moraju predfinancirati te troškove tijekom duljeg razdoblja nego što je to slučaj za „normalne” pacijente. Dana 31. prosinca 2010. CPAS za Bruxelles dogovao je bolnicama IRIS gotovo 35 milijuna EUR (od čega se oko 71 % odnosilo na račune iz 2010., 12 % na račune iz 2009., a oko 13 % na račune iz prethodnih godina). Primjenom nominalne kamatne stope od 2 % IRIS-H ocijenile su da su u tom trenutku troškovi povezani s duljim rokovima plaćanja iznosili gotovo 700 000 EUR ⁽²²⁴⁾. Konačno, sve osobe koje mogu imati poteškoće pri plaćanju svojeg računa ne ispunjavaju uvjete za pokrivanje troškova od strane CPAS-a ⁽²²⁵⁾. Međutim, na temelju svoje obveze pružanja univerzalne zdravstvene skrbi IRIS-H liječe pacijente za koje CPAS-i ne preuzimaju obvezu pokrivanja troškova. U takvoj situaciji IRIS-H šalju račun pacijentima koji u određenim slučajevima ne mogu platiti. Iz navedenoga proizlazi da se IRIS-H moraju suočiti s određenom količinom nenaplativih potraživanja koja je znatno viša nego kod drugih javnih i privatnih bolnica u Belgiji ⁽²²⁶⁾. IRIS-H procjenjuju da je 2010. njihov iznos poništenog duga iznosio prosjek za belgijske javne bolnice za oko (...) milijuna EUR.

- (189) Konačno, važno je staviti u kontekst financiranje predviđeno odjeljkom B8 BMF-a, koje se dodjeljuje bolnicama čiji pacijenti imaju slabi socio-ekonomski profil. Svrha tog ograničenog saveznog financiranja jest nadoknada dijela troškova povezanih sa „socijalnim pacijentima” (primjerice, zbog činjenice da ti pacijenti u prosjeku ostaju

⁽²²²⁾ U tim okolnostima valja naglasiti da, iako IRIS-H dostavljaju podatke o socijalnom statusu pacijenta, CPAS-i su ti koji odlučuju ispunjava li osoba uvjete za nadoknadu troškova liječenja. U ugovoru o „rezidentnosti u svrhu pružanja pomoći” također je utvrđeno da svaka bolnica IRIS „prikuplja, koliko je to moguće, prve elemente koji čine izvješće o socijalnom statusu osobe i dostavlja ih CPAS-u”.

⁽²²³⁾ Budući da prikupljanje podataka o socijalnom statusu predstavlja tek jednu od brojnih zadaća odjela za socijalni rad IRIS-H-a, taj trošak čini dio ukupnog opterećenja povezanog sa širom obvezom bolnica IRIS u području socijalnih usluga, što ćemo razložiti u nastavku (vidjeti uvodnu izjavu 213.).

⁽²²⁴⁾ Komisija primjećuje da se čini da je kamatna stopa koju primjenjuju IRIS-H u skladu s tržišnom kamatnom stopom iz tog razdoblja (odnosno, s početka 2011.). Trenutno (u 2016.) su kamatne stope znatno niže, što smanjuje troškove bolnica IRIS. Međutim, dulji rokovi plaćanja i dalje predstavljaju opterećenje za IRIS-H jer moraju premostiti jaz u pogledu likvidnosti između izlaznih i ulaznih plaćanja.

⁽²²⁵⁾ Nadoknade CPAS-a nisu automatske za siromašne pacijente, nego su rezultat procjene koju svaki CPAS provodi za svaki pojedinačni slučaj na temelju izvješća o socijalnom statusu (za hitne slučajeve). U tom okolnostima belgijske vlasti primjećuju da je CPAS tijekom triju prvih tromjesečja 2015. godine odbio 749 zahtjeva za nadoknadu koje su dostavile IRIS-H, što predstavlja neplaćeni iznos od oko 3 milijuna EUR. Tijekom 2012. CPAS-i su odbili isplatiti nadoknadu računa koju su zatražile IRIS-H u ukupnom iznosu od 4 174 200 EUR. Oko 80 % tih računa odnosilo se na skrb pruženu migrantima bez dokumenata.

⁽²²⁶⁾ Konkretno, iz izvješća koje je objavila banka Belfius vidljivo je da su tijekom 2010. neto troškovi kratkoročnih poništenih dugova (odnosno računa koji nisu plaćeni) u prosjeku predstavljali 0,28 % primanja privatnih bolnica u Belgiji i 0,40 % primanja javnih belgijskih bolnica. Za usporedbu, taj trošak jednakovrijedan je iznosu od 1,22 % prihoda IRIS-H, odnosno, triput je veći od prosjeka za javne bolnice.

dulje u bolnici od ostalih pacijenata), ali nije nadoknada za obvezu pružanja univerzalne skrbi. Financiranjem na temelju odjeljka B8 ne nadoknađuju se stvarni troškovi koje snose bolnice za liječenje socijalnih pacijenata (primjerice, neplaćeni računi socijalnih pacijenata, potreba za angažiranjem dodatnih socijalnih radnika). S druge strane, na temelju razredbe bolnica s obzirom na socio-ekonomski profil njihovih pacijenata (vidjeti uvodnu izjavu 185.) dodjeljuje se fiksni proračun (odnosno, oko 25 milijuna EUR godišnje za čitavu Belgiju). Budući da prva tri mjesta na toj ljestvici zauzimaju IRIS-H, te bolnice primaju veći iznos financijskih sredstava na temelju odjeljka B8 nego bolnice koje zauzimaju niža mjesta na ljestvici (kao što su privatne belgijske bolnice). Razlog zbog kojeg i javne i privatne bolnice u načelu imaju pravo na to financiranje jest činjenica da, čak i s obzirom na nepostojanje obveze pružanja univerzalne skrbi koju imaju IRIS-H, te bolnice mogu slobodno odabrati žele li liječiti socijalne pacijente. Imaju taj izbor jer određeni socijalni pacijenti mogu platiti liječenje ili su osigurani. Za socijalne pacijente obuhvaćene sustavom socijalnog osiguranja često se primjenjuju niže cijene, a INAMI plaća veći dio troškova, što smanjuje financijski rizik za bolnicu. Također se pokazalo da nisu svi CPAS-i u Belgiji odlučili osnovati svoju vlastitu bolnicu. Prema tome, kako bi ispunili svoju obvezu pružanja socijalne pomoći, CPAS-i se često mogu oslanjati na privatne bolnice. U takvim je slučajevima logično da će privatna bolnica liječiti određeni broj socijalnih pacijenata i da također može ostvariti financiranje na temelju odjeljka B8 predviđeno BMF-om. Međutim, u regiji glavnog grada Bruxellesa CPAS-i mogu računati na javne bolnice IRIS, što objašnjava zašto razredba iz uvodne izjave 185. pokazuje da je prosječni socio-ekonomski profil pacijenata privatnih briselskih bolnica znatno bolji od profila pacijenata IRIS-H-a. Zbog svih navedenih razloga financiranje na temelju odjeljka B8 BMF-a ne može se smatrati pokazateljem postojanja obveze pružanja univerzalne skrbi za sve belgijske bolnice.

Zaključak o obvezi pružanja univerzalne skrbi IRIS-H-a

- (190) Na temelju prethodno navedenih elemenata Komisija zaključuje da se obveza pružanja univerzalne skrbi primjenjuje samo na IRIS-H, da je predmetom jasno utvrđenog ovlaštenja i da je definirana u statutima IRIS-H-a i u strateškim planovima mreže IRIS sukladno zahtjevima Zakona o CPAS-u (vidjeti uvodne izjave 29. i 30.). Također se pojavljuje u razredbi bolnica utvrđenoj na temelju socio-ekonomskog profila njihovih pacijenata (vidjeti uvodnu izjavu 185.). Tom se obvezom jamči da će najpotrebitije osobe iz regije glavnog grada Bruxellesa primiti primjereno liječenje, čak i ako ne mogu platiti, uključujući u situacijama koje nisu hitni slučajevi. IRIS-H pružaju usluge zdravstvene skrbi koje odgovaraju potrebama lokalnog stanovništva. Kako je objašnjeno u prethodnoj uvodnoj izjavi, samo dio troškova povezanih s tom obvezom izravno je pokriven (primjerice, putem nadoknade troškova liječenja od strane CPAS-a). Zbog toga se preostali dio troškova pokriva nadoknadom deficita, što čini predmet ove odluke.

II. Obveza pružanja punog opsega osnovnih bolničkih usluga na različitim lokacijama

- (191) Belgijske vlasti smatraju da IRIS-H također imaju konkretnu obvezu pružanja niza osnovnih bolničkih usluga na različitim lokacijama u regiji glavnog grada Bruxellesa. Međutim, kako tvrde podnositelji pritužbe, nije jasno što je obuhvaćeno obvezom pružanja potpunog opsega osnovnih bolničkih usluga na različitim lokacijama, kao ni u kojoj mjeri ta obveza nameće dodatne troškove za IRIS-H. Međutim, podnositelji pritužbe ne tvrde da privatne bolnice u Bruxellesu imaju takvu obvezu.
- (192) Komisija tvrdi da LCH-om nije propisano da bolnice (javne ili privatne) moraju biti aktivne na različitim lokacijama. Upravo suprotno, mehanizmom bolničkog planiranja utvrđen je najveći broj bolničkih kreveta koji mogu biti stavljeni na raspolaganje u svakoj belgijskoj regiji. Za regiju glavnog grada Bruxellesa broj kreveta u (općim) bolnicama iznosi oko 7 260 i svaka briselska bolnica ovlaštena je staviti na raspolaganje određeni broj kreveta unutar navedene granice. U načelu, ako je kapacitet bolnice odobren u skladu sa sustavom planiranja, bolnica može slobodno odlučiti o raspoređivanju tih kreveta na samo jednoj lokaciji ili njihovoj podjeli na nekoliko lokacija u toj regiji, u mjeri u kojoj to želi. Isto tako, može odlučiti da će udvostručiti određene usluge ili nuditi samo određene vrste skrbi na svakoj lokaciji. U tim su okolnostima određene briselske privatne bolnice

slobodno odlučile da će biti aktivne na nekoliko lokacija, dok su druge aktivne na samo jednoj lokaciji ⁽²²⁷⁾. Međutim, privatne bolnice u svakom trenutku mogu odlučiti da će prerasporediti svoje krevete ili usluge na samo jednoj lokaciji ⁽²²⁸⁾. Također valja napomenuti da, u skladu s ograničenjima utvrđenim mehanizmom planiranja ⁽²²⁹⁾, privatne bolnice također mogu slobodno odlučiti o vrstama skrbi koje nude, što im daje mogućnost specijalizacije u najisplativijim oblicima zdravstvene skrbi ⁽²³⁰⁾.

Obveza pružanja usluga na različitim lokacijama koja se primjenjuje na IRIS-H

- (193) Što se tiče IRIS-H-a, općine i CPAS-i daju prednost održavanju lokalne ponude usluga skrbi u odnosu na koncentraciju bolničkih kreveta. Te su bolnice izričito odabrale pružati potpuni raspon osnovnih usluga skrbi na svim lokacijama, što s obzirom na nužno udvostručenje infrastrukture, opreme i aktivnosti dovodi do dodatnih troškova. Na temelju navedenog CPAS-i i općine tijekom restrukturiranja briselskih bolnica iz 1995. namjerno su odlučili sačuvati postojeće lokalne usluge bolnica koje se pružaju na različitim lokacijama, a koje predstavljaju potpuni raspon usluga, s obzirom na potrebe stanovništva. Ocijenili su da potreba za medicinskim i socijalnim uslugama koja predstavlja razlog za osnivanje javnih bolnica nije prestala postojati. U tim okolnostima valja napomenuti da se većina lokacija IRIS-H-a nalazi u najsiromašnijim općinama regije glavnog grada Bruxellesa (vidjeti također uvodnu izjavu 202.). Dakle, javne vlasti dobrovoljno su odustale od povećanja učinkovitosti, na štetu svojeg u potpunosti financijskog interesa, i odlučile su očuvati sve postojeće bolničke lokacije, iako su znale da se saveznim mjerama financiranja bolnicama neće pokriti svi troškovi (primjerice, zbog udvostručenja infrastrukture i troškova korištenja; vidjeti također uvodnu izjavu 203.). Taj je izbor potvrđen u strateškim planovima mreže IRIS i obvezuje IRIS-H na održavanje svih bolničkih lokacija kako bi pacijenti mogli primiti sve osnovne usluge skrbi što je bliže moguće mjestu stanovanja.
- (194) Odjeljak „Strukturne osi” strateškog plana mreže IRIS za razdoblje između 1996. i 2001. godine govori o sljedećem:

„Održavanje decentralizirane aktivnosti hospitalizacije i velike ambulantne pokrivenosti. Aktivnost će se održati na devet lokacija.” ⁽²³¹⁾ ⁽²³²⁾

(...)

„Održavanje osnovne djelatnosti na različitim lokacijama. Na taj način pacijenti, osobito stariji pacijenti, mogu i dalje primati usluge bolničke skrbi na razumnoj udaljenosti od njihova prebivališta.” ⁽²³³⁾

- (195) U strateškom planu za razdoblje između 1996. i 2001. također je istaknuto da IRIS-H prvenstveno liječe pacijente koji žive u blizini bolnica te se stoga smatraju „bolicama u blizini” ⁽²³⁴⁾. Osim toga, IRIS-H žele „povećati adekvatnost (svojih) usluga u odnosu na potrebe briselskog stanovništva, (...) te ojačati (svoju) pristupačnost svim slojevima društva, osobito onima u nepovoljnom položaju” ⁽²³⁵⁾.
- (196) U strateškom planu za razdoblje između 2002. i 2014. dodano je sljedeće:

„IRIS usvaja načelo organizacije usmjerene na pacijente, koja čini dio javne mreže ustanova koje međusobno surađuju kako bi zajamčile specijalizirane usluge zdravstvene skrbi dostupne unutar zajednice” ⁽²³⁶⁾.

⁽²²⁷⁾ Primjerice, privatna bolnica *Cliniques de l'Europe* ima lokaciju u Uccleu i lokaciju u Etterbeeku, dok privatna bolnica *Cliniques universitaires Saint-Luc* ima samo jedno lokaciju, u Woluwe-Saint-Lambertu.

⁽²²⁸⁾ Naravno, takav izbor može dovesti do troškova koje valja nadoknaditi povećanjem učinkovitosti ili koji se mogu opravdati na druge načine koje uprava privatnih bolnica smatra relevantnima.

⁽²²⁹⁾ Mehanizmom planiranja ne utvrđuje se samo ukupni broj bolničkih kreveta po regiji, nego se utvrđuju i ograničenja po vrsti usluge (primjerice, rođilište, gerijatrija, pedijatrija, psihijatrija itd.).

⁽²³⁰⁾ Primjerice, ne pružaju sve privatne bolnice gerijatrijske usluge, koje su manje isplative.

⁽²³¹⁾ Vidjeti odjeljak Strukturne osi (str. 6.). Isticanje dodano.

⁽²³²⁾ Strateški plan govori o devet lokacija umjesto njih jedanaest (što je sadašnji broj lokacija) jer dva bolnička kampusa sadrže po dvije bolnice, odnosno HUDERF i CHU-B na lokaciji *Victor Horta* u Laekenu i IB i CHU-SP na lokaciji *Porte de Hal* u Gradu Bruxellesu.

⁽²³³⁾ Vidjeti odjeljak „Strukturne osi” (str. 10.). Isticanje dodano.

⁽²³⁴⁾ Vidjeti odjeljak „Kontekst i okolina” (str. 21.). „(...) javne bolnice (IRIS-H), čija je djelatnost osnovna djelatnost u najmanje 80 %, jesu bolnice u blizini, koje privlače dobar dio pacijenata iz općine-majke i susjednih četvrti.”

⁽²³⁵⁾ Vidjeti odjeljak „Doprinosi ciljevi” (str. 74.). Isticanje dodano.

⁽²³⁶⁾ Vidjeti odjeljak „Projekt bolnice” (str. 36.). Isticanje dodano.

(197) Što se tiče skrbi unutar zajednica, u strateškom planu dodano je sljedeće:

„Uzimajući u obzir **zemljopisnu raspodjelu lokacija IRIS**, njihov učinak na pokrivanje općeg stanovništva, koje ponekad ima potrebu za socijalnom pomoći, prvi utvrđeni cilj jest **zajamčiti kvalitetnu i dostupnu medicinsku skrb unutar zajednice na svakoj lokaciji**.

Glavna zadaća bolnica IRIS — uz iznimku Instituta Bordet i Hôpital des Enfants (HUDERF) ⁽²³⁷⁾ koje su bolnice specijalizirane za jednu granu medicine – jest **ponuditi medicinsku skrb unutar zajednice, koja odgovara na lokalne zahtjeve pacijenata koji žive i susjednim općinama.**” ⁽²³⁸⁾

(198) U strateškom planu IRIS za razdoblje između 2002. i 2014. također je utvrđeno da, osim medicine unutar zajednice koja se odnosi na osnovnu skrb, IRIS-H također nude specijaliziranu skrb (drugim riječima, široku ili razvijeniju lepezu usluga ⁽²³⁹⁾). Međutim, te se usluge ne nude na svim lokacijama (iako se najčešće nude na nekoliko takvih lokacija) i čine predmet planiranja na razini mreže IRIS ⁽²⁴⁰⁾. Cilj je zajamčiti da stanovništvo Bruxellesa ima univerzalni pristup optimalnoj ponudi usluga skrbi (putem medicine unutar zajednice ili specijalizirane skrbi) ⁽²⁴¹⁾. Taj strateški plan također sadrži detaljne tablice, u kojima je utvrđena vrsta osnovnih usluga skrbi i specijaliziranih usluga za svaku lokaciju IRIS-H-a. Djelatnosti povezane s osnovnim uslugama skrbi izvršene su na „1. razinu – razinu unutar zajednice”, dok su specijalizirane djelatnosti izvršene na „2. razinu – razinu specijalizacije” i „3. razinu – referentnu razinu” ⁽²⁴²⁾. IRIS-H sasvim jasno znaju koje vrste skrbi moraju pružiti na svakoj lokaciji.

(199) Kako bi se zajamčilo da je svaka bolnica IRIS u potpunosti svjesna medicinskih i socijalnih potreba lokalnog stanovništva i da se sukladno tome njome upravlja, osnivanje bolnica IRIS stoga je izričito povezano s održavanjem „lokalne osnove” za javne usluge bolnica. O tome svjedoče sporazum o restrukturiranju potvrđen sporazumom o suradnji od 19. svibnja 1994. ⁽²⁴³⁾, kao i sastav upravljačkih tijela IRIS-H-a ⁽²⁴⁴⁾. Konkretno, sukladno članku 11. statuta, većinu članova glavne skupštine udruga bolnica IRIS bira općinski odbor i odbor za socijalne usluge (organiziran na razini općine), dok su gradonačelnik i predsjednik CPAS-a imenovani članovi po službenoj dužnosti. Isto tako, 10 od 14 članova upravnog odbora imenuju članovi delegacije javnih tijela u glavnoj skupštini (kako se zahtijeva člankom 27. statuta).

(200) Namjera o upravljanju bolnicama IRIS u skladu s medicinskim i socijalnim potrebama lokalnog stanovništva potvrđena je sjednicom upravnog odbora mreže IRIS od 20. studenoga 1996., tijekom koje su usvojene izmjene strateškog plana za razdoblje između 1996. i 2001., gdje je u tom pogledu jasno utvrđeno sljedeće:

„Ovaj skup ograničenja, koja zahtijevaju restrukturiranje, mora biti ispunjen u širem okviru naših strateških ciljeva. Ti ciljevi jesu sljedeći:

— mreža javnih bolnica IRIS mora biti temelj budućnosti briselskog zdravstvenog sustava;

— naše bolnice moraju se prilagođavati promjenama **potrebama briselskog stanovništva**;

⁽²³⁷⁾ Valja primijetiti da de dvije specijalizirane bolnice dijele kampus s drugom bolnicom IRIS (vidjeti bilješku 232.), što jamči pružanje svih vrsta osnovne zdravstvene skrbi na svakoj lokaciji. Dodana bilješka.

⁽²³⁸⁾ Vidjeti odjeljak „Projekt bolnice” (str. 53.). Istitanje dodano.

⁽²³⁹⁾ Na taj način Institut Bordet i HUDERF, koji pružaju prvenstveno specijaliziranu skrb, dopunjuju tri ostale bolnice IRIS kako bi odgovorile na potrebe u području zdravstvene skrbi lokalnog stanovništva.

⁽²⁴⁰⁾ Vidjeti odjeljak „Projekt bolnice” (str. 53.-54.).

⁽²⁴¹⁾ Vidjeti odjeljak „Projekt bolnice” (str. 62.).

⁽²⁴²⁾ Vidjeti odjeljak „Projekt bolnice” za opis tih razina (str. 37.) i tablice (str. 55.-59.).

⁽²⁴³⁾ U tom je pogledu u članku 2. sporazuma o suradnji između savezne države, regije glavnog grada Bruxellesa i Zajedničke općinske komisije utvrđeno sljedeće: „Ovaj pakt o restrukturiranju mora ispuniti sljedeće uvjete: 1. Mora sadržavati jamstva u pogledu **održavanja**, s jedne strane, **specifičnosti javnih bolnica** u odnosu na ostale javne bolnice izborom pravnih i koordinacijskih struktura kojima se jamči prednost javnog sektora u upravljačkim tijelima i postupcima donošenja odluke te, s druge strane, **lokalnih korijena, jačanjem zastupljenosti izravno izabranih predstavnika u sastavu upravljačkih tijela.**” (isticanje dodano)

⁽²⁴⁴⁾ Kako je navedeno u članku 125. Zakona o CPAS-u, osobe javnog prava uvijek raspoložu većinom glasova u različitim upravljačkim i upravnim tijelima udruge te u krovnoj strukturi IRIS.

- **restrukturiranje Mreže mora se provoditi za i oko pacijenta;**
- modernizacija Mreže mora se općenito temeljiti na novom poletu bolničke zajednice, a osobito na poletu liječničke zajednice.”

(201) U izmjenama je također dodano sljedeće:

„U tim se okolnostima restrukturiranjem mora zajamčiti sljedeće:

- provedba medicinskih aktivnosti i pružanje usluga skrbi na svim bolničkim lokacijama, sukladno našoj zadaći medicine u zajednici;
- ispunjavanje ciljeva financijske stabilnosti;
- skladan razvoj Mreže uz postizanje ravnoteže između općeg interesa i pojedinačnog interesa svakog subjekta;
- jačanje koordinacije i suradnje između subjekata u okviru Mreže;
- dostupnost Mreže i održavanje njezine javne prirode;
- (...) ⁽²⁴⁵⁾.”

Obveza pružanja usluga skrbi na različitim lokacijama: stvarna obveza pružanja usluge od općeg gospodarskog interesa koja se primjenjuje na IRIS-H

(202) Komisija je također ispitala argument podnositelja pritužbe u kontekstu predmeta o kojem je odlučivao Opći sud (vidjeti odjeljak 4.2.), a prema kojem potrebe u području skrbi u zajednici valja razmatrati s obzirom na veliki broj javnih i privatnih bolnica u regiji glavnog grada Bruxellesa. Kako je prethodno objašnjeno, mehanizmom bolničkog planiranja utvrđen je najveći broj kreveta u općim bolnicama u regiji glavnog grada Bruxellesa od 7 260 kako bi se izbjegla pretjerana ponuda medicinskih usluga. Taj je broj kreveta dostupan u javnim i privatnim bolnicama u svrhu odgovora na potrebe za bolničkom skrbi u regiji glavnog grada Bruxellesa. Međutim, u okviru mehanizma planiranja uzimaju se obzir samo medicinske potrebe na regionalnoj razini, ali ne i socijalne potrebe određenog stanovništva niti socijalno stanje u određenom zemljopisnom području. Te se socijalne potrebe ocjenjuju u sklopu politike socijalne skrbi CPAS-a (odnosno na općinskoj razini). Prethodnici IRIS-H-a uspostavljeni su kako bi se odgovorilo na socijalne potrebe, a nakon restrukturiranja različite lokacije IRIS zadržane su jer i dalje odgovaraju na stvarnu socijalnu potrebu (vidjeti uvodne izjave 82. do 84. i 91.). Budući da IRIS-H pružaju usluge od općeg gospodarskog interesa u području socijalne zdravstvene skrbi također postoji potreba i obveza za raspolaganjem različitim lokacijama. Za najpotrebitije stanovnike regije glavnog grada Bruxellesa nije bitno samo da mogu otići u bolnicu koja se nalazi u blizini njihova doma, nego i da su sigurni da će primiti skrb čak i ako ne mogu platiti i da mogu zatražiti pomoć socijalne službe. Obvezivanjem IRIS-H-a na zadržavanje različitih lokacija regija glavnog grada Bruxellesa i CPAS-i žele zajamčiti pružanje socijalnih zdravstvenih usluga što je bliže moguće mjestu na kojem postoji potreba. U tim okolnostima valja istaknuti da se deset od jedanaest lokacija IRIS-H-a nalazi u općinama u kojima prosječni prihodi ne premašuju srednju vrijednost ⁽²⁴⁶⁾ za regiju glavnog grada Bruxellesa. Međutim, pet od jedanaest bolničkih lokacija nalazi se u općinama u kojima su prosječni prihodi viši od te srednje vrijednosti ⁽²⁴⁷⁾. Kako je vidljivo iz karte navedene u nastavku ⁽²⁴⁸⁾ (vidjeti dijagram 3.), čini se da ne postoji značajno zemljopisno preklapanje između općih i sveučilišnih javnih (krugovi iscrtani točkastom linijom) i privatnih bolnica (krugovi iscrtani punom linijom) u regiji glavnog grada Bruxellesa. To dovodi do zaključka da činjenica da u regiji glavnog grada Bruxellesa djeluju brojne bolnice ne jamči pristup bolničkoj skrbi za sve stanovnike. Osim toga, kako je prethodno objašnjeno, IRIS-H su jedine bolnice u regiji glavnog grada Bruxellesa koje mogu pružati uslugu od općeg gospodarskog

⁽²⁴⁵⁾ Isticanje dodano.

⁽²⁴⁶⁾ Srednja prosječna primanja za godinu 2012. u 19 općina regije glavnog grada Bruxellesa iznosila su 13 746 EUR po stanovniku. Preostala lokacija bolnice IRIS nalazi se u Ixellesu, u kojemu prosječna primanja iznose 14 513 EUR, odnosno između srednje vrijednosti i trećeg kvartila (odnosno, 75. percentila) regije glavnog grada Bruxellesa. Izvor: Centar za informacije, dokumentaciju i istraživanje za Bruxelles (<http://www.briobrusseel.be/ned/webpage.asp?WebpageId=345>).

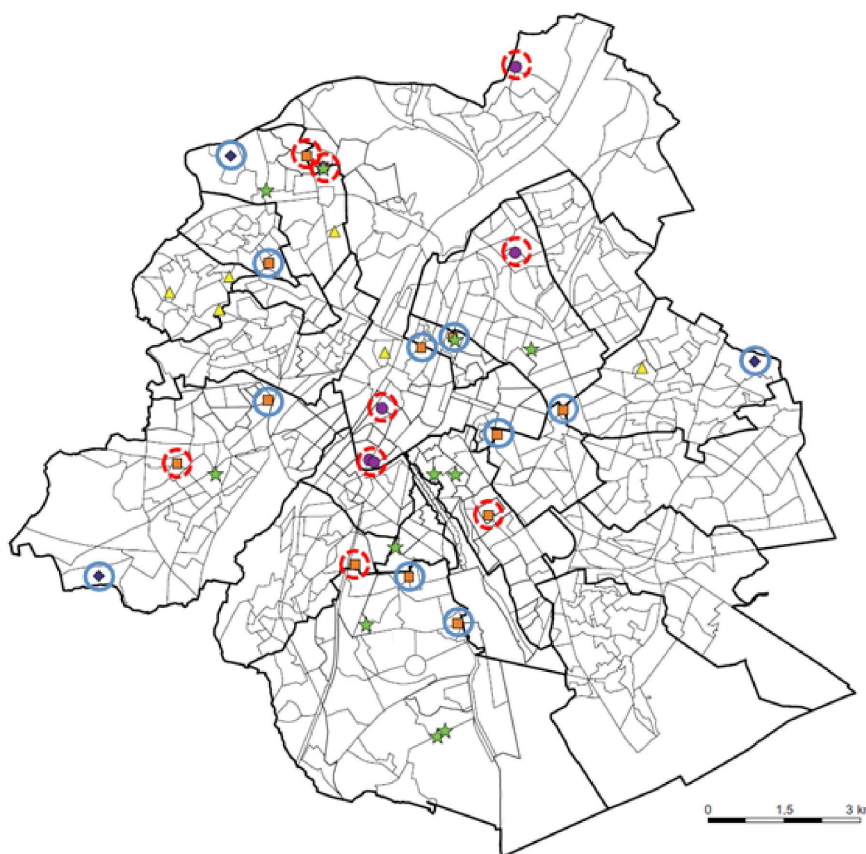
⁽²⁴⁷⁾ Tri od pet lokacija privatnih bolnica nalazi se u općinama u kojima prosječna primanja po stanovniku premašuju treći kvartil (odnosno 75. percentil) regije glavnog grada Bruxellesa.

⁽²⁴⁸⁾ Karta je prvotno objavljena u *Kontrolnoj ploči zdravlja u briselskoj regiji za 2010.* i održava stanje od 1. srpnja 2009. Komisija je dodala krugove i obrisala opću bolnicu s karte (Clinique des Deux Alice, koja se nalazi u Uccleu) jer je zatvorena krajem 2011. (njezine su aktivnosti prebačene na lokaciju u Sainte-Élisabethu privatne bolnice *Cliniques de l'Europe*). Jedna lokacija HIS-a (Baron Lambert u Etterbeeku) nije navedena na karti jer pruža tek ambulantnu skrb i ne raspolaze bolničkim krevetima obuhvaćenim mehanizmom planiranja.

interesa u području socijalne zdravstvene skrbi, zbog čega se ne može smatrati da su privatne bolnice jednako vrijedne u pogledu odgovaranja na socijalne potrebe lokalnog stanovništva. S obzirom na prethodna razmatranja, Komisija zaključuje da postojanje nekoliko privatnih bolnica u regiji glavnog grada Bruxellesa ne predstavlja razlog za sumnju u prirodu stvarne obveze pružanja usluge od općeg gospodarskog interesa obveze pružanja usluga na nekoliko lokacija koja se primjenjuje na IRIS-H, a ne na privatne briselske bolnice, osobito u svjetlu usluga od općeg gospodarskog interesa u području socijalne zdravstvene skrbi.

Dijagram 3.

Karte bolničkih lokacija u regiji glavnog grada Bruxellesa



Implantations hospitalières

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

Praktični učinak obveze pružanja skrbi na nekoliko lokacija koja se primjenjuje na IRIS-H

- (203) Obveza pružanja skrbi na nekoliko lokacija također se može smatrati opterećenjem za IRIS-H jer zbog nje moraju udvostručiti određenu infrastrukturu, što podrazumijeva veće troškove korištenja. Ti si troškovi prvenstveno

povezani s potrebom da svaka lokacija pruža usluge kao što su hitna služba, sterilizacijska služba, služba za nadzor i zaštitu i vlastita administracija. Financiranje BMF-a (vidjeti uvodnu izjavu 46.a) dodjeljuje se za samo jednu takvu uslugu u svakoj bolnici, neovisno o broju lokacija. Troškovima infrastrukture i opreme dodaju se troškovi korištenja koji se odnose na različite elemente (održavanje, grijanje, čišćenje itd.). Rezultati ispitivanja koje je 2009. provela krovna organizacija IRIS pokazuju da su troškovi povezani s obvezom pružanja skrbi na različitim lokacijama koji nisu pokriveni financiranjem BMF iznosili (...) milijuna EUR u 2008., odnosno (...) milijuna EUR u 2009. za pet bolnica IRIS u cijelosti.

Zaključak o obvezi pružanja usluga na različitim lokacijama koja se primjenjuje na IRIS-H

- (204) Komisija zaključuje da, na temelju strateških planova IRIS, IRIS-H imaju jasnu obvezu 1.) održavanja svih bolničkih lokacija kako bi mogle odgovoriti na medicinske i socijalne potrebe lokalnog stanovništva i 2.) pružanja potpunog raspona osnovnih usluga skrbi na svim lokacijama. Konkretno, strateškim planom IRIS utvrđene su aktivnosti koje se smatraju osnovnim uslugama skrbi i specijaliziranim uslugama skrbi te je za svaku lokaciju bolnice IRIS navedeno koje vrste usluga skrbi mora pružati. Osim toga, odredbe statuta IRIS-H-a i Zakona o CPAS-u jamče da su IRIS-H u potpunosti upoznate s medicinskim i socijalnim potrebama lokalnog stanovništva i da se njima upravlja u skladu s time. Nadalje, obveza pružanja skrbi na različitim lokacijama premašuje zahtjeve LCH-a i mehanizma planiranja jer taj mehanizam ne uzima u obzir socijalne potrebe određenog stanovništva niti socijalno stanje u određenoj zemljopisnoj zoni. Dakle, privatne bolnice nisu obveze djelovati na nekoliko lokacija niti pružati potpuni raspon osnovnih usluga skrbi na svakoj lokaciji (ako odluče djelovati na različitim lokacijama). Konačno, kako je objašnjeno u prethodnoj uvodnoj izjavi, obveza pružanja skrbi na različitim lokacijama dovodi do nastanka nezanemarivih troškova za IRIS-H, koje ne pokriva BMF i koji zbog toga doprinose deficitu IRIS-H-a.

III. Obveza pružanja proširenih socijalnih usluga

- (205) Konačno, belgijske vlasti smatraju da IRIS-H imaju obvezu pružanja proširenih socijalnih usluga pacijentima i njihovim obiteljima. Kako tvrde podnositelji pritužbe, čini se da se obveza sastoji samo od određenog obujma socijalnih usluga većeg od obujma koji nude druge bolnice. U tim okolnostima valja istaknuti da opća obveza pružanja socijalnih usluga unutar bolnice nije utvrđena ni LCH-om ni uvjetima za odobrenje bolnica (na temelju kraljevskog ukaza od 23. listopada 1964.). Intervencija socijalnih radnika predviđena je tek na temelju nekoliko izoliranih pravila o određenim uslugama bolnica (gerijatrijskoj i pedijatrijskoj službi ⁽²⁴⁹⁾). Nadalje, pravilom koje se odnosi na sveučilišne bolnice predviđeno je postojanje socijalnog radnika samo za 2 000 primljenih osoba ⁽²⁵⁰⁾. Osim te konkretne situacije, privatne bolnice nemaju nikakvu obvezu pružanja socijalnih usluga svim svojim pacijentima. S druge strane, na temelju strateških planova IRIS, IRIS-H obvezne su raspolagati socijalnim službama koje pomažu svim pacijentima koji imaju potrebu za time.

Obveza pružanja proširenih socijalnih usluga koja se primjenjuje na IRIS-H

- (206) Strateški plan IRIS za razdoblje između 1996. i 2001. donosi opći kontekst pružanja medicinske pomoći pacijentima unutar IRIS-H-a, uključujući u pogledu psiho-socijalnih i okolišnih aspekata:

„Pružanje medicinske pomoći pacijentima: Pacijent se ne smije svesti na bolest zbog koje zahtijeva skrb. Određene kategorije pacijenata moraju primiti **potpunu medicinsku pomoć**, kako s posve medicinskog gledišta, **tako i s psiho-socijalnih i okolišnih gledišta**: radi se o gerijatrijskim pacijentima, pedijatrijskim pacijentima, terminalnim pacijentima, psihijatrijskim pacijentima, **pacijentima u socijalno nepovoljnom položaju** itd. ⁽²⁵¹⁾.”

⁽²⁴⁹⁾ Primjerice, prilogom 19 Kraljevskom ukazu od 23. listopada 1964. (belgijski Službeni list od 7. studenoga 1964., str. 11709.) predviđeno je da neuropsihijatrijske službe koje liječe odrasle pacijente moraju raspolagati najmanje jednim socijalnim pomoćnikom na 120 pacijenata.

⁽²⁵⁰⁾ Kraljevski ukaz od 15. prosinca 1978. o posebnim normama za sveučilišne bolnice (belgijski Službeni list od 4. srpnja 1979., str. 7818.).

⁽²⁵¹⁾ Vidjeti odjeljak Strukturne osi (str. 6.). Isticanje dodano.

(207) Usluga socijalnih službi i njihove glavne zadaće detaljno su opisani u tom planu:

„Bolnice (IRIS) moraju pružati socijalne usluge čija je glavna zadaća doprinos dobrobiti pacijenata, kvaliteti medicinske skrbi i nesmetanom funkcioniranju ustanove. Socijalna služba jest suradnik izvršnog direktora i partner svih bolničkih službi. Odgovorna je za postizanje humanijih uvjeta boravka (pacijenata u bolnici). Mora rješavati socijalne poteškoće pacijenata, ako je to moguće prije, ali i tijekom boravka i nakon izlaska iz bolnice. Predstavlja posebnu poveznicu između pacijenta, bolnice, obitelji i okoline pacijenta. Kako bi to postigla, mora:

- raspolagati vremenom i stručnim kadrom koji će ocijeniti potrebe pacijenta s njim, njegovim bližnjima i osobama koje pružaju skrb te s njim osmisliti prikladne odgovore,
- imati pristup spisima o prijmu i medicinskom kartonu pacijenta, u kojemu može navesti socijalne pokazatelje koji mogu pridonijeti kvaliteti skrbi,
- biti informirana o tome kada je došlo do prebacivanja ili otpuštanja pacijenta kako bi provela potrebne odredbe,
- dati mišljenje o pacijentima koji pokazuju složene profile i patologije,
- zajedno s financijskim službama, provoditi zakonske mehanizme, pri čemu se podrazumijeva da je granica njezine intervencije utvrđena profesionalnim etičkim normama odnosa usmjerenog na pacijenta u svim socijalnim aspektima,
- **zajamčiti koordinaciju s CPAS-ima,**
- prepoznati postojeće socijalne i zdravstvene mreže,
- predložiti poboljšanja u pogledu rada bolnice,
- raspolagati infrastrukturom koja jamči povjerljivost komunikacije i podataka.

Zadaća socijalne medicine, odnosno zadaća javnih bolnica, podrazumijeva da te bolnice provode koordinaciju aktera iz zdravstvenog sektora, da sudjeluju u zdravstvenim i socijalnim zadaćama ili ih potiču te da izravno sudjeluju u stvaranju dodatnih usluga IRIS **potrebnih za ispunjavanje potreba stanovništva** (hotel za skrb, hotel za obitelji, palijativna skrb u domu, strukture za ovisnike o drogama i beskućnike, usluge skrbi u domu itd.). Također provode akreditaciju tijela s kojima surađuju ⁽²⁵²⁾.

(208) Prema tom strateškom planu, socijalna služba također može imati važnu ulogu prilikom prijma pacijenata:

„Prihvat valja osmisliti na različite načine ovisno o tome zahtijeva li pacijent hitnu skrb, savjetovanje ili prijam; u svakom slučaju, prihvat mora zajamčiti diskreciju i udobnost pacijenata i doprinijeti umirivanju pacijenta i njegove obitelji. **U tom pogledu socijalne službe u našim bolnicama imaju primarnu ulogu.**” ⁽²⁵³⁾

(209) U strateškom planu IRIS za razdoblje između 2002. i 2014. dodano je sljedeće:

„Socijalna služba neophodna je za javnu bolnicu i prati pacijente, kako one ambulantne, tako i one hospitalizirane. Sastoji se od pružanja pomoći pacijentima i njihovim obiteljima kako bi riješili administrativne, financijske, odnosne i socijalne probleme i poteškoće povezane sa stanjem bolesti, s boravkom i liječenjem u bolnici, kao i s novim mogućnostima i situacijama.

Socijalna služba:

- prati pacijente u njihovoj autonomiji i neovisnosti,

⁽²⁵²⁾ Vidjeti odjeljak Doprinoseci ciljevi (str. 54.-55.). Isticanje dodano.

⁽²⁵³⁾ Vidjeti strateški plan 1996.–2000., odjeljak „Strukturne osi” (str. 10.). Isticanje dodano.

— nastoji integrirati u opću njegu norme, vrijednosti i kulturu pacijenta; dakle, obuhvaća administrativnu pomoć, psiho-socijalnu pomoć, informiranje, sprječavanje, podizanje razine osviještenosti, suradnju i koordinaciju. **Socijalna služba provodi svoju djelatnost na različitim razinama ovisno o tome trebaju li pacijenti socio-materijalnu, socio-administrativnu ili psiho-socijalnu pomoć;**

— zahtijeva vještine koje se odnose na teorijska i tehnička znanja, kao i osobne i odnosne kvalitete.

(...)

Dakle, **zadaje socijalne službe su višestruke:**

— mora zajamčiti **ulazak pacijenta u bolnicu** i pripremiti njegov **odlazak, u najboljim uvjetima, prema prikladnom mjestu za život,**

— **mora pomoći pacijentu da pronađe socijalno osiguranje koje mu omogućuje da pokrije svoje zdravstvene troškove.**

Socijalna služba i svi socijalni radnici nastoje ispuniti iste ciljeve i interese kao i bolnica, a njihovo djelovanje ima **učinak na smanjenje broja boravaka u bolnici i na mogućnost bolnice da nadoknadi svoje troškove.**" ⁽²⁵⁴⁾

(210) Uloga socijalnih službi u povratu troškova liječenja od CPAS-a (vidjeti također uvodnu izjavu 187.) također je potvrđena u tekstu strateškog plana IRIS 2002. – 2014. U njemu je osobito istaknuto da je jedna od zadaća socijalne službe pripremanje ispitivanja o solventnosti pacijenata:

„Socijalna služba priprema računalni socijalni spis u kojem se mogu pratiti pacijenti u mreži (IRIS). Provodi **ispitivanja solventnosti** (pacijenata), ispunjava šifre „V” RCM-a ⁽²⁵⁵⁾ i ostale registre propisane zakonodavstvom. Taj (socijalni) spis mora biti u što je većoj mogućoj mjeri povezan s medicinskim kartonom i sa središnjim informatičkim sustavima. Registar socijalnog spisa mora moći tvoriti tablicu socijalnih zadaća javne bolnice (IRIS) ⁽²⁵⁶⁾.”

(211) Ti se zadaci odnose na prikupljanje informacija potrebnih za „ispitivanja o socijalnom statusu” potrebna kako bi se utvrdilo ispunjavaju li pacijenti uvjete CPAS-a za pokrivanje medicinskih troškova (vidjeti također uvodne izjave 187. – 188.). Konkretno, socijalni radnici bolnice prikupljaju korisne informacije ⁽²⁵⁷⁾ kako bi CPAS u skladu sa svojim zakonskim obvezama ⁽²⁵⁸⁾ mogao provjeriti imovinsko stanje pacijenta te prema tome zaključiti je li opravdan povrat troškova od strane CPAS-a.

Praktični učinak obveze pružanja proširenih socijalnih usluga koja se primjenjuje na IRIS-H

(212) Osoblje socijalnih službi IRIS-H-a prošlo je potrebno osposobljavanje i slijedi etički kodeks struke, uzimajući u obzir njegovu ulogu poveznice između različitih službi unutar bolnice (među ostalima, liječnika, medicinskih sestara, računovodstva i osoblja koje radi na prijmu) ili izvan bolnice (primjerice, služba za socijalnu sigurnost, skrb i pomoć u domu, jezični i kulturni aspekti).

⁽²⁵⁴⁾ Vidjeti odjeljak „Konkretne zadaje javne bolnice” (str. 82.). Istanje dodano.

⁽²⁵⁵⁾ RCM, minimalni klinički sažetak, jest sažetak povijesti bolesti pacijenta koje opće bolnice moraju voditi od 1990. Između ostaloga koristi se za utvrđivanje potrebe za bolničkom opremom, kako bi se definirale kvalitativne i kvantitativne norme za akreditaciju bolnica i njihovih usluga te radi organizacije financiranja bolnica. Šifre V odnose se na čimbenike koji utječu na zdravstveno stanje pacijenta i kontakt sa zdravstvenim službama. Te se šifre mogu koristiti za ukazivanje na socio-ekonomske, pravne ili obiteljske probleme i mogu imati učinak na boravak pacijenta.

⁽²⁵⁶⁾ Vidjeti odjeljak Konkretne zadaje javne bolnice (str. 83.). Istanje dodano.

⁽²⁵⁷⁾ Primjerice, tijekom 2012. socijalni radnici IRIS-H-a prikupili su informacije u okviru 25 749 ispitivanja o socijalnom statusu. To predstavlja oko 5,4 % pacijenata hospitaliziranih te godine.

⁽²⁵⁸⁾ Ta obveza proizlazi iz članka 60. stavka 1. Zakona o CPAS-u, članka 9.a Zakona od 2. travnja 1965. (za moguću nadoknadu od strane savezne javne službe za socijalnu integraciju u CPAS, ako su ispunjeni određeni uvjeti) i okružnice od 25. ožujka 2010. o socijalnom ispitivanju (belgijski Službeni list od 6. svibnja 2010., str. 25432.).

- (213) Kako bi ocijenila troškove socijalnih usluga, mreža IRIS usporedila je stvarni trošak socijalnih radnika zaposlenih u bolnicama IRIS s razumnom razinom koja odgovara socijalnom radniku za 2 000 primljenih pacijenata (što je obveza koja se primjenjuje na sveučilišne bolnice). Ta analiza pokazuje da pet IRIS-H-a zapošljava 8,1 socijalnih radnika ⁽²⁵⁹⁾, dok bi na osnovi razumne razine zapošljavali tek 36,7. Dakle, razlika iznosi 44,4, što znači da IRIS-H zapošljava više nego dvostruko veći broj socijalnih radnika nego je to predviđeno pravilom koje se primjenjuje na sveučilišne bolnice. To pokazuje da zahtjevi strateških planovi obvezuju IRIS-H na pružanje lepeze socijalnih usluga koja je veća od minimuma (primjerice, za gerijatrijske ili psihijatrijske usluge) koji se primjenjuje na ostale, nesveučilišne bolnice (neovisno o tome jesu li javne ili privatne). Činjenica da privatne briselske nesveučilišne bolnice također zapošljavaju socijalne radnike prije se može objasniti tim minimalnim zahtjevima nego globalnom obvezom pružanja socijalnih usluga pacijentima. Isto tako, kako je prethodno objašnjeno, IRIS-H premašuju osnovni zahtjev za socijalnog radnika na svakih 2 000 pacijenata, koji se primjenjuje na belgijske sveučilišne bolnice. Dakle, 2010. nefinancirani trošak socijalnih službi IRIS-H-a iznosio je (...) milijuna EUR ⁽²⁶⁰⁾. Stoga obveza pružanja proširenih socijalnih usluga predstavlja značajni teret za IRIS-H koji privatne briselske bolnice ne moraju preuzeti.

Zaključak o obvezi pružanja proširenih socijalnih usluga koja se primjenjuje na IRIS-H

- (214) S obzirom na prethodna razmatranja, Komisija zaključuje da, za razliku od privatnih briselskih bolnica, IRIS-H imaju obvezu zajamčiti proširenu socijalnu uslugu, kojom pomažu pacijentima i njihovim obiteljima da riješe administrativne, financijske, odnosne i socijalne probleme. Ta je obveza definirana u strateškim planovima IRIS, kojima je povjerena bolnicama IRIS. Postojanje te obveze pružanja proširenih socijalnih usluga podrazumijeva veliki broj socijalnih radnika zaposlenih u bolnicama IRIS, koji je znatno veći od broja u drugim belgijskim bolnicama. Zadaće socijalnih službi bolnica IRIS među ostalim jesu rješavanje prethodno navedenih poteškoća s kojima se pacijenti suočavaju ne samo tijekom svojeg boravka, nego i nakon izlaska iz bolnice, pružanje pomoći pacijentima u ishođenju pokrića socijalne sigurnosti koje omogućuje plaćanje medicinskih troškova, provođenje ispitivanja o socijalnom stanju i razmjena informacija s ostalim službama bolnice, kao i s CPAS-ima. Ta obveza i trošak koji predstavlja usko su povezani s drugim obvezama koje čine uslugu od općeg gospodarskog interesa u području socijalne zdravstvene skrbi (vidjeti uvodnu izjavu 167.). Budući da IRIS-H imaju obvezu liječiti sve pacijente u svim okolnostima neovisno o tome mogu li platiti liječenje, te bolnice imaju veću potrebu za socijalnim radnicima. Upravo potrebiti pacijenti i njihove obitelji imaju potrebu za dodatnim socijalnim uslugama i za njih valja provesti uvid u socijalno stanje. Osim toga, budući da IRIS-H imaju obvezu održavati različite lokacije, broj socijalnih radnika veći je od broja koji se može razumno očekivati (odnosno jednog socijalnog radnika na 2 000 primljenih pacijenata; vidjeti uvodnu izjavu 213.).

IV. Zaključak o dodatnim obvezama

- (215) Komisija zaključuje da IRIS-H pružaju uslugu od općeg gospodarskog interesa u području socijalne zdravstvene skrbi koja, osim njihove osnovne zadaće bolnice, obuhvaća obvezu (1.) liječenja svih pacijenata u svim okolnostima (uključujući u situacijama koje ne predstavljaju hitni slučaj), neovisno o tome mogu li pacijenti platiti liječenje, (2.) pružanja potpunog raspona osnovne bolničke skrbi na nekoliko lokacija te (3.) pružanja medicinske skrbi putem proširene pomoći koju pružaju njihove proširene socijalne službe. Ovaj spoj obveza jamči ispunjenje konkretnih socijalnih potreba briselskog stanovništva u području bolničkih usluga te jamči pristup kvalitetnoj bolničkoj skrbi svima, osobito najpotrebitijima. Slična dodatna obveza ne primjenjuje se na privatne briselske bolnice, koje su zadužene isključivo za obavljanje osnovne zadaće bolnice definirane LCH-om. Dakle, samo IRIS-H pružaju usluge od općeg gospodarskog interesa u području socijalne zdravstvene skrbi jer samo one imaju obvezu ispunjavanja strožih i širih obveza osim minimalnih zahtjeva (odnosno, osnovne zadaće bolnice), koje se primjenjuju na sve bolnice u Belgiji u skladu s LCH-om. Provedba te usluge od općeg gospodarskog interesa u području socijalne zdravstvene skrbi podrazumijeva značajne troškove IRIS-H-a koji nisu, ili su tek djelomično, pokriveni općinskim izvorima financiranja javnih i privatnih bolnica i koji zbog toga

⁽²⁵⁹⁾ Ova brojka predstavlja broj ekvivalenata punog radnog vremena.

⁽²⁶⁰⁾ BMF-om je predviđeno financiranje za sve socijalne radnike (za područja kao što je gerijatrija, u kojima postoji minimalni zahtjev), no ono je 2010. iznosilo tek 400 000 EUR.

dovode do nastanka deficita koje su prijavile njihove IRIS-H. Kako bi zajamčili kontinuitet svojih javnih bolnica, predmetni briselski CPAS-i i općine moraju nadoknaditi deficite IRIS-H-a, kako je opisano u točkama 7.3.4.4. i 7.3.5. ove odluke.

7.3.4.2. Ovlašteni poduzetnik i, ako je to potrebno, predmetno područje

- (216) Svaka bolnica IRIS ima vlastiti statut, u kojem je utvrđena njezina svrha, i vlastite strateške planove IRIS, koji se primjenjuju na svaku od pet bolnica IRIS. Osim toga, kao i sve belgijske bolnice, IRIS-H dobile su pojedinačno odobrenje potrebno za potraživanje drugih vrsta javnog financiranja (kao što je BMF). U tim ovlaštenjima nije utvrđeno zemljopisno područje za pružanje njihove usluge od općeg gospodarskog interesa.

7.3.4.3. Isključiva ili posebna prava

- (217) IRIS-H ne uživaju nikakva isključiva ili posebna prava.

7.3.4.4. Mehanizam dodjele nadoknade

- (218) Mehanizam nadoknade deficita opisan je u članku 46. statuta svake od pet bolnica IRIS. Taj članak trenutačno glasi kako slijedi (vidjeti također bilješku na stranici 8.):

„Ne dovodeći u pitanje članak sto deveti LCH-a, dobit financijske godine dijeli se između partnera koji posjeduju najmanje petinu ukupnog broja glasova Glavne skupštine, prema nahođenju Glavne skupštine.”

- (219) Iz članka 46. statuta IRIS-H-a jasno proizlazi sljedeće:

- ta nadoknada deficita ne dovodi u pitanje mehanizam predviđen člankom 109. LCH-a (u sadašnjem članku 125. LCH-a u inačici zakona od 10. srpnja 2008.), kojim je utvrđeno da općine moraju pokrivati deficit svojih javnih bolnica, uz iznimku određenih aktivnosti ⁽²⁶¹⁾. Međutim, kako je objašnjeno u nastavku (vidjeti uvodnu izjavu 235.), nadoknada deficita iz članka 109. nema stvarni učinak na predmetni slučaj jer IRIS-H neposredno nakon primitka nadoknađuju te iznose općini;
- iznos koji valja pokriti jest iznos naveden u računima bolnice (odnosi se na čitavi obračunski deficit bolnice i obuhvaća rezultat povezanih aktivnosti bolnice IRIS; također vidjeti uvodnu izjavu 41.). Protivno članku 109. LCH-a, člankom 46. statuta IRIS-H-a nisu isključene određene aktivnosti iz deficita. Međutim, također je jasno da nadoknada ne smije premašivati iznos obračunskog deficita jer je ograničena na rezultat financijske godine;
- samo partneri koji posjeduju petinu glasa na glavnoj skupštini obvezni su pridonijeti pokrivanju deficita. U praksi to znači da samo općine i CPAS-i moraju zajamčiti to pokriće ⁽²⁶²⁾.

- (220) Budući da IRIS-H pružaju samo jednu uslugu od općeg gospodarskog interesa i povezane aktivnosti, člankom 46. statuta svake bolnice IRIS utvrđen je jasan mehanizam nadoknade, iz kojeg je vidljivo da rezultat financijske godine (bez ikakve iznimke) mora biti pokriven. Taj se rezultat utvrđuje na temelju jasnog skupa računovodstvenih načela koja se primjenjuju na isti način na belgijske javne i privatne bolnice. Nadalje, svaka bolnica dužna je (na temelju članaka 80. do 85. LCH-a) imenovati neovisnog revizora, koji provjerava račune i rezultate (vidjeti uvodnu izjavu 49.).

⁽²⁶¹⁾ Kraljevskim ukazom (sadašnjim ukazom od 8. ožujka 2006.) utvrđena je metoda izračuna deficita koji općine moraju pokriti na temelju članka 109. LCH-a.

⁽²⁶²⁾ Udruga koja zastupa liječnike iz predmetne bolnice i, ako je to slučaj, Slobodno sveučilište u Bruxellesu ili Vrije Universiteit Brussel uvijek posjeduju manje od 20 % glasova u lokalnim udrugama IRIS-H-a. Isto tako, od 2000. općina i CPAS iz Jettea članovi su udruge CHU Brugmann; međutim, budući da posjeduju manje od 20 % glasova u toj udruzi, ne doprinose pokrivanju deficita. Konačno, od financijske godine 2014. općina i CPAS iz Schaerbeeka također posjeduju manje od 20 % glasova u udruzi CHU Brugmann i također ne pridonose pokrivanju deficita te bolnice. To znači da od 2014. samo Grad Bruxelles i njegov CPAS imaju obvezu pokrivanja deficita bolnice CHU Brugmann.

- (221) Budući da se njime zahtijeva pokrivanje čitavog deficita IRIS-H-a, članak 46. statuta premašuje minimalni zahtjev predviđen člankom 109. LCH-a. Razlog za to potpuno pokrivanje za pružanje usluge od općeg gospodarskog interesa i povezanih usluga ⁽²⁶³⁾ jest činjenica da briselske javne vlasti u svakom trenutku žele zajamčiti kontinuitet i održivost IRIS-H-a (vidjeti uvodnu izjavu 91.). Dakle, članak 46. slijedi logiku članka 61. Zakona o CPAS-u, koji glasi kako slijedi:

„Centar može koristiti mogućnost suradnje osoba, ustanova ili službi koje, budući da su ih osnovale javne vlasti ili privatna inicijativa, raspoložu potrebnim sredstvima za izvršenje različitih rješenja koja se nameću, poštujući pritom slobodni izbor zainteresirane strane.

Centar može pokriti eventualne troškove takve suradnje ako nisu pokriveni u skladu s nekim drugim zakonom, uredbom, ugovorom ili sudskom odlukom.”

- (222) Konačno, kako je prethodno objašnjeno (vidjeti uvodne izjave 22. i 44.), općine su obvezne pokriti deficite svojih CPAS-a. Prema tome, općina ima konačnu dužnost pokrivanja čitavog deficita svoje javne bolnice.

7.3.4.5. Načini povrata mogućih prekomjernih nadoknada i sredstva za izbjegavanje plaćanja prekomjernih naknada

- (223) Kako je objašnjeno u nastavku, mehanizam nadoknade deficita djeluje na način da je rizik od prekomjernih nadoknada izrazito ograničen (vidjeti uvodnu izjavu 247.). Osim toga, Zakonom od 14. studenoga 1983. (vidjeti uvodne izjave 248. do 250.) i Zakonom o CPAS-u (vidjeti uvodne izjave 251. i 252.) općinama su stavljena na raspolaganje pravna sredstva potrebna za nadzor prekomjernih nadoknada te, ako je to potrebno, povrat prekomjernih nadoknada.

7.3.4.6. Upućivanje na Odluku o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

- (224) Člankom 4. točkom (f) Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. utvrđeno je da ovlaštenje mora sadržavati pozivanje na tu Odluku. Člankom 10. točkom (a) iste Odluke predviđeno je prijelazno razdoblje od deset godina za sustave potpore provedene prije 31. siječnja 2012. spojive s unutarnjim tržištem na temelju Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2005. Zbog toga je u ovom slučaju pozivanje na Odluku o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. uvedeno tek 2014. godine. Od 2014. godine sve odluke briselskih općina o provedbi plaćanja u korist bolnice IRIS na temelju članka 46. statuta IRIS-H također sadrži upućivanje na Odluku o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. Osim toga, valja napomenuti da je upućivanje na Odluku o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. dodano članku 108. aktualne inačice LCH-a putem Zakona od 10. travnja 2014. ⁽²⁶⁴⁾. Konkretno, tim je člankom utvrđeno da sve odluke o iznosu BMF-a koji se dodjeljuje bolnici moraju sadržavati izričito upućivanje na Odluku o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. Stoga Komisija zaključuje da je taj službeni uvjet ispunjen.

7.3.5. Nadoknada

- (225) Drugi uvjet spojivosti predviđen Odlukom o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. jest taj da iznos nadoknade isplaćene za pružanje usluge od općeg gospodarskog interesa ne smije premašivati iznos nužan za pokrivanje neto troškova nastalih izvršenjem obveza javne usluge, uključujući razumnu dobit ⁽²⁶⁵⁾. Osim toga, Odlukom o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. definiran je način izračuna neto troškova (definiranjem troškova i prihoda koji se mogu uzeti u obzir) i način utvrđivanja razumne dobiti te se zahtijeva da poduzetnik koji provodi aktivnosti obuhvaćene uslugom od općeg gospodarskog interesa i izvan nje vodi odvojena knjigovodstvena konta za aktivnosti povezane s uslugom od općeg gospodarskog interesa i za druge aktivnosti ⁽²⁶⁶⁾.
- (226) U ovom slučaju IRIS-H obavljaju samo jednu uslugu od općeg gospodarskog interesa i prethodno opisane ograničene aktivnosti povezane s tom uslugom (vidjeti uvodne izjave 41. i 155.). Budući da provode te aktivnosti (uslugu od općeg gospodarskog interesa i ograničene povezane aktivnosti), IRIS-H stvaraju troškove koji su uvelike ⁽²⁶⁷⁾ prethodno opisanim različitim izvorima javnog i privatnog financiranja (vidjeti uvodnu izjavu 46.). Međutim, kako je opisano u nastavku (vidjeti tablice 3. do 7.), tijekom većine godina od 1996. nadalje, provedba aktivnosti IRIS-H-a dovela je do nastanka deficita. Komisija ocjenjuje da su ti deficiti preostali neto troškovi

⁽²⁶³⁾ Svi prihvatljivi troškovi za pružanje usluge od općeg gospodarskog interesa i povezanih usluga predstavljaju troškove javne usluge, uključujući trošak povezanih aktivnosti.

⁽²⁶⁴⁾ Belgijski službeni list od 30. travnja 2014., str. 35442. Primjenjivo od 10. svibnja 2014.

⁽²⁶⁵⁾ Članak 5. Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

⁽²⁶⁶⁾ Članak 5. stavci 2. do 9. Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

⁽²⁶⁷⁾ Između 2007. i 2011., u prosjeku (...) % troškova IRIS-H-a pokriveno je tim financiranjem.

(odnosno, dio neto troškova koji nije obuhvaćen izvorima financiranja opisanim u uvodnoj izjavi 46.) usluge od općeg gospodarskog interesa i ograničenih povezanih aktivnosti koje provode IRIS-H. Nadoknadom troškova općine pokrivaju tek neto preostali trošak koji su IRIS-H pretrpjele tijekom izvršenja usluge od općeg gospodarskog interesa i povezanih ograničenih aktivnosti i ne ostvaruju razumnu dobit. Prema tome, sukladno samoj definiciji, nadoknada deficita IRIS-H-a ne smije dovesti i nije dovela do stvarne prekomjerne nadoknade (vidjeti također uvodne izjave 234. do 245. ove odluke).

- (227) Na temelju članka 77. LCH-a, sve su bolnice dužne voditi odvojene račune, u kojima je prikazan trošak svake usluge. Primjenjiva računovodstvena načela za javne i privatne bolnice utvrđena su Kraljevskim ukazom od 19. lipnja 2007. ⁽²⁶⁸⁾. Na temelju tog Kraljevskog ukaza, evidencija o nebolničkim aktivnostima (u ovom su slučaju to povezane aktivnosti prethodno opisane u uvodnim izjavama 41. i 155.) mora se voditi odvojeno (konkretno, mora se bilježiti pod računovodstvenim šiframa 900. do 999.; vidjeti također uvodnu izjavu 49.). Komisija je primila potvrde neovisnih revizora svake bolnice IRIS, kojima se potvrđuje da je računovodstveno razdvajanje provedeno u skladu sa zahtjevima belgijskog prava ⁽²⁶⁹⁾. Prema tome, Komisija zaključuje da je obveza računovodstvenog razdvajanja propisana člankom 5. stavkom 9. Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. ispunjena.
- (228) Kako je prethodno objašnjeno (vidjeti uvodnu izjavu 44.), temeljem članka 46. statuta IRIS-H-a, briselske općine i CPAS-i dužni su pokriti čitavi obračunski deficit svojih bolnica. Ta obveza, koja postoji od osnivanja IRIS-H-a, premašuje okvir mehanizma djelomične nadoknade deficita predviđenog člankom 109. LCH-a (vidjeti uvodnu izjavu 47.). Međutim, nadoknada dodijeljena na temelju članka 46. statuta IRIS-H-a nikad ne smije premašiti obračunski deficit financijske godine. Konačno, iako se njime utvrđuje jasna obveza nadoknade deficita, člankom 46. nije definirano u kojem trenutku općine i CPAS-i zaista trebaju prebaciti sredstva ⁽²⁷⁰⁾.
- (229) U praksi, trenutak u kojem općine trebaju izvršiti plaćanje u korist IRIS-H uvijek je ovisio o raspoloživim sredstvima u općinskim blagajnama. Budući da su dostupna sredstva najčešće bila nedostatna, općine odgađaju plaćanje nadoknade deficita bolnica. U teoriji mogu nastaviti s odgađanjem plaćanja sve dok javna savezna služba za javno zdravlje ne utvrdi deficit temeljem članka 109. LCH-a jer su time obvezane izvršiti (djelomično) plaćanje nadoknade deficita bolnica. Međutim, znalo je doći do dugog razmaka (ponekad do 10 godina) između trenutka u kojem je objavljen računovodstveni deficit ili u kojem je izračunat deficit temeljem članka 109. LCH-a. To znači da su IRIS-H između 1996. i 2002. nakupile ogromne deficite (više od 50 milijuna EUR). Kako bi pokrile tu rupu u financiranju, IRIS-H bile su prisiljene ugovoriti bankovne zajmove, čiji su troškovi dodatno povećali njihove deficite.
- (230) Općine su shvatile da im takva situacija ne ide u prilog jer na kraju plaćaju kamate za te zajmove na ime pokrivanja deficita. Zbog toga su željele platiti bolnicama IRIS što je prije moguće umjesto da čekaju trenutak u kojem će ih javna savezna služba za javno zdravlje prisiliti da pokriju deficit temeljem članka 109 LCH-a. S obzirom na nedostatna financijska sredstva na razini općina, regija glavnog grada Bruxellesa morala je što prije intervenirati. Regija je, među ostalim, isplatila financijska sredstva predmetnim općinama 1.) izravno, putem FRBRTC-a (vidjeti uvodnu izjavu 231.) i 2.) od 2003., također izravno, dodjelom posebnih subvencija (vidjeti uvodne izjave 232. i 233.). Na taj su način općine brže, iako samo djelomično ⁽²⁷¹⁾, ispunile svoju obvezu nadoknađivanja deficita prema IRIS-H. Kako je prethodno objašnjeno (vidjeti točku 7.1.), regija glavnog grada Bruxellesa dodijelila je i dalje dodjeljuje sredstva javnog financiranja isključivo predmetnim briselskim općinama, ali ne i bolnicama IRIS.

⁽²⁶⁸⁾ Belgijski službeni list od 29. lipnja 2007., str. 35929. Primjenjivo od 9. srpnja 2007. Taj je kraljevski ukaz zamijenio Kraljevski ukaz od 14. prosinca 1987. o godišnjim računima bolnica, koji sadrži vrlo slične zahtjeve.

⁽²⁶⁹⁾ U tim okolnostima valja primijetiti da određeni računovodstveni tokovi povezani s aktivnostima bolnica također moraju biti zabilježeni pod računovodstvenim šiframa 900. do 999. Radi se o tokovima koji se ne uzimaju u obzir prilikom određivanja financiranja BMF (koje slijedi računovodstveno načelo blagajne, a ne računovodstveno načelo financijske godine, koje se primjenjuje na bolničko računovodstvo).

⁽²⁷⁰⁾ U teoriji, IRIS-H mogu tražiti od općina da isplate nadoknadu deficita nakon utvrđivanja rezultata financijske godine. U praksi to nisu učinile jer ih nadziru općine, koje ne raspolazu (uvijek) potrebnim sredstvima za trenutacnu provedbu plaćanja.

⁽²⁷¹⁾ U razdoblju između 1996. i 2014., regionalno financiranje dodijeljeno općinama nije bilo dovoljno za pokrivanje čitavog deficita IRIS-H-a (vidjeti također bilješku 3.).

- (231) Općine su nadoknadile deficite IRIS-H-a nastale za financijske godine 1996. do 2002. tek 2002. godine pomoću financiranja primljenog od FRBRTC-a. Nadoknada deficita za to razdoblje završena je tek 2008. godine. Za nadoknadu deficita zabilježenih nakon 2003. općine više nisu imale pristup financiranju FRBRTC-a.
- (232) Počevši od financijske godine 2003., regija glavnog grada Bruxellesa počela je dodjeljivati prosječni iznos od 10 milijuna EUR godišnje (za točne iznose vidjeti tablicu 2. u nastavku) općinama u obliku posebnih subvencija. Svaka je općina platila svoj dio te posebne subvencije, najčešće na početku naredne godine, na temelju procijenjenog deficita bolnice (primjerice, početkom 2015. za financijsku godinu 2014.). Deficit je procijenjen na temelju revizije aktivnosti bolnice i privremenog rezultata za prvih devet mjeseci te godine. Tijekom šest mjeseci počevši od kraja financijske godine (drugim riječima, prije kraja lipnja) glavna skupštine svake IRIS-H odobrava financijske račune bolnice i usvaja konačni obračunski deficit. Iznos obračunskog deficita koji preostaje nakon plaćanja dijela posebne subvencije likvidira se s obzirom na raspoloživa sredstva u općinskim blagajnama. Postupak likvidacije može potrajati još nekoliko dodatnih godina, a tijekom čitavog razdoblja obuhvaćenog ocjenom (1996. – 2014.), IRIS-H neprestano su čekale na plaćanja općina (vidjeti tablice iz uvodne izjave 234. za pojedinosti o dugovanim iznosima).

Tablica 2.

Plaćanja (financirana sredstvima posebne subvencije) općine u korist IRIS-H-a

(EUR)

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

- (233) U računovodstvenom smislu, dio posebne subvencije tijekom određenih je godina izravno uzet u obzir u rezultatima bolnice (čime je smanjen preostali deficit), dok je tijekom ostalih godina iznos uzet u obzir kao nadoknada deficita (drugim riječima, u raspodjeli rezultata). Nadalje, 2004. CHU Saint-Pierre zabilježio je obračunsko kašnjenje, što znači da je njegov dio posebne subvencije evidentiran samo u računima za narednu godinu. Time se objašnjava činjenica da je ukupni iznos posebne subvencije za pet bolnica IRIS u 2004. iznosio samo 8 867 072 EUR, dok je 2005. iznosio 11 132 928 EUR, odnosno ukupno 20 milijuna EUR (ili 10 milijuna EUR godišnje, kako je predviđeno). Unatoč tim razlikama u računovodstvenom tretmanu, temeljno načelo tih plaćanja uvijek je bilo davanje brze (i najčešće djelomične) nadoknade deficita bez nastanka prekomjerne nadoknade (vidjeti ostatak ovog odjeljka).

(234) U tablicama 3. do 7. u nastavku za svaku od pet IRIS-H-a navedeni su obračunski deficiti za svaku godinu (ti deficit zajedno iznose gotovo 250 milijuna EUR tijekom razdoblja između 1996. i 2014.) te plaćanja koja su općine provodile svake godine (ta se plaćanja mogu odnositi na deficite iz prethodnih godina). U tablicama 3. do 7. navedeni su datumi (odnosno godine) na koje su općine izvršile plaćanja namijenjena nadoknadi deficita različitih bolnica IRIS, ali nisu navedene godine na koje se ta plaćanja odnose⁽²⁷²⁾. U tim je tablicama također vidljivo nakupljanje deficita tijekom razdoblja između 1996. i 2002. te kašnjenja u plaćanju općina. Nadalje, jasno je da su tijekom razdoblja između 1996. i 2014. godine različite predmetne općine neprestano dugovale bolnicama IRIS velike iznose na ime nadoknade deficita. Preostali dugovani iznos na kraju 2014. za pet bolnica IRIS ukupno je premašivao 15 milijuna EUR. U tim okolnostima valja istaknuti da, iako bolnice IRIS ostvaruju dobit, ona se ne raspoređuje i koristi se za pokrivanje prethodnih ili budućih deficita, čime se smanjuje intervencija općina. Konačno, iz ovih tablica također jasno proizlazi da, kako tvrde belgijske vlasti (vidjeti uvodnu izjavu 55.) i protivno tvrdnjama podnositelja pritužbe, ne postoji mehanizam plaćanja predujmova (vidjeti uvodnu izjavu 55.). Štoviše, općine vrše plaćanja sa značajnim zakašnjenjem u odnosu na trenutak u kojem je deficit zabilježen ili u kojem je obveza temeljen članka 46. statuta IRIS-H-a postaja primjenjiva. Zbog toga se ne može smatrati da datum plaćanja nadoknade deficita za pružanje usluge od općeg gospodarskog interesa i povezanih aktivnosti predstavlja prednost za IRIS-H.

Tablica 3.

Datum plaćanja deficita i preostali dugovani iznos za CHU Saint-Pierre

(EUR)

CHU Saint-Pierre	Obračunski deficit	Plaćanja općine	Nepodmireni saldo
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⁾ Primjera radi, u tablici 3. vidljivo je da, iako je CHU Saint-Pierre zabilježio deficite svake godine od 1996., prva isplata (u iznosu od 3 368 351 EUR) koju je izvršila općina na ime nadoknade deficita izvršena je tek 2002. Iz tablica nije vidljivo koji za je deficit među godišnjim deficitima zabilježenim nakon 1996. namijenjena nadoknada isplaćena 2002. Međutim, iz detaljnih podataka koje su Komisiji dostavile belgijske vlasti može se zaključiti da je ta isplata izvršena kako bi se pokrio dio deficita iz 1996.

(EUR)

CHU Saint-Pierre	Obračunski deficit	Plaćanja općine	Nepodmireni saldo
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
Ukupno	- 38 423 575	34 855 148	- 3 568 427

Tablica 4.

Datum plaćanja deficita i preostali dugovani iznos za CHU Brugmann ⁽¹⁾

(EUR)

CHU Brugmann	Obračunski deficit	Plaćanja općine	Nepodmireni saldo
1996.	Bez predmeta	Bez predmeta	Bez predmeta
1997.	Bez predmeta	Bez predmeta	Bez predmeta
1998.	Bez predmeta	Bez predmeta	Bez predmeta
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
Ukupno	- 72 568 385	71 633 373	- 935 012

⁽¹⁾ Vidjeti uvodnu izjavu (236) za objašnjenje razloga zbog kojeg nedostaju brojke za godine 1996., 1997. i 1998.

Tablica 5.

Datum plaćanja deficita i preostali dugovani iznos za HUDERF

(EUR)

HUDERF	Obračunski deficit	Plaćanja općine	Nepodmireni saldo
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
Ukupno	- 23 038 788	22 324 124	- 714 664

Tablica 6.

Datum plaćanja deficita i preostali dugovani iznos za Institut Bordet

(EUR)

Institut Bordet	Obračunski deficit	Plaćanja općina	Nepodmireni saldo
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

(EUR)

Institut Bordet	Obračunski deficit	Plaćanja općina	Nepodmireni saldo
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
Ukupno	- 24 277 858	23 007 626	- 1 270 232

Tablica 7.

Datum plaćanja deficita i preostali dugovani iznos za HIS ⁽¹⁾

(EUR)

HIS	Obračunski deficit	Plaćanja općine	Nepodmireni saldo
1996.	Bez predmeta	Bez predmeta	Bez predmeta
1997.	Bez predmeta	Bez predmeta	Bez predmeta
1998.	Bez predmeta	Bez predmeta	Bez predmeta
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

(EUR)

HIS	Obračunski deficit	Plaćanja općine	Nepodmireni saldo
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
Ukupno	- 89 312 036	80 043 767	- 9 268 269

(¹) Vidjeti uvodnu izjavu 236. za objašnjenje razloga zbog kojeg nedostaju brojke za godine 1996., 1997. i 1998.

- (235) U praksi nadoknada deficita temeljem članka 46. statuta IRIS-H-a ima prednost pred nadoknadom deficita temeljem članka 109. LCH-a. Štoviše, nakon što je savezno ministarstvo javnog zdravlja utvrdilo deficit na temelju članka 109. LCH-a (vidjeti uvodnu izjavu 47.), poslano je dopis općini, a njezina je banka primila nalog za trenutnu isplatu tog iznosa predmetnoj bolnici, uzimajući u obzir moguće isplate na ime nadoknade deficita koje je općina već izvršila u korist te bolnice temeljem članka 46. njezinih statuta. Nadalje, općine i IRIS-H dogovorile su se da će IRIS-H bez odlaganja isplatiti općinama iznose koji su im uplaćeni temeljem članka 109. LCH-a kako bi se izbjeglo dvostruko pokrivanje istog deficita. U tom je pogledu Komisija primila od banke Belfius, banke općina, dopis i tablicu kojom je potvrđeno da su za svaku godinu i za svih pet bolnica IRIS bez odlaganja provedene isplate nadoknade, što isključuje mogućnost dvostrukog pokrivanja deficita. U tablici 8. u nastavku dan je potpuni pregled svih iznosa nadoknade „deficita temeljem članka 109. LCH-a” koje su općine platile bolnicama IRIS i koje su bez odlaganja nadoknađene, čime su transakcije neutralizirane. Prema tome, IRIS-H nisu ostvarile nikakvu prednost od tih plaćanja temeljem članka 109. LCH-a, a za nastavak procjene koja se provodi u okviru ove odluke važna je samo nadoknada deficita temeljem članka 46. statuta IRIS-H-a. Tablica 8. sadrži samo podatke o plaćanjima do financijske godine 2006. jer se sada radi o posljednjoj godini za koju je deficit temeljem članka 109. LCH-a utvrdila javna savezna služba za javno zdravlje. Iz navedenog je vidljivo značajno kašnjenje svojstveno plaćanju nadoknade tog deficita temeljem mehanizma iz članka 109. LCH-a, i također objašnjava zašto IRIS-H nisu pribjegle tom mehanizmu (i zbog čega vraćaju tu nadoknadu neposredno nakon što je prime). Nadoknada temeljem članka 46. statuta IRIS-H predstavlja brži mehanizam (osobito nakon uvođenja posebnih subvencija za općine; vidjeti uvodnu izjavu 232.) u odnosu na mehanizam iz članka 109. LCH-a. Osim toga, pokrivanje deficita temeljem članka 46. statuta IRIS-H nadilazi djelomično pokrivanje deficita predviđeno člankom 109. LCH-a (vidjeti uvodne izjave 47. i 48.) jer obuhvaća čitavi obračunski deficit koji su zabilježile IRIS-H. Zbog svih navedenih razloga procjena provedena u okviru ove odluke odnosi se samo na mehanizam nadoknade na temelju članka 46. i njome se ne nastoji ocijeniti mehanizam nadoknade deficita na temelju članka 109. LCH-a, protivno poništenoj odluci Komisije iz 2009., kojom je provedena procjena mehanizma iz članka 109. LCH-a.

Tablica 8.

Pregled čitavog skupa iznosa deficita temeljem članka 109. LCH-a ⁽¹⁾ koji su isplaćeni i odmah vraćeni (stanje na dan 9. studenoga 2015.)

(EUR)

	CHU Saint-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⁾ Radi se o iznosima koji su zaista uplaćeni i vraćeni nakon uzimanja u obzir mogućih isplata nadoknade deficita koje su općine već izvršile.

- (236) Komisija je također ocjenjivala jesu li IRIS-H tijekom razdoblja između 1996. i 2014. ⁽²⁷³⁾ zaista primile prekomjernu nadoknadu. Zbog spajanja do kojeg je došlo 1. srpnja 1999. (vidjeti također uvodnu izjavu 28.) i dugačkog razdoblja koje je proteklo otad, analizom prekomjerne nadoknade nije se moglo obuhvatiti razdoblje između 1996. i 1998. za CHU Brugmann jer predmetne arhive nisu pronađene. Zbog istih je razloga ta analiza provedena tek sveukupno za godine u razdoblju između 1996. i 1998. U tim okolnostima također valja istaknuti da su belgijske vlasti dostavile sve korisne računovodstvene podatke IRIS-H-a, kao i podatke o plaćanjima deficita koja su općine provele za koja su te brojke dostupne. Do stupanja na snagu Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2005. 19. prosinca 2005., države članice bile su dužne staviti podatke na raspolaganje Komisiji tijekom pet godina ⁽²⁷⁴⁾ (umjesto deset godina, koliko je utvrđeno odlukama o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2005. i 2012. ⁽²⁷⁵⁾). Iako je Komisija poslala prvi zahtjev za informacijama tek 22. ožujka 2006., belgijske su vlasti uspjele dostaviti podatke od 1996. za CHU Saint-Pierre, HUDERF i Institut Bordet, te od 1999. za HIS (i agregatne podatke za razdoblje 1996. – 1998.) i CHU Brugmann.
- (237) Komisija je ispitala jesu li isplate nadoknade deficita koje su izvršile općine za određenu godinu (pomoću financiranja FRBRTC-a i posebnih subvencija regije glavnog grada Bruxellesa i putem vlastitih sredstava) premašivale obračunski deficit za tu godinu. U tim okolnostima Komisija podsjeća da su IRIS-H primile nadoknadu samo za deficite nastale zbog pružanja usluge od općeg gospodarskog interesa i određenih ograničenih povezanih aktivnosti. U tablicama 9. do 13. u nastavku prikazane su relevantne brojke za svaku

⁽²⁷³⁾ Godina 2014. posljednja je financijska godina za koju su podaci bili dostupni.

⁽²⁷⁴⁾ Vidjeti članak 5. Direktive Komisije 80/723/EEZ od 25. lipnja 1980. o transparentnosti financijskih odnosa između država članica i javnih poduzeća (SL L 195, 29.7.1980., str. 35.).

⁽²⁷⁵⁾ Vidjeti u tom smislu članak 7. Odluke o uslugama od općeg financijskog interesa iz 2005. i članak 8. Odluke o uslugama od općeg financijskog interesa iz 2012.

IRIS-H. Međutim, važno je imati na umu da iz tih tablica nije vidljivo u kojem je trenutku općina (djelomično) nadoknadila deficit. U tablicama 3. do 7. u nastavku (vidjeti uvodnu izjavu 234.) navedene su godine tijekom kojih su općine izvršile plaćanja na ime nadoknade deficita u korist IRIS-H-a. Što se tiče tablica 9. do 13., u njima su navedeni samo iznosi koje su općine uplatile bolnicama IRIS (najčešće u nekoliko obroka) radi nadoknade deficita određene godine, bez navođenja kada su te uplate zaista izvršene. Iako su tablice 9. do 13. sastavljene kako bi se utvrdilo postojanje moguće prekomjerne nadoknade za određenu godinu, uzetu samostalno, u praksi nijedna bolnica IRIS nije primila stvarnu prekomjernu nadoknadu, kako je objašnjeno u nastavku (vidjeti uvodnu izjavu 238.).

- (238) Kako je vidljivo iz tablica navedenih u nastavku, iz usporedbe obračunskog deficita i isplaćene nadoknade za određenu godinu može se zaključiti da postoji tek nekoliko slučajeva ⁽²⁷⁶⁾ tehničke prekomjerne nadoknade ako gledamo samo tu godinu. Međutim, iz tablica 3. do 7. uvodne izjave 234. jasno proizlazi da u praksi nijedna bolnica IRIS nije ostvarila stvarnu prekomjernu nadoknadu jer su tijekom promatranog razdoblja (1996. – 2014.) općine neprestano dugovale velike iznose na ime nadoknade deficita bolnicama IRIS. Tehničke prekomjerne nadoknade možda su rezultat volje općina da tijekom određene godine ne samo pokriju obračunski deficit za tu godinu, nego i da nadoknade kašnjenje u pokrivanje deficita prethodnih godina. Čak i ako se taj razlog ne može dokazati, ostaje činjenica da, tijekom svake godine tijekom koje IRIS-H nisu primile plaćanja koja bi, ako gledamo samo tu godinu, tehnički gledano dovele do nastanka prekomjerne nadoknade za uslugu od općeg gospodarskog interesa i povezanih ograničenih dodatnih aktivnosti izvršenih te godine, predmetna IRIS-H primila bi, ukupno gledajući, nedostatnu nadoknadu za istu uslugu od općeg gospodarskog interesa i povezane ograničene aktivnosti koje su izvršene tijekom prethodnih godina i predmetne godine ⁽²⁷⁷⁾.
- (239) Za CHU Saint-Pierre iz tablice 9. u nastavku proizlazi da je, ako promatramo svaku godinu zasebno, tehnička prekomjerna nadoknada bila ograničena u 1996., 1997. i 2012. U svakom slučaju te su prekomjerne nadoknade iznosile najmanje 1,5 % nadoknade dodijeljene za promatranu godinu, što znači da su mogle biti prijavljene naredne godine, kako je predviđeno Odlukom o uslugama od općeg gospodarskog interesa ⁽²⁷⁸⁾. Međutim, kako je prethodno prikazano (vidjeti tablicu 3. u uvodnoj izjavi 234.), u praksi je CHU Saint-Pierre tijekom razdoblja između 1996. i 2014. neprestano primao nedostatnu nadoknadu, a općina je tom bolničkom centru neprestano dugovala novac. Između 1996. i 2014. ta je nedostatna nadoknada iznosila 3 666 541 EUR. Sukladno obvezi koja im je nametnuta člankom 46. statuta IRIS-H-a, predmetne općine u budućnosti ipak moraju nadoknaditi preostali obračunski deficit ⁽²⁷⁹⁾.

⁽²⁷⁶⁾ Konkretno, tijekom samo četiri godine na 89 ocijenjenih za pet bolnica IRIS tehnička prekomjerna nadoknada samo za te godine premašivala je 10 % iznosa godišnje nadoknade.

⁽²⁷⁷⁾ Nadalje, valja imati na umu da iznosi nadoknade deficita predstavljaju tek manji dio ukupnog javnog financiranja koje su IRIS-H primile za uslugu od općeg gospodarskog interesa koju pružaju. Tijekom razdoblja između 2007. i 2011. godišnja plaćanja BMF-a savezne vlade iznosila su oko 323 milijuna EUR za sve IRIS-H. Tijekom istoga razdoblja sve IRIS-H činile su dio prosječnih obračunskih deficita u iznosu od 13,4 milijuna EUR, dok su općine plaćale 16,4 milijuna EUR godišnje na ime nadoknade deficita (taj je iznos također pokrivaio deficite prethodnih godina). Dakle, nadoknade deficita predstavljale su tek oko 5 % saveznog financiranja BMF-a dodijeljenog bolnicama IRIS. Prema tome, kad bi značajni iznosi javnog financiranja dodijeljenog putem BMF-a bili uzeti u obzir u trenutku izračuna premašuje li prekomjerna nadoknada 10 % nadoknade isplaćene za određenu godinu (koja je stoga mogla biti prijavljena naredne godine, kako je dopušteno člankom 6. stavkom 2. Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.), postotak prekomjerne nadoknade vjerojatno bi bio znatno niži. Ovaj se zaključak temelji na činjenici da su iznosi plaćanja BMF-a relativno visoki u odnosu na deficite te na činjenici da je rizik prekomjerne nadoknade putem plaćanja BMF-a minimalan. BMF je prvenstveno zamišljen kao izvor paušalnog financiranja koje se računa na temelju stvarnih troškova bolnica tijekom prethodnih godina (ne podrazumijeva nikakvu prekomjernu nadoknadu). Osim toga, javna savezna služba za javno zdravlje provodi *ex post* nadzor stvarnih prihvatljivih troškova svake bolnice i ponovno račun iznos BMF na koji bolnica ima pravo. Konačno, valja napomenuti da tijekom usporedbe iznosa nadoknade koje su isplatile općine s obračunskim deficitima bolnica IRIS nije uzeta u obzir nikakva razumna dobit.

⁽²⁷⁸⁾ Predmetni izvadak iz članka 6. stavka 2. Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. glasi kako slijedi: „Kad iznos prekomjerne naknade ne premašuje 10 % iznosa prosječne godišnje naknade, takva se prekomjerna naknada može prenijeti u sljedeće razdoblje i oduzeti od iznosa naknade koji je potrebno isplatiti za to razdoblje.” S obzirom na nepostojanje stvarne prekomjerne nadoknade (jer se, ukupno gledajući, bolnica neprestano nalazila u situaciji nedovoljne nadoknade u razdoblju između 1996. i 2014.), takva odgoda nikad nije provedena u praksi. Ta primjedba vrijedi za sve IRIS-H (vidjeti također uvodne izjave 240. do 243.).

⁽²⁷⁹⁾ Kad bi CHU Saint-Pierre postao isplativ tijekom narednih godina, drugo bi se rješenje obično sastojalo u čuvanju dobiti i njezinom korištenju za nadoknadu prethodnih gubitaka. U tom slučaju općine ne bi morale nadoknaditi preostali obračunski deficit ili bi morale nadoknaditi samo njegov dio. Međutim, takav je scenarij hipotetski jer je CHU Saint-Pierre ostvario ograničenu dobit samo jedne godine (2006.) u razdoblju između 1996. i 2014.

Tablica 9.

Obračunski deficit i nadoknada isplaćena CHU Saint-Pierre

(EUR)

CHU St. Pierre	Obračunski deficit	Dio financiran putem FRBRTC-a ili posebne subvencije regij ⁽¹⁾	Dodatni doprinosi općina	Ukupno dodijeljena nadoknada	Prekomjerna nadoknada (+) ili nedostatna nadoknada (-) za godinu	Ukupna prekomjerna nadoknada (+) ili nedostatna nadoknada (-)
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) Kako je objašnjeno u uvodnoj izjavi 104., FRBRTC i posebne subvencije koje regija glavnog grada Bruxellesa dodjeljuje općinama jesu unutardržavne mjere financiranja koje predstavljaju izvor financiranja za mehanizam isplata koje su općine izvršile na ime nadoknade deficita. Ti su iznosi navedeni u zasebnom stupcu kako bi se istaknulo da općine koriste ta regionalna sredstva samo za plaćanja na ime nadoknade deficita. To se predstavljanje ne može protumačiti kao pokazatelj da su iznosi prebačeni s računa FRBRTC-a ili regije glavnog grada Bruxellesa bolnicama IRIS. Ti su prijenosi izvršeni u korist općina, koje su iskoristile ta sredstva kako bi financirale svoju obvezu nadoknade deficita IRIS-H-a.

(240) Kako je prethodno objašnjeno (vidjeti uvodnu izjavu 236.), analiza postojanja prekomjerne nadoknade za bolnice Iris Sud (HIS) nije mogla biti provedena pojedinačno za godine 1996. – 1998. zbog nepostojanja potrebnih brojki. Međutim, belgijske su vlasti uspjele pronaći agregatne iznose za to razdoblje, tijekom kojeg su HIS još uvijek predstavljale četiri nezavisne bolnice. Tijekom tih triju godina određene bolnice HIS pretrpjele su gubitke u ukupnom iznosu od 2 622 714 EUR, dok su ostale ostvarile dobit u ukupnom iznosu od 703 624 EUR. Gubici su u potpunosti pokriveni sredstvima FRBRTC-a dodijeljenima općini. Sljedeće godine prijavljena je dobit, što objašnjava zašto nadoknada deficita iz 1999. tek djelomično pokriva taj deficit. Preostali dio deficita nadoknađen je iz neraspoređene dobiti iz razdoblja između 1996. i 1998. Iz tablice 10. također je vidljivo da su, uz iznimku izrazito niskih tehničkih prekomjernih nadoknada u 2000., 2010., 2011., 2013. i 2014. (u svakom slučaju ne više od 0,12 % nadoknade dodijeljene za te godine), bolnice HIS svake godine primile nedostatnu nadoknadu. Ta ukupna prekomjerna nadoknada iznosila je više od 9 milijuna EUR između 1999. i 2014.

Tablica 10.

Obračunski deficit i nadoknada isplaćena bolnicama HIS

(EUR)

HIS	Obračunski deficit	Dio financiran putem FRBRTC-a ili posebne subvencije regije	Dodatni doprinosi općina	Ukupno dodijeljena nadoknada	Prekomjerne nadoknade (+) ili nedostatne nadoknade (-) za godinu	Ukupne prekomjerne nadoknade (+) ili nedostatne nadoknade (-)
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	

(*) Nakon dodavanja neraspoređene dobiti za razdoblje 1996. – 1998., odnosno 703.624 EUR.

- (241) Za HUDERF iz tablice 11. u nastavku vidljive su izrazito niske prekomjerne nadoknade u 1998., 2002. i 2007. (u svakom slučaju manje od 0,15 % nadoknade dodijeljene za predmetnu godinu). Tijekom 2013. zabilježena je značajnija tehnička prekomjerna nadoknada (gotovo 17 % nadoknade dodijeljene za predmetnu godinu). Međutim, iako je nadoknada koju je primio bila uvelike nedostatna tijekom 2010. i 2011., HUDERF se i dalje nalazio u istoj situaciji 2013. s obzirom na uslugu od općeg gospodarskog interesa i povezane aktivnosti koje je izvršio do tada. Za čitavo razdoblje između 1996. i 2014. stvarna nedostatna nadoknada iznosila je više od 700 000 EUR. Nadalje, kako je prethodno pokazano (vidjeti tablicu 5. u uvodnoj izjavi 234.), u praksi HUDERF ni u jednom trenutku nije primio prekomjernu nadoknadu zbog koje bi morao (djelomično) vratiti nadoknadu deficita. Štoviše, neprestano se nalazio u situaciji nedostatne nadoknade, a općina mu je neprestano dugovala novac tijekom razdoblja između 1996. i 2014.

Tablica 11.

Obračunski deficit i nadoknada isplaćena HUDERF-u

(EUR)

HUDERF	Obračunski deficit	Dio financiran putem FRBRTC-a ili posebne subvencije regije	Dodatni doprinosi općina	Ukupno dodijeljena nadoknada	Ukupne prekomjerne nadoknade (+) ili nedostatne nadoknade (-) za godinu	Ukupne prekomjerne nadoknade (+) ili nedostatne nadoknade (-)
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) Za Institut Bordet obračunski rezultati između 1996. i 2001. bili su pozitivni, zbog čega općine u tim godinama nisu morale intervenirati. Međutim, počevši od 2002., obračunski je rezultat postao negativan, zbog čega su izvršena plaćanja radi nadoknade deficita. U tablici 12. u nastavku vidljive su blage tehničke prekomjerne nadoknade za 2005. i 2011. (manje od 4 % i 0,5 % nadoknade dodijeljene za te godine). U 2009. ostvarena je značajna tehnička prekomjerna nadoknada u iznosu od gotovo 500 000 EUR (odnosno, gotovo 46 % nadoknade dodijeljene za tu godinu). Međutim, za 2008. zabilježena je nedostatna nadoknada od oko 533 000 EUR (gotovo 505 000 EUR na agregatnoj osnovi). To ukupno daje agregatnu tehničku prekomjernu nadoknadu od samo 73 702 EUR (manje od 6 % nadoknade dodijeljene za 2009.), koja je mogla biti zabilježena u 2010. ⁽²⁸⁰⁾ (dok za 2010. dosad nije dodijeljena nikakva nadoknada). Osim toga, tijekom svake promatrane godine Institut Bordet neprestano je čekao nadoknadu zabilježenog deficita (vidjeti tablicu 6. u uvodnoj izjavi 234.). Tijekom 2009. općina je dugovala Institutu oko 3 milijuna EUR. Za čitavo razdoblje između 1996. i 2014. nedostatna nadoknada iznosila je više od 2,4 milijuna EUR. Kako je objašnjeno u uvodnoj izjavi 234., dobit za godine 1996. – 2001. smanjila je preostale dugovane iznose općina jer općine odbijaju iznos dobiti prije nego što interveniraju.

Tablica 12.

Obračunski deficit i nadoknada isplaćena Institutu Bordet-u

(EUR)

Institut Bordet	Obračunski deficit	Dio financiran putem FRBRTC-a ili posebne subvencije regije	Dodatni doprinosi općina	Ukupno dodijeljena nadoknada	Ukupne prekomjerne nadoknade (+) ili nedostatne nadoknade (-) za godinu	Ukupne prekomjerne nadoknade (+) ili nedostatne nadoknade (-)
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⁾ Vidjeti u tom smislu članak 6. Odluke o uslugama od općeg financijskog interesa iz 2005. i članak 6. stavak 2. Odluke o uslugama od općeg financijskog interesa iz 2012.

(EUR)

Institut Bordet	Obračunski deficit	Dio financiran putem FRBRTC-a ili posebne subvencije regije	Dodatni doprinosi općina	Ukupno dodijeljena nadoknada	Ukupne prekomjerne nadoknade (+) ili nedostatne nadoknade (-) za godinu	Ukupne prekomjerne nadoknade (+) ili nedostatne nadoknade (-)
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) Kako je prethodno objašnjeno (vidjeti uvodnu izjavu 236.), analiza postojanja prekomjerne nadoknade u korist CHU Brugmann za godine 1996. do 1998. nije mogla biti provedena zbog nepostojanja brojčanih podataka. Iz tablice 13. u nastavku vidljive su niske prekomjerne nadoknade u 2000., 2003., 2004., 2008. i 2011. (u svakom slučaju manje od 7 % nadoknade dodijeljene za predmetnu godinu). Tijekom dviju godina, 1999. i 2012., tehnička prekomjerna nadoknada iznosila je više od 10 % nadoknade dodijeljene za promatranu godinu (odnosno 15,3 % i 12,9 %). Međutim, tijekom 2012. CHU Brugmann nalazio se u situaciji nedostatne nadoknade nakon što je primio nedovoljne iznose nadoknade u 2009. i 2010. (odnosno, nedostatnu nadoknadu u iznosu od 558 858 EUR). Što se tiče 1999., ne postoje brojčani podaci za prethodne godine koje se mogu uzeti u obzir prilikom procjene ukupnog stanja, u smislu nadoknade, bolnice CHU Brugmann tijekom 1999. Međutim, važno je napomenuti da su prva plaćanja koja je izvršila općina (na temelju financiranja FRBRTC-a) počela tek 2003., te da, kako je vidljivo iz tablice 4. u uvodnoj izjavi 234., CHU Brugmann ni u kojem trenutku nije uživao prekomjernu nadoknadu zbog koje bi morao vratiti (djelomičnu) nadoknadu deficita općini. Štoviše, tijekom čitavog razdoblja između 1996. i 2014. CHU Brugmann se nalazio u situaciji nedostatne nadoknade, a općina mu je dugovala novac za pokrivanje prethodnih deficita. Tijekom tog razdoblja stvarna nedostatna nadoknada iznosila je oko 935 000 EUR.

Tablica 13.

Obračunski deficit i nadoknada isplaćena bolnicama CHU Brugmann

(EUR)

CHU Brugmann	Obračunski deficit	Dio financiran putem FRBRTC-a ili posebne subvencije regije	Dodatni doprinosi općine	Ukupno dodijeljena nadoknada	Ukupne prekomjerne nadoknade (+) ili nedostatne nadoknade (-) za godinu	Ukupne prekomjerne nadoknade (+) ili nedostatne nadoknade (-)
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

(EUR)

CHU Brugmann	Obračunski deficit	Dio financiran putem FRBRTC-a ili posebne subvencije regije	Dodatni doprinosi općine	Ukupno dodijeljena nadoknada	Ukupne prekomjerne nadoknade (+) ili nedostatne nadoknade (-) za godinu	Ukupne prekomjerne nadoknade (+) ili nedostatne nadoknade (-)
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) Ograničena dobit koju su prijavile određene IRIS-H (CHU Saint-Pierre u 2006., HUDERF u 1999. i Institut Bordet između 1996. i 2001.) ne može se smatrati pokazateljem prekomjerne nadoknade. Na temelju važećeg računovodstvenog razdvajanja (vidjeti uvodnu izjavu 226.) u IRIS-H, Komisija zaključuje da ta dobit, u svim slučajevima osim jednog, proizlazi iz dobiti nastale provođenjem povezanih aktivnosti (vidjeti uvodne izjave 41., 116. i 117.) tih bolnica IRIS. Aktivnosti povezane s uslugom od općeg gospodarskog interesa dovele su do nastanka određene dobiti u 1996., koja je iznosila 1 % ukupnih prihoda bolnice za tu godinu. Komisija smatra da je takva dobit razumna i ne dovodi do nastanka prekomjerne nadoknade. Nadalje, kako je objašnjeno u nastavku (vidjeti uvodnu izjavu 234.), sve dobiti (koje nastaju pružanjem usluge od općeg gospodarskog interesa ili povezanih aktivnosti) čuvaju se i koriste za nadoknađivanje budućih deficita (ili prethodnih neplaćenih deficita), čime se smanjuje doprinos općina.
- (245) Što se tiče prethodnih razmatranja, Komisija zaključuje da, s obzirom na kašnjenje u plaćanjima nadoknade deficita, na činjenicu da su predmetne općine tijekom čitavog razdoblja 1996. – 2014. dugovale svakoj bolnici IRIS značajne iznose na ime nadoknade deficita i činjenicu da su sve bolnice IRIS primale nedostatnu nadoknadu, nijedna bolnica IRIS u praksi nije primila prekomjernu nadoknadu.

7.3.6. Nadzor nad isplaćivanjem prekomjerne nadoknade

- (246) Trećim kriterijem spojivosti predviđen Odlukom o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. predviđeno je da države članice moraju poduzeti mjere kako bi se uvjerile da poduzetnici kojima je povjereno pružanje usluge od općeg gospodarskog interesa ne primaju prekomjerne nadoknade te je propisano da država članica mora provoditi redoviti nadzor najmanje svake tri godine⁽²⁸¹⁾. Osim toga, ako je poduzetnik primio prekomjernu nadoknadu, države članice moraju zahtijevati od predmetnog poduzetnika da je vrati⁽²⁸²⁾.

⁽²⁸¹⁾ Članak 6. stavak 1. Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

⁽²⁸²⁾ Članak 6. stavak 2. Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

- (247) Najprije valja primijetiti da, što se tiče pokrivanja predmetnog deficita, sama priroda mehanizma nadoknade uvelike smanjuje rizik od prekomjerne nadoknade, što znači da predstavlja mjeru koja doprinosi izbjegavanju prekomjerne nadoknade. Općine mogu pokriti samo stvarni deficit koji su prikazale IRIS-H nakon pružanja usluga od općeg gospodarskog interesa i povezanih ograničenih aktivnosti. Dakle, nadoknadom se pokrivaju tek neto preostali troškovi (vidjeti uvodnu izjavu 226.) nastali tijekom pružanja tih usluga od općeg gospodarskog interesa i povezanih aktivnosti te ne uključuje čak ni razumnu dobit. Sva plaćanja se provode *ex post*, odnosno nakon što su deficiti registrirani (vidjeti u tom smislu tablice iz uvodne izjave 234.). Plaćanja se vrše u nekoliko obroka (kako je prikazano u tablicama u uvodnoj izjavi 234.), što jamči da općine mogu obustaviti isplatu pri prvoj naznaci rizika od prekomjerne nadoknade. Općine na taj način provjeravaju iznos ukupnih neplaćenih deficita prije nego što izvrše plaćanje u koristi IRIS-H. Kako je prethodno objašnjeno (vidjeti uvodnu izjavu 235.), općine i IRIS-H dogovorile su da će bez odlaganja vratiti nadoknadu deficita temeljem članka 109. LCH-a kako bi izbjegle dvostruke pokrivanje istog deficita. Stoga postoji neznatni i teoretski rizik od tehničke prekomjerne nadoknade ako analiziramo nadoknadu zasebno za svaku godinu (vidjeti uvodne izjave 237. i 238.). Međutim, u praksi nijedna IRIS-H nije primila stvarnu prekomjernu nadoknadu jer su općine u svakom trenutku tijekom razdoblja između 1996. i 2014. dugovale bolnicama IRIS velike iznose neplaćene nadoknade deficita (što je vidljivo iz tablica u uvodnoj izjavi 234.).
- (248) Drugo, Zakonom od 14. studenoga 1983. ⁽²⁸³⁾ o nadzoru dodjeljivanja i korištenja određenih subvencija utvrđena su pravila koja se primjenjuju na nadzor dodijeljenih subvencija, osobito od strane lokalnih vlasti. Taj Zakon sadrži ista pravila kao i organsko rješenje od 23. veljače 2006., kojim su definirane odredbe koje se primjenjuju na proračun, račune i revizije ⁽²⁸⁴⁾ te koje sadrži opća pravila utvrđena u Zakonu od 16. svibnja 2003. o općim odredbama koje se primjenjuju na proračun, nadzor subvencija i računovodstvo općina i regija, kao i organizaciju nadzora belgijskog Revizorskog suda za područje regije glavnog grada Bruxellesa ⁽²⁸⁵⁾. Člankom 14. Zakona od 14. studenoga 1983. predviđeno je sljedeće:

„Ovaj se zakon primjenjuje na sve subvencije koje dodjeljuju:

1. pokrajine, općine, ustanove od pokrajinskog ili općinskog interesa sa pravnom osobnošću, aglomeracije, savezi općina, odbori za kulturu, udruženja pokrajina i udruženja općina;
2. pravne ili fizičke osobe koje na izravan ili neizravan način primaju subvenciju od tijela navedenih u točki 1.”

Člankom 2. tog Zakona također je definirano njegovo široko područje primjene i utvrđeno je sljedeće:

„Pojam subvencija podrazumijeva (...) svaki doprinos, prednost ili pomoć, neovisno o njegovu obliku ili nazivu, uključujući predujmove odobrenih sredstava koja se vraćaju bez kamata, a koja su dodijeljena u svrhu poticanja djelatnosti od općeg interesa (...)”.

Iz prethodno navedenih članaka jasno proizlazi da je nadoknada deficita koju briselske općine dodjeljuju bolnicama IRIS za pružanje usluge od općeg gospodarskog interesa i povezanih aktivnosti obuhvaćena područjem primjene tog Zakona.

- (249) Člankom 3. Zakona od 14. studenoga 1983. utvrđeno je načelo prema kojem se subvencije smiju koristiti isključivo u svrhu za koju je dodijeljena te da korisnik mora moći opravdati način na koji koristi subvenciju. Člancima 4. i 5. utvrđena su ostala pravila koja se odnose na dodjelu takvih subvencija i obveze transparentnosti koje se primjenjuju na korisnika. Člancima 6. i 7. definirana su pravila koja se odnose na nadzor koji provodi tijelo koje je isplatilo subvenciju ili koji se provodi u njegovo ime u pogledu uporabe subvencije. Konkretno, člankom 6. predviđeno je sljedeće:

„Tijelo koje je isplatilo (subvencije) ima pravo na provođenje nadzora uporabe dodijeljene subvencije.”

⁽²⁸³⁾ Belgijski Službeni list od 6. prosinca 1983., str. 15009.

⁽²⁸⁴⁾ Belgijski Službeni list od 23. ožujka 2006., str. 16710.

⁽²⁸⁵⁾ Belgijski Službeni list od 25. lipnja 2003., str. 33692.

Člankom 7. predviđena je obveza vraćanja subvencija. Taj članak glasi kako slijedi:

„Ne dovodeći u pitanje odredbe o raskidu kojima podliježe subvencija, korisnik je dužan vratiti subvenciju u sljedećim slučajevima:

1. ako nije koristio subvenciju u svrhu za koju je dodijeljena;
2. ako nije dostavio opravdanje predviđeno člancima 4. i 5.;
3. ako se suprotstavio provedbi nadzora predviđenog člankom 6.

Međutim, u slučaju iz podstavka 1., 2., korisnik mora vratiti samo dio subvencije koji nije opravdan.

Pravne osobe javno prava koje imaju ovlasti utvrđivanja izravnih nameta mogu povratiti subvencije koje podliježu obvezi povrata prisilnim putem. Oblik prisile određuje službena osoba odgovorna za povrat sredstava. Oblik prisile provodi nadležno upravno tijelo koje može učiniti uloge izravnih odredbi tih pravnih osoba javnog prava izvršnima.”

(250) Dakle, Zakonom je omogućeno da općine zajamče da se subvencije dodjeljuju sukladno potrebnim uvjetima te nadzor uporabe i povrata nepotrebnih iznosa. Isplata nadoknade deficita od strane općine podliježe izrazito strogim pravilima. Njihov prihvat od strane predmetnih bolnica podrazumijeva pravo na inspekciju neovisnog tijela, čime se može zajamčiti da je subvencija zaista iskorištena u svrhu za koju je namijenjena. U protivnom slučaju bolnica je dužna bez odlaganja vratiti dodijeljeni iznos, što jamči povrat iznosa prekomjerne nadoknade isplaćene u koristi IRIS-H-a.

(251) To je potvrđeno Zakonom o CPAS-u, čiji članak 60. stavak 6. glasi kako slijedi:

„Odluka o osnivanju ili proširenju ustanova ili službi koje mogu primati subvencije na razini ulaganja ili funkcioniranja donosi se isključivo na temelju dokumenta iz kojeg je vidljivo da su ispunjeni uvjeti predviđeni zakonodavstvom i organskim propisima za dodjelu tih subvencija.”

Ako CPAS pruži pomoć javnoj bolnici, mora dokazati da su ispunjena pravila koja se odnose na dodjelu sredstava financiranja.

(252) Isto tako, člankom 135.g Zakona o CPAS-u utvrđeni su načini provođenja nadzora lokalnih udruženja na koja se primjenjuje poglavlje XII. (u ovom su slučaju to IRIS-H) od strane krovne organizacije (u ovom slučaju IRIS) svaka tri mjeseca. To osobito znači da IRIS provodi nadzor nad sukladnosti odluka koje donose IRIS-H sa sljedećim dokumentima:

- „1. općim strateškim planom i strateškim planom uspostave djelatnosti bolnice i odlukama donesenim na temelju navedenih dokumenata;
2. planovom uspostave i financijskim planom koje je donijelo lokalno udruženje na temelju smjernica krovne udruge, kao i s uvedenim ispravcima i ažuriranjima;
3. godišnjim proračunom koji je utvrdilo lokalno udruženje na temelju smjernica krovne udruge.

U slučaju nesukladnosti krovna udruga poduzima sve mjere koje smatra potrebnima za uklanjanje nesukladnosti i obavještava predmetno lokalno udruženje o tim mjerama u svrhu njihove provedbe u roku koji odredi.

U slučaju da predmetno lokalno udruženje ne provede mjere u tom roku, krovna udruga može bez odlaganja zadužiti povjerenika iz članka 135.h da zamijeni tijelo lokalnog udruženja koje je počinilo nesukladnost.”

(253) Iz prethodno navedenih odredaba proizlazi da Zakon o CPAS-u i Zakon od 14. studenoga 1983. omogućuju briselskim općinama da zajamče ispravno korištenje subvencija dodijeljenih bolnicama IRIS te da nije došlo do prekomjerne nadoknade. Zajednička primjena tih odredaba omogućuje provedbu nadzora nad prekomjernom nadoknadom i predviđa povrat isplaćene prekomjerne nadoknade. Nadalje, u slučaju nesukladnosti, predviđeno je

da treća osoba zamijeni predmetno tijelo kako bi se zajamčilo ispunjenje obveza povjerenih IRIS-H, osobito u pogledu proračuna. Dakle, općine, CPAS-i i krovna udruga IRIS imaju ovlasti provedbe nadzora, čak i ako ne postoji gotovo nikakav rizik od prekomjerne nadoknade sukladno mehanizmu nadoknade deficita koji je predmetom ove odluke.

- (254) Osim toga, ako iz računa javne bolnice proizlazi da je ostvarila deficit, zbor gradonačelnika i vijećnika može, na temelju članka 111. stavka 2. i članka 126. Zakona o CPAS-u, obustaviti provedbu „svih odluka CPAS-a koje ugrožavaju interese općine, a osobito njezine financijske interese.”
- (255) Konačno, valja istaknuti da tijela koja dodjeljuju predmetnu mjeru potpore (odnosno, općine i CPAS-i) provode izravan nadzor korisnika. Konkretno, ta tijela raspolažu većinom glasova u upravnim odborima IRIS-H-a koja, među ostalim, imenuju glavnog ravnatelja svojih bolnica. U malo vjerojatnom slučaju da IRIS-H odbije vratiti iznos prekomjerne nadoknade, javna tijela lako mogu zamijeniti glavnog ravnatelja kako bi ispravila tu situaciju. Osim toga, kako je propisano statutom svake bolnice IRIS, upravni odbor sastaje se najmanje osam puta godišnje, što omogućuje tijelima koja su dodijelila potporu da pozorno prate financijsko stanje IRIS-H-a (među ostalim putem tromjesečnih izvješća na tu temu, kako je propisano statutima).
- (256) S obzirom na prethodna razmatranja, Komisija zaključuje da postoje dostatni načini kojima se jamči izbjegavanje, otkrivanje i povrat iznosa prekomjerne nadoknade te da se čini da je rizik od stvarne prekomjerne nadoknade izrazito nizak s obzirom na prirodu predmetne mjere potpore.

7.3.7. Trajanje ovlaštenja

- (257) Člankom 2. stavkom 2. Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. predviđeno je da se odluka primjenjuje samo na ovlaštenja dulja od deset godina, osim ako se dulje razdoblje može opravdati time da ovlaštenu poduzetnik mora izvršiti značajna ulaganja koja se moraju amortizirati u dužem vremenskom razdoblju u skladu s opće važećim računovodstvenim načelima.
- (258) Trajanje statuta IRIS-H koji, na općinskoj razini, u ovom slučaju predstavljaju ovlaštenja utvrđeno je na 30 godina. Komisija ocjenjuje da je tako dugo trajanje opravdano činjenicom da IRIS-H moraju odobriti značajna ulaganja u svojstvu ovlaštenih pružatelja usluga od općeg gospodarskog interesa. Konkretno, najvažnija imovina IRIS-H-a jesu njihove nekretnine (koje predstavljaju više od 60 % vrijednosti imovine), koja se amortizira tijekom razdoblja od 30 godina, u skladu s opće važećim računovodstvenim načelima ⁽²⁸⁶⁾. Osim toga, strateški planovi IRIS, u kojima su utvrđene dodatne obveze bolnica IRIS, također imaju ograničeno trajanje, koje je još kraće. Prvi je strateški plan obuhvaćao razdoblje između 1996. i 2001. Drugi je strateški plan prvotno obuhvaćao razdoblje između 2002. i 2006., ali je potom izmijenjen i produljen do kraja 2014. Novi strateški plan za razdoblje između 2015. i 2018. donesen je u siječnju 2015.
- (259) Nadalje, Zakonom od 10. travnja 2014. ⁽²⁸⁷⁾ ograničeno je trajanje saveznog ovlaštenja za provođenje osnovne zadaće bolnice ⁽²⁸⁸⁾ izmjenom članka 105. iz trenutačne inačice LCH-a ⁽²⁸⁹⁾. Sada je člankom 105. utvrđeno da razdoblje na koje je dodijeljen BMF ne smije premašivati deset godina, osim za elemente BMF-a koji pokrivaju troškove značajnih bolničkih ulaganja koja zahtijevaju dulje razdoblje amortizacije, u skladu s opće važećim računovodstvenim načelima. Konačno, pojedinačno ovlaštenje koje bolnice moraju posjedovati kako bi mogle koristiti financiranje BMF-a također ima ograničeno trajanje (koje ovisi o regiji, ali najčešće iznosi oko pet godina, a u svakom je slučaju kraće od najviše deset godina).
- (260) Dakle, Komisija smatra da je ispunjena obveza utvrđena člankom 2. stavkom 2. Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. u pogledu ograničenja trajanja ovlaštenja i opravdanosti tog trajanja.

⁽²⁸⁶⁾ To razdoblje amortizacije utvrđeno je Kraljevskim ukazom od 19. lipnja 2007., koji se primjenjuje na sve belgijske bolnice (vidjeti također uvodnu izjavu 226.).

⁽²⁸⁷⁾ idjeti bilješku 264.

⁽²⁸⁸⁾ Kako je objašnjeno u uvodnoj izjavi 166., Komisija smatra da tri dodatne obveze ne bi bile povjerene kada ne bi bila povjerena osnovna zadaća bolnice. U tom okolnostima Komisija smatra da je potrebno ocijeniti trajanje ovlaštenja za osnovnu zadaću bolnice.

⁽²⁸⁹⁾ Drugim riječima, koordinirani zakon o bolnicama od 10. srpnja 2008. (belgijski Službeni list od 7. studenoga 2008., str. 58624.).

7.3.8. Transparentnost

- (261) Konačno, Odlukom o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. utvrđeno je da države članice moraju objavljivati određene podatke. Konkretno, u slučaju nadoknada koje su više od 15 milijuna EUR, koje su odobrene poduzetniku koji obavlja i djelatnosti koje nisu obuhvaćene uslugama od općeg gospodarskog interesa, člankom 7. Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. utvrđeno je da država članica objavljuje na internetu ili u drugim primjerenim sredstvima akt o ovlaštenju (ili njegov sažetak koji sadržava elemente navedene u članku 4. Odluke) i godišnje iznose potpora koje su dodijeljene predmetnom poduzetniku.
- (262) Obveza transparentnosti iz Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. primjenjuje se u slučaju „naknada koje su više od 15 milijuna EUR, koje su odobrene poduzetniku koji obavlja i djelatnosti koje nisu obuhvaćene uslugama od općeg gospodarskog interesa.” Kako proizlazi iz tablica 9. do 13., iznos nadoknade deficita koju općina plaća bolnici IRIS ni u jednoj godini nije premašio prag od 15 milijuna EUR. Stoga Komisija smatra da se obveza transparentnosti iz članka 7. Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. ne primjenjuje u ovom slučaju.

7.3.9. Sažetak zaključaka o spojivosti potpore s unutarnjim tržištem

- (263) S obzirom na prethodna razmatranja, Komisija zaključuje da je nadoknada deficita koju briselske općine isplaćuju javnim briselskim bolnicama IRIS od 1996., a koja je predmet ove odluke, sukladna zahtjevima Odluke o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. te da je spojiva s unutarnjim tržištem, u skladu s člankom 106. stavkom 2. UFEU-a.
- (264) Iz navedenog zaključka i objašnjenja navedenih u uvodnim izjavama 148. do 152. proizlazi da Komisija nema potrebu procijeniti je li nadoknada deficita IRIS-H-a koju isplaćuju briselske općine spojiva s unutarnjim tržištem u skladu s Odlukom o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2005. (za potporu dodijeljenu od 19. prosinca 2005. do 31. siječnja 2012.) ili s Okvirom o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012.

7.4. Završne primjedbe

- (265) Kako je prethodno objašnjeno (vidjeti uvodnu izjavu 159.), u svojoj presudi o poništenju od 7. studenoga 2012. Opći sud pozvao se na načelo jednakog postupanja. U tim okolnostima Komisija podsjeća da načelo nediskriminacije/jednakog postupanja nije među kriterijima spojivosti navedenima u Odluci o uslugama od općeg gospodarskog interesa iz 2012. Međutim, u ovom slučaju Komisija zaključuje da je to načelo u svakom slučaju ispunjeno jer se IRIS-H i privatne briselske bolnice nalaze u različitim situacijama u pravnom i činjeničnom smislu s obzirom da je opseg zadaće pružanja usluga od općeg gospodarskog interesa javnih bolnica IRIS znatno širi od opsega zadaća privatnih bolnica, zbog čega pružanje tih usluga stvara znatno više troškove (kako je prethodno objašnjeno; vidjeti točku 7.3.4.1.). Podredno, Komisija primjećuje da se na javne bolnice IRIS primjenjuju određena ograničenja te da imaju dodatne troškove (vidjeti uvodne izjave 42. i 43.) tijekom pružanja usluge od općeg gospodarskog interesa koja im je povjerena.
- (266) Budući da se IRIS-H i privatne briselske bolnice nalaze u drugačijim/neusporedivim situacijama, nadoknada deficita IRIS-H-a ne može se smatrati povredom načela jednakog postupanja.

8. ZAKLJUČAK

- (267) S obzirom na prethodno iznesenu ocjenu, Komisija je odlučila da je predmetna državna potpora spojiva s unutarnjim tržištem u skladu s člankom 106. stavkom 2. UFEU-a.

DONIJELA JE OVU ODLUKU:

Članak 1.

Državna potpora dodijeljena u obliku nadoknade deficita koju briselske općine isplaćuju javnim briselskim bolnicama IRIS od 1996. spojiva je s unutarnjim tržištem na temelju članka 106. stavka 2. Ugovora o funkcioniranju Europske unije.

Članak 2.

Ova je Odluka upućena Kraljevini Belgiji.

Sastavljeno u Bruxellesu 5. srpnja 2016.

Za Komisiju
Margrethe VESTAGER
Članica Komisije
