

A BIZOTTSÁG (EU) 2016/2327 HATÁROZATA**(2016. július 5.)****A Belgium által végrehajtott, a brüsszeli IRIS közkórházak állami finanszírozására vonatkozó SA.19864 – 2014/C (korábbi 2009/NN54) állami támogatásról***(Az értesítés a C(2016) 4051. számú dokumentummal történt)***(Csak a francia és a holland nyelvű változat hiteles)****(EGT-vonatkozású szöveg)**

AZ EURÓPAI BIZOTTSÁG,

tekintettel az Európai Unió működéséről szóló szerződésre és különösen annak 108. cikke (2) bekezdésének első albekezdésére ⁽¹⁾,

tekintettel az Európai Gazdasági Térségről szóló megállapodásra és különösen annak 62. cikke (1) bekezdése a) pontjára,

miután felkérte az érdekelt feleket, hogy a fent említett rendelkezéseknek ⁽²⁾ megfelelően nyújtsák be észrevételeiket, és tekintettel ezen észrevételekre,

mivel:

1. ELJÁRÁS

- (1) A 2005. szeptember 7-i és 2005. szeptember 12-én nyilvántartásba vett, valamint a 2005. október 17-i és 2005. október 19-én nyilvántartásba vett levéllel a Bizottság a belga állam elleni panaszt kapott, egy állítólag 1995 óta öt általános közkórháznak ⁽³⁾ (a továbbiakban: IRIS-H) ⁽⁴⁾ nyújtott jogellenes és összeegyeztethetetlen támogatásról, amely kórházak Brüsszel főváros régiójának IRIS ⁽⁵⁾ hálózatához (a továbbiakban: IRIS) tartoznak. A panaszt két, magánjog hatálya alá tartozó jogi személyek által irányított kórházakat képviselő szervezet (azaz a *Coordination bruxelloise d'institutions sociale et de santé* (CBI) és az *Association bruxelloise des institutions de soins privées* (ABISP)) (a továbbiakban: magánkórházak) és egyénileg több olyan kórház is benyújtotta, amelyek e szervezetek tagjai. ⁽⁶⁾
- (2) A panasz az érvek következő csoportjaira összpontosított: i. azon konkrét közszolgálati kötelezettségek meghatározásának és a megbízásnak a hiánya vagy pontatlansága, amelyeket csak az IRIS-H kapott, de a brüsszeli magánkórházak nem; ii. az IRIS-H veszteségeinek hatóságok általi ellentételezése, iii. az IRIS-H közszolgálati

⁽¹⁾ 2009. december 1-jétől az EK-Szerződés 87. és 88. cikke az Európai Unió működéséről szóló szerződés (EUMSZ) 107., illetve 108. cikkévé vált. A két-két rendelkezés tartalmilag azonos. E határozat alkalmazásában az EUMSZ 107. és 108. cikkére történő hivatkozásokat – adott esetben – az EK-Szerződés 87. és 88. cikkére történő hivatkozásként kell érteni. Az EUMSZ bevezetett bizonyos szóhasználatra vonatkozó változtatásokat is, mint például a „Közösség” kifejezés „Unió”-val, a „közös piac” kifejezés „belső piac”-cal, az „Elsőfokú Bíróság” kifejezés pedig „Törvényszék”-kel történő felváltása. E határozat az EUMSZ terminológiáját követi.

⁽²⁾ HL C 437., 2014.12.5., 10. o.

⁽³⁾ Ez az öt közkórház az általános (azaz nem pszichiátriai, geriátriai és más szakkórházak) és egyetemi kórházak által biztosított mintegy 7 260 ágyból körülbelül 2 425-öt üzemeltet Brüsszel főváros régiójában és csaknem 10 000 főt foglalkoztat. Minden évben több mint 1 millió orvosi konzultációt tartanak. A jóváhagyott kórházi ágyak számát a belga hatóságok (akik konzultáltak a Közös Közösségi Bizottsággal és a Szövetségi Közegészségügyi Közszolgálat) adták meg és a 2015-ös évre vonatkoztak. A többi információ megtalálható az IRIS weboldalán (lásd: <http://www.iris-hopitaux.be>).

⁽⁴⁾ A közkórházakról és tevékenységükről részletesebben lásd a 2.2. és 2.4. pontot.

⁽⁵⁾ Az IRIS a következő rövidítés: *Interhospitalière Regionale des Infrastructures de Soins*.

⁽⁶⁾ A panaszosok kérték nevük titokban tartását. Azonban az említett felek által benyújtott megsemmisítési kérelmekre és a Törvényszék T-137/10. sz. ügyben 2012. november 7-én hozott megsemmisítő ítéletére figyelemmel, nevük már nyilvános (lásd a (4) és (6) preambulumbekezdést). Meg kell jegyezni azt is, hogy az ABISP és tagjai a panaszt már ejtették.

kötelezettségei költségeinek túlkompensációja a *Fonds Régional Bruxellois de Refinancement des Trésoreries Communales* révén, iv. az IRIS-H közfinanszírozása átláthatóságának hiánya, és végül v. az IRIS-H nem kórházi tevékenységeinek keresztfinanszírozása a kórházi feladatok ellátásáért kapott állami ellentételezés révén. (7)

- (3) Miután a belga hatóságok további információkat nyújtottak be, a szolgálatok 2008. január 10-i levelükben tájékoztatták a panaszosokat a panaszra vonatkozó előzetes véleményükről (8), és felkérték a panaszosokat új információk benyújtására, amely lehetővé teszi a panasz előzetes értékelésének újbóli vizsgálatát, és ha azok benyújtását elmulasztják, a panaszt visszavonnak tekintik. A panaszos választ követően a szolgálatok 2008. április 10-i levelükben megerősítették előzetes értékelésüket.
- (4) Később a panaszosok tájékoztatták a Bizottságot arról a tényről, hogy megsemmisítési keresetet nyújtottak be az Európai Közösségek Elsőfokú Bíróságához (2009. december 1-jétől az Európai Unió Törvényszéke, a továbbiakban: a Törvényszék) az általuk a Bizottság határozatának tekintett, 2008. január 10-i levéllel szemben. (9) Ezen túlmenően a panaszosok 2008. június 20-án kérelmet nyújtottak be a szolgálatok 2008. április 10-i levelének megsemmisítése iránt. (10) A Törvényszék mindkét bírósági eljárást felfüggesztette 2009. október 31-ig, a Bizottság által benyújtott azon tájékoztatás alapján, hogy a 659/1999/EK tanácsi rendelet szerinti határozatot kíván elfogadni. (11) Az említett határozat elfogadásának céljából a szolgálatok további információkat kértek a belga hatóságoktól és a panaszostól is.
- (5) A Bizottság 2009. október 28-i határozatában (12) (a továbbiakban: a Bizottság 2009. évi határozata, lásd még a 4.1. pontot), úgy döntött, hogy nem emel kifogást a Brüsszel főváros régiójában az IRIS-hálózat közkórházainak finanszírozására nyújtott támogatás ellen, mivel a szóban forgó finanszírozást a közös piaccal összeegyeztethetőnek ítélte a 2005/842/EK bizottsági határozatban (13) (a továbbiakban: az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2005. évi határozat) meghatározott feltételek szerint, és közvetlenül az EK-Szerződés 86. cikkének (2) bekezdésével (jelenleg az EUMSZ 106. cikkének (2) bekezdése) az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2005. évi határozat 2005. december 19-én történt hatálybalépése előtti megbízások esetében.
- (6) Ezt követően a panaszosok megsemmisítési keresetet indítottak az említett bizottsági határozat ellen a Törvényszéken. A Törvényszék a T-137/10. sz. ügyben (14) 2012. november 7-én hozott ítéletével megsemmisítette a Bizottság határozatát (lásd még a 4.2. pontot), megállapítva, hogy a határozat meghozatalakor a panaszosok eljárási jogai sérültek. A Törvényszék megállapította különösen, hogy a Bizottságnak kétségei kellett volna legyenek a szóban forgó intézkedések belső piaccal való összeegyeztethetőségét illetően, figyelemmel a panaszosok összeegyeztethetőség tekintetében felvonultatott érvelésére. A Törvényszék ezért megállapította, hogy a Bizottság köteles lett volna megindítani a hivatalos vizsgálati eljárást annak érdekében, hogy beszeresse a szóban forgó összes támogatási intézkedés belső piaccal való összeegyeztethetőségének ellenőrzése szempontjából releváns valamennyi adatot, valamint lehetővé tegye a panaszosoknak és az egyéb érdekelt feleknek, hogy az említett eljárás kapcsán megtegyék észrevételeiket. (15)
- (7) A Bizottság 2014. október 1-jén kelt levelében értesítette Belgiumot azon határozatáról, hogy a brüsszeli IRIS közkórházak javára végrehajtott állami finanszírozási intézkedések tekintetében megindítja az EUMSZ 108. cikkének (2) bekezdésében előírt eljárást.
- (8) Az eljárás megindításáról szóló bizottsági határozatot (a továbbiakban: az eljárást megindító határozat) közzétették az *Európai Unió Hivatalos Lapjában* (16). A Bizottság felkérte az érdekelteket az intézkedésekkel kapcsolatos észrevételeik megtételére.

(7) Ez utóbbi érvet a panaszosok első alkalommal 2008. december 15-i levelükben vetették fel.

(8) A szolgálatok előzetes értékelése az volt, hogy úgy tűnt, az IRIS-H közszolgálati kötelezettségekkel való megbízása szabályos, ellenszolgáltatása egyértelműen meghatározott és túlkompensáció nem történt. Ezért a szolgálatok megítélése szerint az állami támogatási szabályokkal kapcsolatban probléma nem merült fel. Emellett megjegyezték, hogy az átláthatósággal kapcsolatos követelmények is láthatólag teljesültek. Ennek eredményeképpen a szolgálatok azt a következtetést vonták le, hogy a vizsgálat lefolytatásához nem volt elegendő ok, kivéve, ha a panaszos új elemeket jelent be.

(9) A T-128/08. sz. ügyben hozott ítélet, nem tették közzé.

(10) A T-241/08. sz. ügyben hozott ítélet, nem tették közzé.

(11) A Tanács 1999. március 22-i 659/1999/EK rendelete az EK-Szerződés 93. cikkének alkalmazására vonatkozó részletes szabályok megállapításáról (HL L 83., 1999.3.27., 1. o.).

(12) HL C 74., 2010.3.24., 1. o.

(13) A Bizottság 2005. november 28-i 2005/842/EK határozata az EK-Szerződés 86. cikke (2) bekezdésének az általános gazdasági érdekű szolgáltatások működtetésével megbízott vállalkozásoknak közszolgáltatással járó ellentételezés formájában megítélt állami támogatásokra történő alkalmazásáról (HL L 312., 2005.11.29., 67. o.).

(14) A T-137/10. sz., *CBI kontra Bizottság* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:T:2012:584.

(15) Ugyanott, 313. pont.

(16) Lásd a 2. lábjegyzetet.

- (9) A belga hatóságok 2014. október 22-i levelükben az eljárás megindításáról szóló határozatra vonatkozó észrevételeik benyújtására rendelkezésre álló határidő meghosszabbítását kérték, amelyet a Bizottság 2014. október 23-i levelében jóváhagyott. A 2014. december 1-jei e-mailben a határidő további meghosszabbítását kérték, amelyet a 2014. december 2-i levelében jóváhagyott. A Belga Királyság 2014. december 16-i levelében benyújtotta észrevételeit az eljárás megindításáról szóló határozattal kapcsolatban.
- (10) A Bizottság 2014. december 15-én, 2015. január 5-én és 2015. január 9-én észrevételeket kapott érdekelt felektől (lásd az 5. pontot). A Bizottság 2015. február 13-i és 20-i levelében továbbította ezeket az észrevételeket Belgiumnak, amely lehetőséget kapott a válaszadásra. Belgium észrevételei a 2015. március 13-i, 2015. március 17-én iktatott levélben érkeztek meg.
- (11) A Bizottság ennek alapján újraértékelte az ügyet és egyes elemeit eltérően értékelte a megsemmisített 2009. évi bizottsági határozatban szereplő értékeléshez képest.

2. HÁTTÉR

- (12) Az IRIS-H összetett és különféle hatóságok által formált jogalkotási és szabályozói környezetben működik. A kapott állami finanszírozás esetében az állami támogatási szabályok betartásának átfogó értékeléséhez először röviden ismertetni kell az IRIS-H-ra vonatkozó jogszabályi és szabályozói keretet. Ez az ismertetés a Loi CPAS-ba való bevezetést (ennek alapján jött létre az IRIS-H), az IRIS-H létrejöttének rövid összefoglalóját, az IRIS-H működését szabályozó jogalkotási és egyéb dokumentumok áttekintését, az IRIS-H főbb tevékenységeinek rövid áttekintését, illetve a különféle vonatkozó finanszírozási mechanizmusok számbavételét öleli fel.

2.1. A szociális támogatáshoz való jog és a Loi CPAS

- (13) Belgiumban a szociális támogatáshoz való jog alkotmányos jog. A belga alkotmány 23. cikke előírja különösen:

„Mindenkinek joga van arra, hogy életét emberi méltósággal élje. Ebből a célból a 134. cikkben említett rendelet vagy szabály a vonatkozó kötelezettségeket figyelembe véve garantálja a gazdasági, szociális és kulturális jogokat, és meghatározza gyakorlásuk feltételeit. E jogok körébe tartozik többek között:

[...]

2° a szociális biztonsághoz, egészségügyi ellátáshoz, valamint a szociális, orvosi és jogi segítségnyújtáshoz való jog.”

- (14) A polgárok szociális támogatáshoz való tényleges hozzáférést elsősorban az 1976. július 8-i alkotmányos törvény⁽¹⁷⁾ (a továbbiakban: Loi CPAS) szabályozza, amely létrehozta a Centres Publics d'Action Sociale-t (a továbbiakban: CPAS). A CPAS jogi személyiséggel rendelkező állami szerv, és minden belga önkormányzatban jelen van. A CPAS-t igazgatóság irányítja, amelynek tagjait az adott önkormányzat önkormányzati tanácsa választja. A Loi CPAS 1. cikke értelmében:

„Minden embernek joga van a szociális támogatáshoz. A támogatás célja annak lehetővé tétele, hogy életét mindenki emberi méltósággal élhesse. Az említett támogatás nyújtására CPAS-t kell létrehozni az ebben a törvényben megállapított feltételeknek megfelelően.”

- (15) A gyakorlatban a CPAS olyan személyeknek nyújt szociális támogatást, akik nem rendelkeznek a méltóságteljes élethez szükséges forrásokkal, és akik a szociális biztonság egyéb formáira (pl. munkanélküli ellátások) nem jogosultak. Ebben az összefüggésben a Loi CPAS 57. cikkének (1) bekezdése előírja, hogy a CPAS feladata az, hogy magánszemélyeknek és családoknak nyújtsa a közösséget terhelő segítséget, amelyet a következő módon ír le:

„A CPAS nem csupán a tünetek enyhítésére szolgáló vagy gyógyító, hanem a megelőzést szolgáló segítségről is gondoskodik. Ösztönzi az igénybevevők társadalmi részvételét. A segítség lehet anyagi, szociális, orvosi, orvosi-szociális vagy pszichológiai.”

⁽¹⁷⁾ Az 1976. augusztus 5-i Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 9876. o.

- (16) Noha minden egyes CPAS-t terheli a magánszemélyeknek és családoknak a szociális támogatás nyújtásának kötelezettsége, van bizonyos mérlegelési jogköre abban, hogy a segítségnyújtás miként történik. Pontosabban a CPAS az említett segítséget nyújthatja:
- saját maga, közvetlenül,
 - vagy, „szükség szerint és adott esetben meglévő rendszer keretében” (lásd még a (19) preambulumbekendést), az általa (a Loi CPAS 60. cikkének (6) bekezdése, 79. és 118. cikke alapján) létrehozott intézményeken és szolgáltatásokon keresztül, amely esetben az, hogy a CPAS valamely intézményt vagy szolgáltatást hoz létre, szükségszerűen meghatározza annak rendeltetését is; ezt követően a CPAS részéről az intézményre vagy szolgáltatásra bízott minden szociális kötelezettség teljesítése ezzel a rendeltetéssel összhangban történik,
 - vagy pedig olyan intézményeken vagy szolgáltatásokon keresztül, amelyekkel együttműködik (a Loi CPAS 61. cikke), amely esetben az adott intézményeket vagy szolgáltatásokat:
 - vagy maga a CPAS hozza létre (lásd az előző alpontot),
 - vagy egy harmadik személy, amely aztán dönt intézményének rendeltetéséről.
- (17) A két utóbbi esetben a CPAS szociális támogatási kötelezettségét (annak egy részét) delegálja, de kizárólag olyan mértékben, amennyiben az összeegyeztethető az együttműködő intézmény rendeltetésével. Egyfelől, ha az intézményt a CPAS hozza létre, rendeltetését is az fogja szabályozni. Másfelől a teljes mértékben harmadik személy által létrehozott intézmény esetében az együttműködést az intézmény rendeltetése határolja be.
- (18) A CPAS-t anyagi, szociális, orvosi, orvosi-szociális vagy pszichológiai szociális támogatás nyújtására terhelő kötelezettség attól függetlenül változatlan, hogy a segítséget közvetlenül vagy általa létrehozott intézmény révén vagy közreműködő intézménnyel együtt nyújtja-e. A Loi CPAS 57. cikke minden esetre előírja a CPAS számára (egyedül) a segítségnyújtási kötelezettséget. A hatáskör-átruházás minden formája e kötelezettség gyakorlati konstrukciója, és nem mentesíti a CPAS-t annak biztosítása alól, hogy kötelezettségét – folyamatosan – teljesítse.
- (19) A Loi CPAS 60. cikkének (6) bekezdése fekteti le az akkor érvényesülő követelményeket, amikor a CPAS intézményt vagy szolgáltatást (például egy kórházat) kíván létesíteni a CPAS szociális támogatás nyújtásából álló feladatának (vagy egy részének) ellátására:
- „A CPAS szükség szerint és adott esetben meglévő rendszer keretében szociális, gyógyító és megelőző létesítményeket és szolgáltatásokat hoz létre, fejleszt és kezel.
- A létesítmények vagy szolgáltatások létrehozása vagy fejlesztése szükségességének az önkormányzat, illetve a régió szükségleteit és a már létező hasonló létesítmények és szolgáltatások értékelését, működésük ismertetését, az önköltségi ár és a kapcsolódó költségek pontos értékelését, és lehetőség szerint a hasonló létesítményekkel és szolgáltatásokkal való összehasonlítást lehetővé tevő információkat tartalmazó dokumentáción kell alapulnia.
- Az esetlegesen beruházási vagy működési támogatásban részesítendő létesítmények és szolgáltatások létrehozása vagy fejlesztése tárgyában csak azt igazoló dokumentáció alapján hozható döntés, hogy a támogatás nyújtásáról szóló alkotmányos törvényben vagy rendelkezésben meghatározott feltételek teljesülnek.
- A más hatóságoktól beszerzendő engedélyek ellenére, amint a létesítmények vagy szolgáltatások létrehozására vagy fejlesztésére vonatkozó döntés az önkormányzati költségvetésből történő hozzájárulást vagy annak kiegészítést tartalmazza, ahhoz az önkormányzati tanács jóváhagyása szükséges.”
- (20) A Loi CPAS 57. cikkében a magánszemélyek és családok számára (szociális, orvosi, orvosi-szociális vagy pszichológiai szociális jellegű) támogatás nyújtására vonatkozó kötelezettség:
- Általános: a támogatást a kedvezményezett ideológiai, filozófiai vagy vallási meggyőződésétől (a Loi CPAS 59. cikke) és attól függetlenül kell nyújtani, hogy az illetőnek nincsen pénze. A CPAS konkrét célja az illető szegénységére figyelemmel történő segítségnyújtás. Ezen az alapon minden CPAS köteles mindenkinek segítséget nyújtani, és ha feladatai ellátására intézményt vagy szolgáltatást hoz létre, ezeket is ugyanilyen kötelezettség terheli.
 - Időkorlát nélküli: a támogatást a szociális szükséglet fennállásáig kell nyújtani. A CPAS ezért köteles a támogatás, és ennél fogva az azt nyújtó intézmény vagy szolgáltatás folytonosságának biztosítására.

- (21) Az önkormányzati autonómia elve alapján minden CPAS az adott önkormányzaton belül autonóm döntést hoz – a Loi CPAS betartása mellett – a szociális támogatás nyújtására (az orvosi segítséget is beleértve) fennálló kötelezettsége teljesítésének legmegfelelőbb módjáról. A szociális támogatás önkormányzati szinten történő megszervezésének alkotmányos választását az a kíváncsalom és szükséglet is vezérelte, hogy a lakossághoz a lehető legközelebb álló szociális támogatási politika jöjjön létre. Amikor a CPAS a helyi lakosság egészségügyi szükségleteinek kielégítése érdekében gyógyító egészségügyi intézmény létesítéséről dönt, az így létrejövő intézmény szabályozására egyaránt vonatkozik a Loi CPAS és a kórházak szövetségi szabályozási kerete (a keretről lásd a (32) preambulumbekendést), amely jogállásától (köz- vagy magánkórház) függetlenül valamennyi kórházra vonatkozik és az egész országra biztosítja a közös szervezeti rendszert. A magánkórházaktól eltérően a CPAS által létrehozott kórházak – mint amilyen az IRIS-H is – elsődleges célja azonban mindig a szociális támogatás nyújtásában való részvétel. Az IRIS-H-ra vonatkozó szociális támogatási kötelezettségek pontos jellegének meghatározása (lásd még a 7.3.4.1. pontot) az IRIS-H belső szabályzatában és az IRIS stratégiai tervekben történik, a Loi CPAS (különösen a 120. és 135d. cikkben meghatározott) követelményeknek megfelelően.
- (22) Végezetül, a Loi CPAS 106. cikke alapján az önkormányzatoknak fedezniük kell CPAS-uk veszteségét, amennyiben azok forrásai nem elegendőek a szociális támogatási kötelezettségeik nyújtásával kapcsolatos költségek fedezésére.

2.2. Az IRIS közkórházak létrehozása

- (23) A fent kifejtettek szerint (lásd a (15) preambulumbekendést) a CPAS által nyújtott szociális támogatásnak része az orvosi és az orvosi-szociális segítségnyújtás, amely egyaránt lehet megelőző és gyógyító jellegű. Az említett segítséget nyújthatja i. a CPAS közvetlenül, vagy ii. harmadik személy (így magánkórházak) révén azok jogszabályi autonómiájával összhangban, vagy iii. különösen, ha a CPAS ellenőrizni kívánja az említett célkitűzések elérésének eszközeit, feladata valamely részének teljesítésére intézmény vagy szolgáltatás létrehozásával (amelyet majd a létesítmény vagy a szolgáltatás belső szabályzata, az IRIS-H esetében pedig az IRIS stratégiai tervei határoznak meg (lásd a (16) és (21) preambulumbekendést). A CPAS az orvosi segítségnyújtási feladat teljesítése érdekében több belga városban és önkormányzatnál kórházakat hozott létre, és azok folyamatosan (társ)irányítása alatt állnak.
- (24) Történelmileg a hat érintett brüsszeli önkormányzat ⁽¹⁸⁾ az orvosi és orvosi-szociális jellegű szociális segítségnyújtást különböző helyeken elszórt nyolc közkórházon ⁽¹⁹⁾ keresztül nyújtotta. Ezeket a kórházakat közvetlenül az érintett CPAS irányította és azoknak jogi személyiségük nem volt. Ezért egyértelmű volt, hogy ezek a kórházak az adott CPAS szociális támogatási kötelezettségének teljesítéséhez járultak hozzá. A 90-es évek első felében azonban a brüsszeli hatóságok megállapították, hogy e kórházak strukturális hiánya veszélyezteteti folyamatos működéseket. A brüsszeli közkórházak folyamatos működésének és életképességének érdekében (amelyet a belga hatóságok *pérennité*-nek neveznek) a hatóságok e kórházak szerkezetátalakítása mellett döntöttek.
- (25) A szerkezetátalakítási művelet első lépésére 1994. május 19-én került sor, amikor a belga szövetségi kormány, Brüsszel főváros régiója és a brüsszeli *Commission Communautaire commune* együttműködési megállapodást írt alá a kórházpolitikára vonatkozóan. Ez a megállapodás egy szerkezetátalakítási megállapodás végrehajtását írta elő a közkórházi és a helyi kórházi szolgáltatások folyamatos működésének biztosítására. Az együttműködési megállapodás 2. cikke szerint:

„A szerkezetátalakítási megállapodásnak az alábbi feltételeket kell teljesítenie:

1. egyfelől garanciák nyújtása a **közkórházak sajátos jellegének megtartására**, egyebek között **az irányító szervezetben** és a döntéshozatali eljárásokban a **közszektor túlsúlyát biztosító** jogi struktúrák és koordináció révén, valamint másfelől **helyi alapon, az irányító szervek összetételében a közvetlenül választott tagok erősebb képviselése révén**. ⁽²⁰⁾

- (26) Az együttműködési megállapodás preambuluma ebből a célból kijelenti:

„Mivel Brüsszel főváros régiója közkórházainak pénzügyi vesztesége valóban aggasztó méreteket öltött;

⁽¹⁸⁾ A Brüsszel főváros régióját alkotó tizenkilenc önkormányzat közül a hat érintett önkormányzat a következő: Anderlecht, la Ville de Bruxelles, Etterbeek, Ixelles, Schaerbeek és Saint-Gilles.

⁽¹⁹⁾ Pontosabban: CHU Brugmann-Huderf (1997. január 1-jéig egy jogalany), CHU Saint-Pierre, az Institut Bordet, a Centre Hospitalier Baron Lambert, a Centre Hospitalier Bracops, a Centre Hospitalier Molière, a Centre Hospitalier Brien és a Centre Hospitalier Etterbeek-Ixelles.

⁽²⁰⁾ Utólagos kiemelés.

Több szerkezetátalakítási terv ellenére az intézmények pénzügyi egyensúlya rendkívül bizonytalan és ezért strukturális adóssággal terheli az önkormányzati költségvetéseket;

Mivel ilyen körülmények között ösztönözni kell a Brüsszel főváros régiója területén a közkórházakért felelős önkormányzatok és a CPAS, valamint a [Loi CPAS] XII. fejezete szerint létrejött szervezetek közötti koordinációs és együttműködési mechanizmusok létrehozását;

Mivel az említett koordinációs és kooperációs mechanizmusok **biztosítani tudják a közkórházak folyamatos működését**, azzal, hogy ösztönzik a felszerelés és infrastruktúra, valamint irányítási és fejlesztési erőforrásaik terén a szinergiákat, és segítenek az önkormányzati költségvetések hiányának ellensúlyozásában;

Mivel ez a megállapodás semmiféle változást nem okoz a kórház-finanszírozás szabályaiban, hanem annak kizárólagos célja a CPAS-t és az önkormányzatokat érintő strukturális hiány ellensúlyozása.”⁽²¹⁾

- (27) A brüsszeli *Commission Communautaire commune* ezen az alapon fogadta el az 1995. december 22-i *Ordonnance*-t, amely a Loi CPAS Brüsszel főváros régiójában irányadó változatába beiktatta a XIIb. fejezetet. Az említett *Ordonnance*⁽²²⁾ előkészítő munkája az 1994. május 19-i együttműködési megállapodásra (lásd a (25) preambulumbekendést) hivatkozik, amelynek fő célkitűzése a brüsszeli közkórházak folyamatos működésének (*pérennité*) a javasolt szerkezetátalakítás révén történő garantálása⁽²³⁾.

- (28) A szerkezetátalakítás a következő főbb elemekből állt:

— A CPAS lemond a közkórház(ak) közvetlen irányításáról a CPAS által (az adott egy vagy több önkormányzattal, a kórházi orvosok érdekképviseleti szervezetével és adott esetben a *Université Libre de Bruxelles*, illetve a *Vrije Universiteit Brussel* egyetemmel) létesített, újonnan létrejött jogi személyek (az ún. „XII. fejezet szerinti szervezetek”) javára.

Ennek során a CPAS eltért eredeti választásától, miszerint saját kórházait maga irányítja úgy, mint a múltban. A Loi CPAS 60. cikkének (6) bekezdésében és 118. cikkében megengedett módon (lásd a (19) preambulumbekendést) a CPAS egy olyan szervezet létrehozását választotta, amelyen keresztül az orvosi és orvosi-szociális támogatást nyújthatja a közösség számára.

Ennek eredményeképpen a meglévő brüsszeli közkórházak felszámolásra kerültek, és tevékenységeiket a Loi CPAS XII. fejezete alapján létrehozott nyolc helyi kórháznak adták át. Ezen a módon az IRIS-H 1996. január 1-jén jogi és pénzügyi függetlenséget kapott⁽²⁴⁾. A következő nyolc kórházi szervezet jött létre: a CHU Brugmann – HUDERF, a CH Brien, a CHU Saint-Pierre (CHU-SP), a CH Etterbeek-Ixelles, a CH Baron Lambert, a CH Bracops, a CH Molière, és az Institut Bordet (IB).

Ezt a nyolc kórházat később átcsoportosították – az összes kórházi részleg megtartásával – a jelenlegi öt IRIS-H-ba, a következők szerint. A CHU Brugmann (CHU-B) és a Fabiola Királynő Egyetemi Gyermekkórház (HUDERF) 1997. január 1-jén két külön jogalanyra vált szét. A CHU Brugmann és a CH Brien 1999. július 1-jén egyesült CHU Brugmann név alatt. Ugyanezen a napon a CH Etterbeek-Ixelles, a CH Baron Lambert, a CH Bracops és a CH Molière Iris South Kórházak (ISH) néven egyesült. Egyéb jelzés hiányában ebben a határozatban az „IRIS-H” a jelenlegi öt helyi közkórházi szervezetet jelenti.⁽²⁵⁾

⁽²¹⁾ Utólagos kiemelés.

⁽²²⁾ 1995–1996-os rendes ülésszak. A *Commission Communautaire commune* Közgyűlésének dokumentumai: Rendelettervezet: B-10/1. – Jelentés: B-10/2. Szó szerinti jegyzőkönyv. – Vita és elfogadás: 1995. december 22-i ülés.

⁽²³⁾ Az előkészítő munka megjegyzi különösen, hogy az 1994. május 19-i együttműködési megállapodás megkötésének célja a következő volt: „a brüsszeli közkórházak folyamatos működésének biztosítása, egyebek között a Brüsszel főváros régiója területén a közkórházakért felelős állami szervek, nevezetesen az önkormányzatok, a [CPAS] és a [Loi CPAS] XII. fejezete szerint létrejött szervezetek közötti koordinációs és együttműködési mechanizmusok létrehozásának ösztönzésével létrejött szervezetek között:”.

⁽²⁴⁾ A Loi CPAS 121. cikke előírja, hogy a XII. fejezet szerinti szervezetek jogi személyiséggel rendelkeznek.

⁽²⁵⁾ Az IRIS-H egyes részei több részlegben működnek. Jelenleg a CHU-B három részlegben (Victor Horta, Paul Brien, és Reine Astrid); a CHU-SP két részlegben (Porte de Hal és César de Paep); és az ISH négy részlegben (Etterbeek-Ixelles, J. Bracops, Molière-Longchamp és Baron Lambert) működik.

- Az IRIS név alatt (a Loi CPAS XII.b fejezete alapján) kórházközi szervezet létrehozása a XII. fejezet szerinti egyes szervezetek kórházi tevékenységének koordinálására és felügyeletére ⁽²⁶⁾. Az IRIS kórházközi szervezet fő célja a fenntartható pénzügyi egyensúly elérése az IRIS-H által folytatott kórházi tevékenységek tekintetében. Az IRIS fő feladata az IRIS-H tevékenységeinek koordinálása, az IRIS-hálózat stratégiai tervének meghatározása, a kínált szolgáltatás minőségének javítása, és a hálózat költségvetésének monitoringja.
- (29) A Loi CPAS XII. fejezetének megfelelően mindegyik helyi kórházi szervezet belső szabályzata alapján jött létre, amelyek egyebek között meghatározzák a rendeltetést, a tagok jogait és kötelezettségeit, valamint a szervezet döntéshozó testületeit ⁽²⁷⁾. Ezen az alapon minden szervezetnél van Általános Közgyűlés és Igazgatási Tanács, amelyben a szervezetet létrehozó felek (lásd a (28) preambulumbekendést) képviselőket kapnak; de a kormány (azaz az önkormányzat és a CPAS) képviselői mindig többségben vannak ezen döntéshozó testületekben. ⁽²⁸⁾ Ennek következtében egyértelmű, hogy minden egyes IRIS-H-t a hatóságok irányítják. Hasonlóképpen, az önkormányzatoknak, a CPAS-nak nagy többsége van az IRIS kórházközi szervezetében az Általános Közgyűlésben és az Igazgatási Tanácsban.
- (30) A Loi CPAS XIIb. fejezete meghatározza – többek között – a helyi kórházi szervezetre vonatkozó ellenőrzési és igazgatási szabályokat. Pontosabban, az IRIS kórházközi szervezetnek stratégiai tervet kell készítenie, amely a helyi XII. fejezet szerinti szervezetekre kötelező. E terv alapján minden egyes helyi kórházi szervezetnek irányítási és pénzügyi terveket kell készítenie, és azokat az IRIS-nek jóváhagyásra be kell nyújtania (lásd a Loi CPAS 135d. cikkét). A helyi kórházi szervezetnek is engedélyt kell kérnie az IRIS-től bizonyos jelentősebb döntések előtt (lásd a 135e. cikket) és azt az IRIS negyedévenként monitorozza (lásd a 135f. cikket). Az IRIS egyben minden egyes helyi kórházi szervezetbe képviselőt jelöl, aki részt vesz e szervezetek döntéshozó testületeinek ülésein és aki megvétózhatja azokat a döntéseket, amelyek nem felelnek meg az IRIS döntéseinek (lásd a 135 g. cikket).
- (31) Végül, az eljárást megindító határozat (31) és (32) preambulumbekendésében kifejtettek szerint, a brüsszeli közközházak CPAS által felügyelt és irányított szervezetátalakításának volt egy pénzügyi része is. Pontosabban, a *Fonds Régional Bruxellois de Refinancement des Trésoreries Communales* (a továbbiakban: FRBRTC) révén Brüsszel főváros régiója 4 milliárd belga frank (mintegy 100 millió EUR) kölcsönt adott 20 évre a közközházak üzemeltető önkormányzatoknak (saját CPAS-ükön keresztül) ⁽²⁹⁾. Ezek az önkormányzatok viszont ezeket a pénzeszközöket közközházaiuknak ítélték pénzügyi kötelezettségeik fedezésére ⁽³⁰⁾. Brüsszel főváros régiója 1996. június 6-án úgy döntött, hogy nem kéri vissza a kölcsönt és kamatait azzal a feltétellel, hogy a kórházi szervezetátalakítási megállapodásokat teljes körűen végrehajtják és a pénzügyi terveket betartják.

2.3. Az IRIS-H-ra vonatkozó szabályozási keret

- (32) Az előző pontból egyértelmű, hogy az IRIS-H-t a Loi CPAS alapján arra hozták létre, hogy a CPAS-ok teljesíthessék szociális támogatási kötelezettségüket. Ezeknek a kórházaknak az irányítása ezért elsősorban a Loi CPAS alapján történik. Azonban kórházként vonatkozik rájuk az 1987. augusztus 7-i törvény (*Loi coordonnée sur les hôpitaux*, a továbbiakban: LCH) ⁽³¹⁾ 147. cikke (az LCH 2008. július 10-i törvény szerinti változatában most 163. cikk) ⁽³²⁾, amely előírja:

„A CPAS által irányított kórházak és az ilyen kórházakban dolgozó orvosok esetében a koordinált törvény kiegészíti a Loi CPAS-t.”

⁽²⁶⁾ Az IRIS felügyeletére (Brüsszel főváros régiója) 1995. december 22-i *Ordonnance*-ában (Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 1996. február 7., 2737. o.) meghatározott feltételek vonatkoznak.

⁽²⁷⁾ A Loi CPAS 120. cikke írja elő a szervezetek CPAS által létrehozott belső szabályzatra vonatkozó minimumkövetelményeket, a Loi CPAS XII. fejezete alapján.

⁽²⁸⁾ Ezzel összefüggésben a Loi CPAS 125. cikke előírja, hogy: „A különféle partnerek hozzájárulására tekintet nélkül a közjogi jogalanyok mindig többségi szavazattal rendelkeznek a szervezet különböző igazgatási és irányítási testületeiben.”

⁽²⁹⁾ Az FRBRTC-t az 1993. április 8-i *Ordonnance* hozta létre, Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 1993. május 12., 10889. o. (módosította a 2002. május 2-i *Ordonnance*).

⁽³⁰⁾ A 100 millió EUR összeg nem volt elegendő a kórházak teljes, 1995 végén fennállt pénzügyi kötelezettségének fedezésére, mivel a halmozott veszteség 1995 végén a becslések szerint csaknem 200 millió EUR volt.

⁽³¹⁾ Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 1987. október 7., 14652. o., felváltotta a 2008. július 10-i koordinált kórházról törvény (Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 2008. november 7., 58624. o.).

⁽³²⁾ A hivatkozás egyszerűsítése érdekében ebben a határozatban az LCH 147. cikkére való hivatkozásba beleértendő – a 2008. július 10-i törvény hatálybalépésétől kezdődően – az LCH 163. cikkére való hivatkozás is.

- (33) Az LCH határozza meg, többek között, azokat a kórházfajtákat, amelyek hivatalosan engedélyezhetőek⁽³³⁾, a kórház irányításának feltételeit és az orvosi tevékenység felépítését⁽³⁴⁾, a kórházi programozást⁽³⁵⁾, a kórházak és a kórházi szolgáltatások engedélyezési feltételeit⁽³⁶⁾, a kórház és a kórházi orvosok közötti jogviszonyt, a kórházi orvosok pénzügyi szabályzatát, ideértve egyebek mellett a díjak beszedését és meghatározását, hogy mit fedeznek a díjak, valamint a központilag beszedett díjak szétosztását⁽³⁷⁾.
- (34) Emellett az IRIS-H-ra vonatkoznak a helyi kórházi szervezet belső szabályzatában meghatározott szabályok, amelyek meghatározzák egyebek mellett az IRIS-H rendeltetését, illetve a szervezet tagjainak jogait és kötelezettségeit (lásd még (29) preambulumbekendést).
- (35) Végezetül a helyi kórházi szervezetek az IRIS kórházközi szervezet felügyelete alatt működnek, ami korlátozza egyes pénzügyi és irányítási döntések autonóm meghozatalára vonatkozó képességüket (lásd még a (30) preambulumbekendést). Jelentős, hogy az IRIS kórházközi szervezet fogadja el a többéves stratégiai terveket, amelyek kötelezőek a helyi kórházi szervezetekre, a Loi CPAS 135e. cikke szerint.
- (36) Összefoglalva, az IRIS-H működésének szabályozási keretét a Loi CPAS, az LCH, a helyi kórházi szervezetek belső szabályzata, és az IRIS kórházközi szervezet kötelező stratégiai tervei alkotják.

2.4. Az IRIS-H fő tevékenységei

- (37) Az IRIS-H fő tevékenysége kórházi szolgáltatások nyújtása a páciensek részére Brüsszel főváros régiójában. Az IRIS-H együttesen csaknem 10 000 főt foglalkoztat, évente több mint 1 millió konzultációt tart és Belgium legnagyobb sürgősségi segélyszolgálat. Az IRIS-H átfogó orvosi szolgáltatásokat nyújt az összes főbb orvosi területen, kettő közülük szakosodott (különösen a Fabiola Királynő Egyetemi Gyermekkorház pediátriára, míg az Institut Bordet onkológiára szakosodott).
- (38) Az orvosi szolgáltatások mellett az IRIS-H egy sor kapcsolódó szociális tevékenységet is folytat. Az IRIS-H alkalmazásában álló szociális munkások segítik a hátrányos helyzetű pácienseket és családjukat pénzügyi, igazgatási, interperszonális és szociális nehézségek megoldásában és kezelésében.
- (39) Az öt IRIS-H jelenleg orvosi és kapcsolódó szociális szolgáltatásait Brüsszelben egy tizenegy részlegről álló hálózaton keresztül nyújtja. Ezek a részlegek hat önkormányzat (azaz Anderlecht, la Ville de Bruxelles, Etterbeek, Forest, Ixelles és Schaerbeek) területén találhatóak.
- (40) Az IRIS-H feladatának tekinti „az egyén és a mindenki szolgálatát, életük minden pontján, a bölcsőtől a sírig, orvosi problémáiktól függetlenül.”⁽³⁸⁾ A tizenegy IRIS-H részleg közül tíz olyan önkormányzatnál található, ahol az átlagjövedelem nem haladja meg⁽³⁹⁾ Brüsszel főváros régiójának mediánját. A Szövetségi Közegészségügyi Közszolgálat által felállított rangsor alapján (lásd a (185) preambulumbekendésben a rangsort tartalmazó táblázatot), a három legnagyobb átfogó IRIS-H (a CHU Saint-Pierre, a CHU Brugmann és az ISH) az a három kórház, amelynek betegprofilja társadalmi-gazdasági szempontból Belgiumban a leggyengébb. Ezt még inkább szemlélteti az a tény, hogy 2012-ben a CHU Saint-Pierre és a CHU Brugmann kórházba felvett összes beteg csaknem 11 %-ának nem volt biztosítási fedezete a kötelező belga betegbiztosítás szerint és nem tudta a kezelést kifizetni, míg e kórházak betegeinek 15 %-a a CPAS-támogatástól (is) függött.

⁽³³⁾ Lásd az 1987. augusztus 7-i törvény 2–7. cikkét.

⁽³⁴⁾ Lásd az 1987. augusztus 7-i törvény 10–17. cikkét.

⁽³⁵⁾ Lásd az 1987. augusztus 7-i törvény 23–45. cikkét. A kórházi programozási mechanizmus a kórházi ágyak maximális számának meghatározása régióként, a szövetségi kormány által meghatározott orvosi szükségletek alapján. Ebből következik, hogy ha nem nő a kórházi ágyak iránti kereslet, új kórházi ágyak (vagy új kórházak) csak akkor létesíthetőek, ha meglévő ágyakat egyidejűleg máshol felszámolnak.

⁽³⁶⁾ Lásd az 1987. augusztus 7-i törvény 68–76f. cikkét.

⁽³⁷⁾ Lásd az 1987. augusztus 7-i törvény 130–142. cikkét.

⁽³⁸⁾ Lásd: <http://www.iris-hopitaux.be/en> (2015. augusztus 9-i állapot).

⁽³⁹⁾ A medián átlagjövedelemről részletesebben lásd a 246. lábjegyzetet.

- (41) Végezetül az IRIS-H-nak számos kiegészítő tevékenysége is van (pl. a páciensek kórházak között mentőautóval történő szállítása; óvoda a dolgozók gyermekeinek; ápolási és idősotthonok; ápolóképző; kutatás; saját lakókörnyezetben való életvitel segítése; és pszichiátriai gondozó intézmények; egy kis üzlet a páciensek és látogatók számára; televízió bérbeadása a pácienseknek, helyiség bérbeadása harmadik személyeknek; étkezde és parkoló). Ezek a kiegészítő tevékenységek az IRIS-H összes tevékenységének csak igen kis százalékát teszik ki, amint azt az IRIS-H teljes árbevételében való igen alacsony (azaz átlagban 2 % alatti) részesedésük is tükrözi.
- (42) E tevékenységek összessége adja az IRIS-H költségeit és árbevételét. Költségeiket – a végzett konkrét tevékenységek mellett – befolyásolja közkórházi jogállásuk is, amely a magánkórházakra nem vonatkozó számos korlátozással jár. Az IRIS-H általános gazdasági érdekű szolgáltatásainak és kiegészítő tevékenységeinek nyújtása során felmerült üzemeltetési költségeit egyebek mellett a következő tényezők emelik:
- az IRIS-H-nak viselnie kell a kétnyelvű munkavállalóknak megadandó kötelező nyelvpótlék követelményével ⁽⁴⁰⁾ járó mintegy [...] millió ⁽⁴¹⁾ EUR ⁽⁴²⁾ éves költséget,
 - a törvényi védelemben részesülő munkavállalókra ⁽⁴³⁾ (azaz a közalkalmazottakra) vonatkozó nyugdíjrendszer nagvonalúbb, mint a magánszektorbeli munkavállalókra vonatkozó, amelyhez az IRIS-H-nak a becslések szerint évente [...] millió EUR-val kell hozzájárulnia,
 - a törvényi védelemben részesülő munkavállalók hosszú távú betegségéhez kapcsolódó költségek ⁽⁴⁴⁾, amelyeket (a társadalombiztosítási rendszer helyett) az IRIS-H-nak kell viselnie, [...] millió EUR becsült éves összegben,
 - az IRIS-H-ra Brüsszel főváros régiója által előírt bértáblaemelések ⁽⁴⁵⁾, amely meghatározza az önkormányzatok, a CPAS és az IRIS-H munkavállalóinak bértábláját, és az emeléseknek csak a 60 %-át fizeti meg, ezzel az IRIS-H-ra hagy körülbelül [...] millió EUR költséget,
 - valamint az IRIS-H IRIS kórházközi szervezet költségeihez való kötelező hozzájárulása ⁽⁴⁶⁾ [...] millió EUR becsült éves költséggel.
- (43) Ezeket a maradványköltségeket az IRIS-H-nak kell viselnie és azokat más állami finanszírozási források (mint például a BMF, lásd a (46) (a) preambulumbekendést) nem fedezik.

2.5. Az IRIS-H finanszírozási és számviteli mechanizmusai

2.5.1. Finanszírozási mechanizmusok

- (44) Az IRIS-H finanszírozásának alapelve az öt helyi kórházi szervezet belső szabályzatának 46. cikkében ⁽⁴⁷⁾ került lefektetésre (lásd a (28)–(29) preambulumbekendést), amely előírja, hogy:

„A 109. cikk [LCH] sérelme nélkül a pénzügyi év eredményét az Általános Közgyűlés határozatával azon partnerek között kell felosztani, amelyek az Általános Közgyűlésben legalább a szavazatok egyötödével rendelkeznek.” ⁽⁴⁸⁾

⁽⁴⁰⁾ Ez a kötelezettség egyebek mellett az 1966. július 18-i törvényen, a Loi CPAS 42. cikkének (5) bekezdésén, az 1988. június 24-i törvényen, Brüsszel főváros régiója vezetőségének 1991. július 25-i rendeletén, és Brüsszel főváros régiója kormányának 1999. május 6-i rendeletén alapul.

⁽⁴¹⁾ Az ebben és a következő preambulumbekendésben szereplő minden költségbeclés 2010-re vonatkozik és az adott esetben Brüsszel főváros régiója vagy a szövetségi kormány általi közfinanszírozás levonása után az IRIS-H által viselendő maradványköltségeket tükrözi.

⁽⁴²⁾ Szakmai titokként kezelendő információk.

⁽⁴³⁾ Ennek a kötelezettségnek az alapja különösen az 1988. június 24-i törvény 156. cikke, 161. cikkének (1) bekezdése és 161. cikkének (2) bekezdése, a Loi CPAS 42. cikkének (5) bekezdése és az 1995. október 27-i szakszervezeti jegyzőkönyv 3.4. pontja.

⁽⁴⁴⁾ Ez a kötelezettség egyebek mellett az 1961. február 14-i törvényen, a Loi CPAS 42. cikkének (5) bekezdésén, az 1988. június 24-i törvényen, Brüsszel főváros régiója vezetőségének 1991. július 25-i rendeletén, és Brüsszel főváros régiója kormányának 1999. május 6-i rendeletén alapul.

⁽⁴⁵⁾ A bértáblaemeléseket a 2003/1, 2004/10, 2007/1 és 2009/1 megállapodás határozza meg.

⁽⁴⁶⁾ Brüsszel főváros régiója a Loi CPAS XIIb. fejezetével összhangban előírt egy kórházközi szervezetet, amely az IRIS-H kórházi tevékenységeinek koordinációjáért és felügyeletéért felel.

⁽⁴⁷⁾ Megjegyezzük, hogy egyes IRIS-H kórházak esetében ezt az elvet eredetileg a 44. vagy a 47. cikk rögzítette. Érdemben azonban az elv minden esetben az eredeti belső szabályzatban már megemlítésre került.

⁽⁴⁸⁾ Az IRIS-H létrehozásának pillanatában ez az elv a belső szabályzat 44. cikkében került rögzítésre az alábbi szöveggel: „Az üzemi eredményt az Általános Közgyűlésben legalább a szavazatok egyötödével rendelkező partnerek között kell felosztani, az Általános Közgyűlésben való képviselőik arányában.”

Ennek alapján az önkormányzatoknak és a CPAS-nak kell teljes egészében viselniük az IRIS-H pénzügyi beszámolójában szereplő hiányt. Ezen túlmenően a Loi CPAS 106. cikke szerint az önkormányzatoknak kell fedezniük a CPAS-uk által termelt hiányt (lásd a (22) preambulumbekendést). Ennek következtében végső soron az önkormányzatok biztosítják (közvetlenül és a CPAS-uk irányában fennálló finanszírozási kötelezettségük révén) az IRIS-H folyamatos működését azzal, hogy teljes mértékben fedezik a kórházak által felhalmozott hiányt.

- (45) Az, hogy milyen mértékben kell az önkormányzatoknak és a CPAS-nak belső szabályzatuk 46. cikke alapján beavatkozniuk az IRIS-H által termelt hiány fedezése céljából, attól függ, hogy az IRIS-H mennyiben tudja költségeit más forrásból fedezni.
- (46) Az LCH öt olyan finanszírozási forrást ismertet, amelyek egyformán elérhetőek a közkórházak és a magánkórházak számára is. A belga kórházak üzemeltetési költségeit főként az első három finanszírozási forrás ⁽⁴⁹⁾ fedezi, míg a negyedik és az ötödik forrás a kórházak beruházási költségeihez kapcsolódik.
- a) Az első finanszírozási forrás a *budget des moyens financiers* (a továbbiakban: BMF) ⁽⁵⁰⁾, amelyet a közegészségért felelős szövetségi miniszter hozott létre, és csak azokat az egészségügyi tevékenységeket veszi figyelembe, amelyek a szociális biztonság körébe tartoznak. A BMF-t minden egyes kórházra az átfogó szövetségi állami költségvetés korlátain belül határozzák meg. A rendelkezésre álló szövetségi költségvetés kerül szétosztásra az összes kórház között és nem feltétlenül fedezi az összes támogatható költséget. A BMF-et 2002 óta minden egyes kórházra főként az általuk az előző évben nyújtott kezelési napok száma alapján határozzák meg. Majd ezt a konkrét összeget fizetik ki az egyes kórházaknak, két különböző módon. Konkrétan az összeg mintegy 85 %-át (a rögzített részt) havonta fizetik ki a kórházaknak, míg a fennmaradó 15 %-ot (a változó részt) a kórházban az adott évi tényleges felvétel és kezelési napok száma alapján fizetik. A BMF-et minden egyes év végén újraszámolják a tárgyévi tényadatok alapján, és az eredménytől függően a kórház valamely összeget kap vagy azt vissza kell fizetnie. A BMF-et részletesebben a 2002. április 25-i királyi rendelet szabályozza, amely meghatározza a kórházaknak adott BMF feltételeit és meghatározásának szabályait. A királyi rendelet megszabja a BMF meghatározásának módját, hogy milyen típusú költségek fogadhatóak el állami finanszírozással fedezhetőként és milyen szempontokat kell ebben a vonatkozásban alkalmazni. ⁽⁵¹⁾ Fontos kiemelni, hogy a BMF létrehozásának célja nem minden egyes kórház tényleges költségeinek megtérítése, hanem ehelyett az átlagos múltbeli költségek alapján átalányfinanszírozásként szolgál. Ennek következtében előfordulhat, hogy jelentős költségemelkedés vagy a kórház szervezeti és költségstruktúrájának más változása esetén a BMF nem elegendő.
- b) A második finanszírozási forrást a társadalombiztosítási kifizetések, azaz az *Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité* (a továbbiakban: INAMI) kifizetései a kórházak részére a betegeknek kínált kezeléseikért. Ennek a finanszírozásnak az alapja a *Loi Assurance Maladie-Invalidité* ⁽⁵²⁾, illetve annak az 1994. július 14-i törvényben megállapított egységes szerkezetű változata ⁽⁵³⁾, amely létrehozta a belga szociális betegségi és rokkantsági társadalombiztosítási rendszert, és meghatározza azokat az orvosi szolgáltatásokat és gyógyszereket, amelyekre társadalombiztosítási ellentételezés adható. A kórházak az orvosi díjak és a páciensek gyógyszereinek egy részét közvetlenül az INAMI-nak számlázzák. Ezek a kifizetések azonban nem fedezik a kórházak egészségügyi tevékenységeinek végzése során felmerült teljes költséget. Ennek eredményeként azok a kórházak, amelyeknek nincsen elegendő más bevételi forrása, a veszteséges válást kockáztatják.
- c) A finanszírozás harmadik forrását a közvetlenül a beteg vagy a magán-egészségbiztosítók által a kórházaknak teljesített kifizetések alkotják. Ezek a kifizetések azért szükségesek, mivel a társadalombiztosítás nem fedezi 100 %-ban az orvosi díjakat és más orvosi eszközöket (pl.: implantátumokat). Ezen túlmenően, ha a páciensek

⁽⁴⁹⁾ 2013 szeptemberében a Mutualité Chrétienne, az egyik legnagyobb belga mutuelles (amelyek olyan nonprofit magánszervezetek, amelyek az orvosi költségek megtérítését végzik szociális biztonsági alapon) egy cikket tett közzé, amely szerint a belga kórházak 2011. évi árbevétele a három forrás között átlagban a következő módon oszlott meg: (1) BMF: 49 %, (2) INAMI: 42 %, és (3) páciensek (vagy magánbiztosítók): 9 %.

⁽⁵⁰⁾ Lásd az 1987. augusztus 7-i törvény 87. cikkét.

⁽⁵¹⁾ Lásd a 2002. április 25-i királyi rendelet 24–87. cikkét, Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 2002. július 5., 30290. o.

⁽⁵²⁾ Lásd a módosított 1963. augusztus 9-i törvényt, Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 1963. november 1., 10555. o.

⁽⁵³⁾ Az 1994. augusztus 27-i Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 21524. o.

egyágyas szobát választanak, a normál kórházi ellátás díján és az orvosi díjakon felül pótlékok számíthatóak fel (azaz a kezelésként szokásos díjaknál több). Végezetül a pácienseknek felszámítható a többlétszolgáltatások igénybevétele (pl.: televízió bérlete, kórházi parkoló használata stb.).

A kórháznak központilag kell beszednie a páciensek vagy harmadik személyek által a kórházi orvosoknak a kórházba utalt páciensek kezeléséért járó ellentételezést. ⁽⁵⁴⁾ A kórházak és orvosai megállapodásokat kötnek, amelyek meghatározzák, hogy a kórházak a díjak mekkora százalékát tarthatják meg a beszedési költségeik és a BMF által nem finanszírozott egyéb költségeik fedezésére. ⁽⁵⁵⁾ A kórház a – normál orvosi díjakhoz hasonlóan – a fent említett pótlékok egy részét is visszatarthatja költségei egy részének fedezésére (ez ismét a kórház és orvosai megállapodásától függ). Ezért az orvosi díjak egy része nem az orvosokhoz kerül, hanem azt a kórházak üzemeltetési költségeinek fedezésére használják fel.

- d) A negyedik finanszírozási forrás célja kifejezetten a kórházak beruházási költségeinek fedezése. A kórházak beruházásait főként az állam fedezi (a Szövetségi kormány és az egyes régiók is fizetik a részüket), és a fennmaradó részt a kórházak bankhitellel kombinált saját forrásaiból fizetik. Az állami finanszírozás célja a kórház vagy kórházi osztály építése vagy felújítása, és a felszerelés és orvosi berendezések első beszerzése költségeinek fedezése. ⁽⁵⁶⁾ A beruházási támogatás maximális mértéke meghatározott (pl.: négyzetméterenként vagy egységenként meghatározott összeg).
- e) A közfinanszírozás ötödik általános forrása a beruházásokhoz kapcsolódik, és a tanulmányokra, építési projektekre történő kártérítés fizetésére, illetve kórház vagy kórházi osztály bezárásából vagy használatának megszüntetéséből eredő költségek kifizetésére szolgál. ⁽⁵⁷⁾ A gyakorlatban ilyen típusú finanszírozást nem túl gyakran ítélnék oda.

(47) Az LCH 109. cikke (az LCH 2008. július 10-i törvény szerinti változatában jelenleg 125. cikke ⁽⁵⁸⁾) határozza meg a hatodik finanszírozási mechanizmust, amelyet csak közkórházak (mint az IRIS-H) vehetnek igénybe. E rendelkezés szerint a közkórházak kórházi tevékenységeiből eredő hiányát azoknak az önkormányzatoknak kell fedezniük, amelyek azokat irányítják (azaz CPAS-ukon vagy egy olyan központi szervezeten keresztül, mint az IRIS). A hiány önkormányzatok általi (részleges) megtérítésének elve már az LCH elődjében, az 1963. december 23-i törvényben is szerepelt ⁽⁵⁹⁾, és azt az 1973. december 28-i törvény 34. cikke is megerősítette ⁽⁶⁰⁾. Egy királyi rendelet határozza meg az önkormányzatok által fedezendő hiány számításának szempontjait. ⁽⁶¹⁾ Ennek alapján a közegészségért felelős szövetségi miniszter minden évben meghatározza azt a hiányt, amelyet minden egyes közkórház esetében fedezni kell. A gyakorlatban az LCH 109. cikke szerinti hiány – amelyet a miniszter rendelkezése szerint fedezni kell – nem egyezik meg pontosan a kórház pénzügyi beszámolójában szereplő hiánnyal, mivel a pénzügyi beszámoló szerinti hiányban figyelembe vett egyes költségelemek (pl.: a nem kórházi tevékenységek eredménye, amelyek az IRIS-H esetében tisztán kiegészítő jellegűek a kórházi tevékenységekhez képest, ahogy az a (155) preambulumbekzdésben kifejtésre kerül) ⁽⁶²⁾ ki vannak zárva az LCH 109. cikke szerinti hiány fogalmából.

(48) Összegezve: az IRIS-H így olyan átfogó finanszírozási mechanizmus kedvezményezettje, amely biztosítja a generált összes hiány fedezetét. Az LCH-ban előirányzott öt általános finanszírozási intézkedés (lásd a (46) preambulumbekzdést) fedezi a kórházak üzemeltetési és beruházás költségeinek többségét. Amennyiben ezek a források nem elegendők a kórházak tevékenységeiből eredő költségek fedezésére, az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke kötelezi az önkormányzatokat az IRIS-H által generált teljes fedezésére (lásd a (44)–(45) preambulumbekzdést). A belső szabályzatának 46. cikkében tárgyalt számviteli hiánynak szükségképpen része „az LCH 109. cikke szerinti hiány” ⁽⁶³⁾ (lásd a (47) preambulumbekzdést) és a számviteli hiány teljes fedezésével az önkormányzatok az LCH 109. cikke szerinti kötelezettségüknek is eleget tesznek. Az alábbiakban a hiány-ellentételezési rendszer kifizetési módozatai kerülnek ismertetésre (lásd a 7.3.5. pontot).

⁽⁵⁴⁾ Lásd az 1987. augusztus 7-i törvény 133–135. cikkét.

⁽⁵⁵⁾ Lásd az 1987. augusztus 7-i törvény 140. cikkét.

⁽⁵⁶⁾ Lásd az 1987. augusztus 7-i törvény 46. cikkét.

⁽⁵⁷⁾ Lásd az 1987. augusztus 7-i törvény 47. cikkét.

⁽⁵⁸⁾ A hivatkozás egyszerűsítése érdekében ebben a határozatban az LCH 109. cikkére való hivatkozásba beleértendő – a 2008. július 10-i törvény hatálybalépéstől kezdődően – az LCH 125. cikkére való hivatkozás is.

⁽⁵⁹⁾ Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 1964. január 1., 2. o.; ez a törvény előírta, hogy a hiány 10 %-át a kórház helye szerinti önkormányzat fedezi, és a fennmaradó 90 %-ot a páciensek lakóhelye szerinti belga önkormányzatok.

⁽⁶⁰⁾ Az 1973. december 29-i Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 15027. o.

⁽⁶¹⁾ Eredetileg ez az 1986. december 8-i királyi rendelet volt (Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 1986. december 12., 17023. o.), amelyet az 1989. november 10-i királyi rendelet módosított, és később a 2006. március 8-i királyi rendelet (Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 2006. április 12., 20232. o.) váltott fel.

⁽⁶²⁾ Az LCH 109. cikke szerinti hiányból kizárt egyéb elemek körébe tartoznak egyebek mellett a BMF-fel kapcsolatos korrekciós kifizetések becslése, egyes céltartalékok és az értékcsökkenés bizonyos fajtái.

⁽⁶³⁾ Ennek oka az, hogy az LCH 109. cikke szerinti hiány számítása a számviteli hiányból bizonyos elemek kizárásával történik.

2.5.2. Számviteli követelmények

- (49) Valamennyi kórházra (azaz a köz- és magánkórházakra) vonatkoznak számviteli és átláthatóság követelmények. Konkrétan minden egyes kórháznak vezetnie kell olyan számlákat, amelyek lehetővé teszik minden egyes szolgáltatás önköltségének meghatározását, és amelyek betartják a számvitelről szóló 1975. július 17-i törvény⁽⁶⁴⁾ bizonyos elemeit.⁽⁶⁵⁾ Kötelező a nem kórházi tevékenységek elkülönített számlán történő kimutatása. A kórházak kötelesek egyben könyvvizsgálót kijelölni a kórház beszámolóinak és pénzügyi kimutatásainak tanúsítására.⁽⁶⁶⁾ Végezetül a kórházaknak be kell nyújtaniuk bizonyos (pénzügyi) információkat a közegészségért felelős szövetségi miniszternek⁽⁶⁷⁾ és annak szövetségi állami szolgálata is monitorozza az LCH betartását.⁽⁶⁸⁾

3. A PANASSZAL ÉRINTETT INTÉZKEDÉS ISMERTETÉSE

- (50) A panaszosok szerint Brüsszel főváros régiója úgy döntött, hogy ténylegesen átveszi az érintett brüsszeli önkormányzatok szerepét az IRIS-H hiányának ellentételezésében. A panasz megemlíti különösen a Brüsszel főváros régiója által létrehozott *Fonds Régional Bruxellois de Refinancement des Trésoreries Communales* (vagy FRBRTC) beavatkozásait.⁽⁶⁹⁾ Ezen túlmenően a panasz hozzáteszi, hogy 2003 óta maga Brüsszel főváros régiója is állítólagosan külön támogatásokat nyújtott az önkormányzatoknak⁽⁷⁰⁾ (azaz évente akár 10 millió EUR-t), amelyet az IRIS-H-nak támogatásként történő továbbadásra szánt.
- (51) Noha a panaszosok nem vonták kétségbe Brüsszel főváros régiójának ezen önkormányzatok tekintetében fennálló hatáskörét, úgy ítélték meg, hogy amit azok az IRIS-H regionális finanszírozásának tekintenek, túlmegy a hiány LCH 109. cikkében előírányzott fedezésén (lásd még a (47) preambulumbekendést). A panaszosok azzal érveltek, hogy az IRIS-H jelentős előnyhöz jutott az elhelyezkedésük szerinti önkormányzatoknak juttatott regionális finanszírozásból, és hogy e finanszírozás nem indokolható az LCH rendelkezései alapján. A panaszosok nem hivatkoztak a hiány IRIS-H belső szabályzatának 46. cikkében előírt fedezésének kötelezettségére.
- (52) Végezetül a panaszosok hivatkoztak arra a mintegy 100 millió EUR-ra, amelyet az FRBRTC-n keresztül brüsszeli közkórházak szerkezetátalakításával kapcsolatban ítélték oda, amely elvezetett az IRIS-H létrehozásához (lásd még a 2.2. pontot). A panaszosok állítása szerint ez a művelet az IRIS-H túlkompensációját eredményezte.

4. AZ ELJÁRÁS MEGINDÍTÁSA MELLETT SZÓLÓ OKOK

4.1. A Bizottság 2009. évi határozata

- (53) A fentebb bemutatottak alapján (lásd az (5) preambulumbekendést) a Bizottság 2009. október 28-án határozatot fogadott el, amelyben a támogatást nem kifogásolta⁽⁷¹⁾, megállapítva, hogy az IRIS-H közfinanszírozása Brüsszel főváros régiójában a belső piaccal összeegyeztethető állami támogatást képez, mivel az általános gazdasági érdekű szolgáltatások ellentételezése. A Bizottság ezt a határozatot az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2005. évi határozatra, illetve közvetlenül az EK-Szerződés 86. cikkének (2) bekezdésére (jelenleg EUMSZ 106. cikkének (2) bekezdése) alapozta.

⁽⁶⁴⁾ Az 1975. szeptember 4-i Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 10847. o.

⁽⁶⁵⁾ Lásd az 1987. augusztus 7-i törvény 77. és 78. cikkét.

⁽⁶⁶⁾ Lásd az 1987. augusztus 7-i törvény 80–85. cikkét.

⁽⁶⁷⁾ Lásd az 1987. augusztus 7-i törvény 86–86d. cikkét.

⁽⁶⁸⁾ Lásd az 1987. augusztus 7-i törvény 115. cikkét.

⁽⁶⁹⁾ Lásd a 29. lábjegyzetet.

⁽⁷⁰⁾ Ezeket a külön támogatásokat a 2003. február 13-i *Ordonnance* (Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 2003. május 5., 24098. o.) alapján ítélték oda.

⁽⁷¹⁾ A Bizottság SA.19864 (korábban NN 54/2009) sz. ügyben hozott határozata, HL C 74., 2010.3.24., 1. o.

- (54) A Bizottság határozatában figyelembe vette, hogy az IRIS-H-t három kórházi közszolgálati kötelezettséggel bízták meg: először, az összes (köz- és magán)kórház LCH szerinti általános kórházi feladata ⁽⁷²⁾; másodsor, valamennyi beteg minden körülmények között történő kezelésének kötelezettsége, ideértve a sürgősség utáni állapotban történő ellátást ⁽⁷³⁾; és harmadszor, a teljes körű kórházi ellátás nyújtásának kötelezettsége több részlegen ⁽⁷⁴⁾. Ezen túlmenően a Bizottság megállapította, hogy az IRIS-H megbízást kapott az orvosi ellátással együtt szociális támogatás nyújtásának nem kórházi közszolgálati kötelezettségre is ⁽⁷⁵⁾. Végezetül hivatkoztak a kétnyelvűség kötelezettségére is ⁽⁷⁶⁾. Úgy tekintették, hogy ezekkel a feladatokkal az IRIS-H-t az LCH, a Loi CPAS, az IRIS stratégiai tervei, és végezetül az IRIS-H és a CPAS által aláírt megállapodáson keresztül bízták meg. A Bizottság továbbá úgy ítélte meg, hogy az ellentételezési paramétereket előzetesen ⁽⁷⁷⁾ határozták meg, és megfelelő eljárásokat rendszeresítettek a túlkompensáció megelőzésére és korrigálására ⁽⁷⁸⁾. Végezetül a Bizottság meggyőződött arról is, hogy az IRIS-H külön elszámolásokat vezetett a kórházi és nem kórházi tevékenységek vonatkozásában ⁽⁷⁹⁾, ami viszont biztosította az IRIS-H kereskedelmi, nem általános gazdasági érdekű szolgáltatásnak minősülő tevékenységei keresztfinanszírozásának hiányát ⁽⁸⁰⁾.
- (55) A Bizottság értékelte azt is, hogy az IRIS-H esetében történt-e túlkompensáció a múltban (azaz 1996 és 2007 között) ⁽⁸¹⁾, és arra a következtetésre jutott, hogy ebben az ügyben ez nem történt meg ⁽⁸²⁾. A finanszírozási intézkedések egészében történő értékelésén túlmenően a Bizottság megvizsgálta az előlegek állított mechanizmusát is. Mivel a hiány LCH 109. cikke szerinti ellentételezését rendszeresen csak hosszabb, akár tízéves késedelemmel fizették ki, az IRIS-H állítólag az FRBRTC-n keresztül előleget kapott e hátralékos kifizetések kapcsán. A Bizottság megállapította, hogy mivel ezeket az állított előlegeket minden esetben vissza kellett fizetni a hiány LCH 109. cikke szerinti ellentételezését követően, ezek nem vezethettek az IRIS-H túlkompensációjához ⁽⁸³⁾.

4.2. A Törvényszék 2012. évi megsemmisítő ítélete

- (56) A Bizottság 2009. évi határozatára válaszul a panaszosok megsemmisítési keresetet indítottak az említett bizottsági határozat ellen a Törvényszéken ⁽⁸⁴⁾. A panaszosok azzal érveltek, hogy a Bizottság megsértette a panaszos eljárási jogait azzal, hogy nem indított hivatalos vizsgálati eljárást, mivel a Bizottságnak észlelnie kellett volna a szóban forgó vizsgálat súlyos nehézségeit ⁽⁸⁵⁾.
- (57) A Törvényszék a T-137/10. sz. ügyben hozott 2012. november 7-i ítéletében megsemmisítette a Bizottság 2009. évi határozatát, megállapítva, hogy a Bizottság köteles volt a hivatalos vizsgálati eljárás megindítására ⁽⁸⁶⁾.
- (58) A Törvényszék először megvizsgálta, hogy az IRIS-H-t egyértelműen meghatározott közszolgálati kötelezettséggel bízták-e meg ⁽⁸⁷⁾. A Törvényszék eljáróban megjegyezte, hogy mindegyik fél elfogadta azt, hogy az LCH valamennyi (köz- és magán)kórházat általános kórházi közszolgálati kötelezettséggel bízták meg ⁽⁸⁸⁾. Így csak az volt kétséges, hogy a Bizottság tévedett-e az előzetes vizsgálat során annak megállapításával, hogy az IRIS-H-t további kórházi és nem kórházi közszolgálati kötelezettségekkel bízták meg ⁽⁸⁹⁾. A Törvényszék megállapította, hogy kétségek álltak fenn abban a tekintetben, hogy a Bizottság által határozatában hivatkozott rendelkezések

⁽⁷²⁾ Ugyanott, a (140)–(145) preambulumbekkezdés.

⁽⁷³⁾ Ugyanott, a (146)–(150) preambulumbekkezdés.

⁽⁷⁴⁾ Ugyanott, a (146)–(150) preambulumbekkezdés.

⁽⁷⁵⁾ Ugyanott, a (151)–(155) preambulumbekkezdés.

⁽⁷⁶⁾ Ugyanott, a (156) preambulumbekkezdés.

⁽⁷⁷⁾ Ugyanott, a (175)–(181) preambulumbekkezdés.

⁽⁷⁸⁾ Ugyanott, a (182)–(193) preambulumbekkezdés.

⁽⁷⁹⁾ Ugyanott, a (204)–(205) preambulumbekkezdés.

⁽⁸⁰⁾ Ugyanott, a (206) preambulumbekkezdés.

⁽⁸¹⁾ Ugyanott, a (198) preambulumbekkezdés.

⁽⁸²⁾ Ugyanott, a (199) preambulumbekkezdés.

⁽⁸³⁾ Ugyanott, a (201) preambulumbekkezdés.

⁽⁸⁴⁾ Lásd a 14. lánjegyzetet.

⁽⁸⁵⁾ Ugyanott, 70. pont.

⁽⁸⁶⁾ Ugyanott, 313. pont.

⁽⁸⁷⁾ Ugyanott, 97–188. pont.

⁽⁸⁸⁾ Ugyanott, 119–120. pont.

⁽⁸⁹⁾ Ugyanott, 104. pont.

elegendőek voltak-e az IRIS-H azon további feladattal való megbízásához, hogy minden beteget minden körülmények között ⁽⁹⁰⁾ kezeljen ⁽⁹¹⁾, és további szociális szolgáltatásokat nyújtson ⁽⁹²⁾. Ezen túlmenően, a több részlegesen történő kórházi ellátás állítólagos feladatát illetően a Törvényszék rámutatott, hogy nem volt egyértelmű az, hogy az említett feladat miként tért el az LCH hatálya alatt álló összes kórházra vonatkozó általános programozástól és üzemeltetési követelményektől ⁽⁹³⁾.

- (59) Másodszor, a Törvényszék megvizsgálta, hogy a Bizottság bizonyította-e az egyértelmű ellentételezési paraméterek meglétét ⁽⁹⁴⁾. A kórházi feladatot illetően a Törvényszék foglalkozott az LCH 109. cikke szerinti hiány-ellentételezési rendszerrel ⁽⁹⁵⁾ – megjegyezve ugyanakkor, hogy a panaszos ezt a mechanizmust kifejezetten nem vitatta ⁽⁹⁶⁾ –, és az FRBRTC-n keresztül állított regionális finanszírozási mechanizmussal, amelyet annak érdekében hoztak létre, hogy időlegesen megelőlegezzék az IRIS-H hiányának pótlásához szükséges összegeket a hiány LCH 109. cikke szerinti fedezésének megtörténte előtt ⁽⁹⁷⁾. A 109. cikk vonatkozásában a Törvényszék megállapította, hogy a panaszosok nem terjesztettek elő a Bizottság kedvező értékelését befolyásoló érveket ⁽⁹⁸⁾. Az FRBRTC-mechanizmuson keresztül kifizetett, állított előlegeket illetően azonban a Törvényszék megállapította, hogy a Bizottság nem határozta meg az előlegek kiszámításának egyetlen paraméterét sem ⁽⁹⁹⁾, ezzel az előlegek hiányos vizsgálatát valósította meg ⁽¹⁰⁰⁾. A Törvényszék hozzátette, hogy a Bizottság ellentmondásba került határozatával, amikor a meghallgatásokon azt állította, hogy az FRBRTC volt az egyetlen mechanizmus, amelyen keresztül Brüsszel főváros régiója finanszírozta a brüsszeli önkormányzatokat, de IRIS-H-t nem ⁽¹⁰¹⁾.
- (60) Az IRIS-H állítólagos további szociális feladatát szolgáló közfinanszírozással kapcsolatban ⁽¹⁰²⁾ a Törvényszék megjegyezte, hogy ez a finanszírozás történetesen újfent az FRBRTC-től származik, amely megállapodást kötött az érintett brüsszeli önkormányzatokkal külön támogatás nyújtásáról abból a célból, hogy az önkormányzatok finanszírozhassák az IRIS-H által ellátott szociális feladatát ⁽¹⁰³⁾. A Törvényszék megállapította, hogy ez a megállapodás nem határozta meg előre az IRIS-H állított további szociális feladatával kapcsolatos ellentételezési paramétereket ⁽¹⁰⁴⁾.
- (61) Következő lépésben a Törvényszék megvizsgálta, hogy a Bizottság bizonyította-e a túlkompensáció elkerülését lehetővé tevő módszerek létezését, valamint a túlkompensáció hiányát ⁽¹⁰⁵⁾. A Törvényszék először megállapította, hogy az LCH megfelelő biztosítékokról rendelkezik annak biztosítására, hogy az LCH 109. cikke szerinti eljárás ne vezessen túlkompensációhoz ⁽¹⁰⁶⁾. Megállapította továbbá, hogy a Bizottság nem bizonyította, hogy hasonló rendszer létezett az önkormányzatok általi állított előlegfizetés tekintetében ⁽¹⁰⁷⁾, rámutatva különösen az IRIS-H-t arra vonatkozóan terhelő jogi kötelezettség nyilvánvaló hiányára, hogy fizesse vissza ezeket az előlegeket, amint megkapta az LCH 109. cikke szerinti hiány-finanszírozást ⁽¹⁰⁸⁾. A Bizottság által említett, a szociális többletfeladatokat finanszírozó külön támogatás vonatkozásában a Törvényszék megállapította, hogy a szociális feladatok finanszírozása keretében nyújtott túlkompensáció elkerülését lehetővé tevő módszereket illetően a Bizottság által lefolytatott értékelés nem kielégítő. ⁽¹⁰⁹⁾
- (62) Azon kérdés kapcsán, hogy az IRIS-H esetében a gyakorlatban történt-e túlkompensáció ⁽¹¹⁰⁾, a Törvényszék egyszerűen megjegyezte, hogy az elemzés hatóköre igen tág volt, és kiterjedt az IRIS-H több mint egy évtizedes időszakra vonatkozó összes pénzügyi eredményére ⁽¹¹¹⁾. Anélkül, hogy konkrét megállapítást tett volna

⁽⁹⁰⁾ Ugyanott, 123–151. pont.

⁽⁹¹⁾ Ugyanott, 152–159. pont.

⁽⁹²⁾ Ugyanott, 174–188. pont.

⁽⁹³⁾ Ugyanott, 159. pont.

⁽⁹⁴⁾ Ugyanott, 46–47. pont.

⁽⁹⁵⁾ Ugyanott, a (194), (195)–(202) pont.

⁽⁹⁶⁾ Ugyanott, 196. pont.

⁽⁹⁷⁾ Ugyanott, 194. pont.

⁽⁹⁸⁾ Ugyanott, 46–47. pont.

⁽⁹⁹⁾ Ugyanott, 46–47. pont.

⁽¹⁰⁰⁾ Ugyanott, 215. pont.

⁽¹⁰¹⁾ Ugyanott, 46–47. pont.

⁽¹⁰²⁾ Ugyanott, 231–244. pont.

⁽¹⁰³⁾ Ugyanott, 238. pont.

⁽¹⁰⁴⁾ Ugyanott, 239–244. pont.

⁽¹⁰⁵⁾ Ugyanott, 245–301. pont.

⁽¹⁰⁶⁾ Ugyanott, 253–255. pont.

⁽¹⁰⁷⁾ Ugyanott, 257., 258., 265. pont.

⁽¹⁰⁸⁾ Ugyanott, 259–264. pont.

⁽¹⁰⁹⁾ Ugyanott, 266–278. pont.

⁽¹¹⁰⁾ Ugyanott, 279–288. pont.

⁽¹¹¹⁾ Ugyanott, 286. pont.

a Bizottság azon megállapítására, hogy túlkompensáció nem történt, a Törvényszék úgy ítélte meg, hogy a Bizottság által végzett értékelés terjedelme és összetettsége önmagában alátámasztja a panaszos súlyos nehézségek fennállására vonatkozó érvelését ⁽¹¹²⁾.

- (63) Végezetül a panaszosok azzal érveltek, hogy a Bizottságnak értékelése során figyelembe kellett volna vennie az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokat nyújtó vállalkozás gazdasági hatékonyságát ⁽¹¹³⁾. A Törvényszék azonban ezt az érvet elvetette és megállapította, hogy:

„Az eddigi megfontolásokból ugyanis az következik, hogy a vállalkozás ágész nyújtása során tanúsított gazdasági hatékonysága az uniós jog jelenlegi állapotában nem tartozik valamely állami támogatás összeegyeztethetőségének az EK 86. cikk (2) bekezdése [jelenleg: az EUMSZ 106. cikkének (2) bekezdése] alapján történő mérlegelése körébe, vagyis a nemzeti hatóságok által az állami vállalat gazdasági hatékonyságára vonatkozóan hozott döntés ezen az alapon nem kifogásolható.” ⁽¹¹⁴⁾

- (64) A Törvényszék – megállapításait összefoglalva – kijelentette, hogy:

„A [panaszos] ugyanis számos olyan egybehangzó bizonyítékra hivatkozik, amelyek komoly kétségek fennállását támasztják alá azzal kapcsolatban, hogy a vizsgált intézkedések az EK 86. cikk (2) bekezdésének [jelenleg: az EUMSZ 106. cikkének (2) bekezdése] alkalmazására vonatkozó kritériumok alapján összeegyeztethetők e a közös piaccal, először is a kifejezetten az IRIS kórházakra jellemző kórházi és szociális közszolgáltatási feladatokra vonatkozó, világosan meghatározott megbízás létezését, másodsor az ellentételezés előre meghatározott paramétereinek létezését, harmadszor pedig az e közszolgáltatási feladatok finanszírozása keretében a túlkompensáció elkerülését lehetővé tevő módszerek létezését illetően [...]” ⁽¹¹⁵⁾

4.3. A Bizottság 2014. október 1-jei, eljárást megindító határozata ⁽¹¹⁶⁾

- (65) A Törvényszék azon következtetéseire figyelemmel ⁽¹¹⁷⁾, hogy a Bizottságnak kétségei kellett voltak legyenek az IRIS kórházaknak juttatott, vitatott közfinanszírozás belső piaccal való összeegyeztethetőségét illetően az EUMSZ 106. cikkének (2) bekezdése alapján, a Bizottságnak hivatalos vizsgálati eljárást kellett indítania, és azt a 2014. október 1-jei határozatával meg is tette. A Bizottság eljárást megindító határozatában megjegyezte, hogy a belga hatóságok szerint az érintett brüsszeli önkormányzatok és a CPAS döntött úgy, hogy az állami IRIS-H-t és nem a magánkórházakat bízza meg a következő további kötelezettségekkel ⁽¹¹⁸⁾, amelyek indokolják az IRIS-H javára bevezetett hiány-ellentételezési intézkedéseket:

- a) Az a kötelezettség, hogy orvosi segítséget nyújtson minden betegnek minden körülmények között: az IRIS-H nem tagadhatja meg azon páciensek kezelését, akik nem tudnak fizetni, illetőleg nem biztosítottak, még ha nem is sürgős orvosi ellátásra van szükségük. A magánkórházak állítólag csak a sürgős orvosi ellátásra szoruló összes beteget kötelesek kezelni, de nem sürgős esetben ilyen kötelezettség nem terhelné azokat.
- b) A kórházi szolgáltatások teljes körének több részlegén történő nyújtására fennálló kötelezettség: az önkormányzatok és a CPAS szándékosan választotta több olyan részleg megtartását, amelyek a kezeléseket teljes skáláját nyújtják, annak biztosítása érdekében, hogy azok a páciensek számára hozzáférhetőek legyenek. Az ágyak és a kísérő szolgáltatások kevesebb részlegre történő átcsoportosításának, és az ezzel történő költségmegtakarításnak a lehetőségét tudatosan elvetették. Ez a döntés különösen jelentős a hátrányos helyzetű páciensek és családjuk számára, mivel az IRIS kórházak többnyire a hátrányos helyzetű lakosságból álló nagyobb környékeken vagy azok közelében találhatók.
- c) A páciensek és családjuk számára szociális szolgáltatások nyújtásának kötelezettsége: szociális munkások segítik a hátrányos helyzetű pácienseket és családjukat pénzügyi, igazgatási, interperszonális és szociális

⁽¹¹²⁾ Ugyanott, 288. pont.

⁽¹¹³⁾ Ugyanott, 290. pont.

⁽¹¹⁴⁾ Ugyanott, 300. pont.

⁽¹¹⁵⁾ Ugyanott, 308. pont.

⁽¹¹⁶⁾ Lásd a 2. lábjegyzetet.

⁽¹¹⁷⁾ Lásd e tekintetben a T-137/10. sz. ügyben hozott ítélet 310. és 313. pontját.

⁽¹¹⁸⁾ Az, hogy ezek a tevékenységek ténylegesen az EUMSZ 106. cikkének (2) bekezdése értelmében vett általános gazdasági érdekű szolgáltatásokat alkotnak-e, és hogy a kórházak megbízása megfelelő volt-e, az alábbiakban kerül értékelésre (7.3.4. pont).

nehézségek megoldásában és kezelésében. Ezen túlmenően a szociális munkások előzetes szociális beszámolókat készítenek a CPAS pénzügyi beavatkozásának megkönnyítésére. Miközben valamennyi köz- és magánkórháznak alkalmaznia kell szociális munkásokat bizonyos kórházi szolgáltatásokra (ilyen a geriátria és a pszichiátria), a belga hatóságok azt állítják, hogy az IRIS kórházaknak külön további kötelezettségeik vannak, amelyek sokkal szélesebb körű szociális szolgáltatásokat és magasabb költségeket eredményeznek, mint amely az LCH szerint ellentételezésben részesül.

(66) A Törvényszék által kifejtett kétségek alapján ⁽¹¹⁹⁾ a Bizottság felkérte a belga hatóságokat, a panaszosokat és minden más érdekelt felet a vitatott állami finanszírozás összeegyeztethetőségének ellenőrzéséhez szükséges összes jelentős információ megadására, különösen a következő pontokat illetően:

— az IRIS-H állítólagos további feladatainak és annak pontos meghatározása, hogy az ezekre az állítólagos további feladatokra vonatkozó megbízások milyen dokumentumokon alapulnak (lásd az eljárást megindító határozat (87)–(89) preambulumbekzdését),

— az IRIS-H hiánya (amelyhez hozzájárulnak az állítólagos további feladatok) ellentételezésének jogalapja (lásd az eljárást megindító határozat (91) preambulumbekzdését),

— az, hogy rendszeresítettek-e (megfelelő) intézkedéseket az állítólagos további feladatok – különösen a visszafizetendő (esetleges) előlegek rendszerével együtt a hiány-ellentételezési rendszer révén történő – túlkompenzációjának megelőzésére, és hogy az IRIS-H-t terheli-e jogi kötelezettség az esetleges előlegek túlkompenzáció megelőzését célzó visszafizetésére (lásd az eljárást megindító határozat (95) preambulumbekzdését),

— abban az esetben, ha az évi legfeljebb 10 millió EUR külön támogatás kifizetése (lásd fent az (50) preambulumbekzdést) az IRIS-H hiányának ellentételezésétől elkülönülő ügyletnek minősül, az, hogy megfelelő intézkedéseket rendszeresítettek-e annak biztosítására, hogy az ellentételezés ne haladja meg a közszolgáltatási kötelezettségek teljesítésével felmerült költségek fedezéséhez szükséges mértéket (lásd az eljárást megindító határozat (96) preambulumbekzdését),

— az, hogy az IRIS-H ténylegesen nem részesült túlkompenzációban azóta, hogy önálló jogi szervezetben történő működését megkezdte (lásd az eljárást megindító határozat (97) preambulumbekzdését),

— minden további határozott, konkrét és részletes érv és dokumentáció arra vonatkozóan, hogy az IRIS-H javára szóló állami finanszírozási intézkedések az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat vagy az általános gazdasági érdekű szolgáltatások 2012. évi keretszabálya (lásd az eljárást megindító határozat (98) preambulumbekzdését), illetve az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2005. évi határozat (lásd az eljárást megindító határozat (100) preambulumbekzdését) hatálya alá tartozik-e, ha igen, miért és mennyiben, továbbá teljesülnek-e, ha igen, miért és mennyiben az azokban lefektetett összeegyeztethetőségi szempontok.

(67) A Bizottság az eljárást megindító határozat elfogadásával megragadta azt a lehetőséget, hogy pontosítsa a következő további ténykérdéseket:

— bármely FRBRTC- finanszírozás, illetve a külön támogatások (lásd a fenti (50) preambulumbekzdést) közvetlenül az IRIS-H-nak kerültek-e átutalásra vagy az FRBRTC és a külön támogatások egyszerűen Brüsszel főváros régiója és a brüsszeli önkormányzatok közötti finanszírozási mechanizmusok (lásd az eljárást megindító határozat (17) preambulumbekzdését),

— a Loi CPAS 60. cikkének (6) bekezdésében előírt követelmény pontos jellege (lásd fent a (19) preambulumbekzdést), egy közkórház bezárásának lehetőségei, és a kórházi programozási mechanizmustól való eltérés (lásd az eljárást megindító határozat (26) preambulumbekzdését),

— az, hogy az IRIS-H által végzett további szociális szolgáltatások gazdasági vagy nem gazdasági jellegűek (lásd az eljárást megindító határozat (48) preambulumbekzdését),

⁽¹¹⁹⁾ Lásd e tekintetben a T-137/10. sz. ügyben hozott ítélet 308. pontját.

- az, hogy a (Brüsszel főváros régiója részéről az önkormányzatoknak szóló) külön támogatások önkormányzatok részéről az IRIS-H-nak történő továbbadása a hiány fedezésére szolgáló mechanizmustól (lásd az eljárást megindító határozat (92) preambulumbekzdését) elkülönülő tranzakciónak minősíthető-e, és ha igen, mi annak a pontos módozatait meghatározó, irányadó jogalap,
- létezik-e előzetes kifizetési mechanizmus vagy sem, mely jogalapon és hogyan történtek ezek a kifizetések (ha volt ilyen), továbbá elkülönült támogatási intézkedésnek tekinthető-e a hiány fedezésére szolgáló mechanizmustól vagy sem, valamint tisztázandó, hogy az FRBRTC útján finanszírozták-e az ilyen előlegeket (ha volt ilyen) (lásd az eljárást megindító határozat (93) preambulumbekzdését),
- a *pérennité* (azaz a közkórházak működésének folytonossága és életképessége, lásd még lentebb a (30) preambulumbekzdés) fogalmának, jogalapjának (különösen az IRIS és az IRIS-H szintjén), kihatásainak és annak további pontosítása, hogy a *pérennité* miként indokolja az e kórházak javára szóló hiány-ellentételezési rendszereket (lásd az eljárást megindító határozat (102)–(103) preambulumbekzdését),
- az, hogy vannak-e az eljárást megindító határozatban említettek (azaz további általános gazdasági érdekű szolgáltatási feladatok megléte és a közkórházak *pérennité*-je) túlmutató olyan okok, amelyek indokolhatják az IRIS-H további finanszírozását (lásd az eljárást megindító határozat (103) preambulumbekzdését).

5. AZ ÉRDEKELT FELEK ÉSZREVÉTELEI

- (68) A Bizottság négy érdekelt féltől (azaz a CBI-től, az ABISP-től, a Zorgnet Vlaanderen-től és a UNCPSY-től) kapott észrevételeket, amelyek összefoglalása alább olvasható:

5.1. CBI

- (69) A CBI – a panaszos – az eljárást megindító határozatra válaszolva megjegyzi, hogy álláspontjuk szerint az említett határozatban nem szerepel semmiféle, az IRIS-H-ra bízott konkrét feladat létezését bizonyító, illetve az állítólagos feladat ellentételezési rendszereire vagy az e tekintetben rendszeresített ellenőrzésekre vonatkozó új elem, érv vagy magyarázat. A panaszosok ezért főként a korábbi beadványaikban kidolgozott érvekre hivatkoznak.
- (70) A CBI megerősíti azon álláspontját, hogy: (1) az IRIS-H nem kapott megbízást konkrét általános gazdasági érdekű szolgáltatásokra az összes belga (köz- és magán)kórházra háruló szolgáltatásokon túl, és (2) még ha a Bizottság azt is állapítaná meg, hogy ilyen további feladatok léteznek, azok meghatározása nem kellően egyértelmű ahhoz, hogy megfeleljen az uniós jog e tekintetben támasztott követelményeinek. A CBI egyben rámutat, hogy az új brüsszeli kormány javasolt (2014 júliusában közzétett) szakpolitikai programjában megemlítette a „2003. február 13-i Ordonnance átfogalmazását azon általános érdekű feladatok meghatározása céljából, amelyek indokolják az önkormányzatoknak nyújtott külön támogatásokat”. A panaszosok megítélése szerint ez annak a jele, hogy jelenleg ilyen feladatok nem léteznek, hanem azokat a jövőben fogják meghatározni.
- (71) A Loi CPAS 60. cikkének (6) bekezdése szerinti követelmények vonatkozásában a CBI véleménye az, hogy ezek nem adnak hozzá semmit az LCH-hoz a további vagy konkrét általános gazdasági érdekű szolgáltatások olyan fogalom meghatározása tekintetében, amely csak az olyan közkórházakra vonatkozna, mint az IRIS-H. A panaszosok azzal is érvelnek, hogy a további szociális feladat csak a más kórházakénál – amit „(a köz- és magán)kórházak esetében közös) alapvető szociális feladatnak” neveznek – nagyobb mértékű szociális szolgáltatásokból áll. A CBI véleménye szerint mindez elégtelen annak megállapításához, hogy az IRIS-H-nak többlet szociális feladata van. Emellett azon kérdés vonatkozásában, hogy ezek a szolgáltatások gazdasági jellegűek-e,

azzal érvelnek, hogy azon tény miatt, hogy ezeket a szolgáltatásokat ingyenesen nyújtják, nem fosztja meg azokat gazdasági jellegűktől. Végezetül a CBI úgy véli, hogy a további szociális szolgáltatások elválaszthatatlanok a tágabb egészségügyi szolgáltatásoktól, amelyek maguk elvitathatatlanul gazdasági jellegűek, mivel ezt sosem vitatták.

- (72) A CBI szerint az egyetemes ellátás feladata fennáll a közkórházak és a magánkórházak esetében egyaránt. Álláspontjuk szerint nincs eltérés a közkórházak és a magánkórházak között a „szociális páciensek” kezelésében, „sürgősségi” vagy „sürgősség utáni” helyzetben sem. Ebben az összefüggésben a CBI hivatkozik a brüsszeli elsőfokú bíróság⁽¹²⁰⁾ az illegálisan Belgiumban élő külföldieknek (a továbbiakban: úti okmányokkal nem rendelkező migránsok) történő sürgős orvosi segítségnyújtásról⁽¹²¹⁾ szóló ítéletére, amely bizonyítja, hogy ebben az összefüggésben az ilyen segítséget köz- és magánkórházak is nyújthatják. A CBI hozzáteszi, hogy⁽¹²²⁾ a *Mutualités Chrétiennes*⁽¹²³⁾ 2004. februári kiadványa szerint Brüsszel főváros régiójában a magánkórházak kezelik a „szociális páciensek” több mint 60 %-át. A panaszosok megítélése szerint továbbá a Loi CPAS, a stratégiai IRIS-tervek, a „*domicile de secours*” megállapodások⁽¹²⁴⁾ további feladatokat nem állapítanak meg.
- (73) A „több részlegen történő ellátás feladata” vonatkozásában a CBI úgy ítéli meg, hogy továbbra sincsen magyarázat arra, hogy miből áll a több részlegen történő kórházi ellátási tevékenységek kötelezettsége, és arra sem, hogy ez a kötelezettség mennyiben ró az IRIS-H-ra további terheket. A további szociális feladatot illetően a CBI véleménye az, hogy a Loi CPAS 57. cikke nem keletkeztet további kötelezettségeket az IRIS-H vonatkozásában, és semmi esetre sem határozza meg azokat érthető módon (nem érthetőbben, mint a stratégiai IRIS-tervek vagy a „*domicile de secours*” megállapodások).
- (74) Az ellentételezési paraméterek egyértelmű fogalom meghatározását illetően a CBI rámutat, hogy a belga hatóságok szerint az IRIS-H a magánkórházakétól eltérő sajátos feladatot lát el, és hogy ez a sajátos feladat az LCH-ban nincsen meghatározva, hanem annak más a jogalapja. A CBI szerint egyértelműen kizárt, hogy az LCH ellentételezési paramétereket határozzon meg egy vagy több olyan közszolgálati kötelezettség vonatkozásában, amelyekről az LCH nem rendelkezik. Ezen túlmenően CBI megjegyzi, hogy nincs kapcsolat a szóban forgó külön feladatok állított jogalapja és az ellentételezési rendszerek között. A panaszosok megjegyzik, hogy úgy tűnik, nem tettek megkülönböztetést egyfelől az állított külön feladatok költségeiből eredő hiány, és másfelől az alapfeladat költségeiből eredő hiány között. Végezetül a CBI utal a belga Pénzügyi Felügyelőség több véleményére, amelyek megállapították, hogy lehetetlen volt a 2003. február 13-i *Ordonnance* alapján juttatott külön támogatások felhasználásának monitorozása, mivel az *Ordonnance* nem határozta meg azokat a közösségi érdekű feladatokat, amelyekre ezeket a támogatásokat adták.
- (75) A CBI megismétli azon korábbi állításait is, amelyek szerint nem voltak intézkedések a túlkompensáció megelőzésére. Hozzáteszik, hogy az IRIS-H által ellátott külön feladatok pontos meghatározása hiányában lehetetlen megmondani, hogy mely tevékenységekre kell vagy nem kell ellentételezésnek vonatkoznia. A CBI álláspontja szerint ezért lehetetlen a túlkompensáció megelőzését szolgáló monitoring mechanizmus meglétének ellenőrzése.
- (76) Végezetül a CBI rámutat, hogy miközben az 1994. május 19-i együttműködési megállapodás hivatkozik a közkórházak *pérennité-jére*, ez a dokumentum a feladatot nem határozza meg és nem alkot megbízást sem. A CBI szerint ez a megállapodás különösen nem jelzi azt semmiféle módon, hogy valamely önkormányzatnak

⁽¹²⁰⁾ Lásd az RG 2010/15534/A. sz. ASBL *La Clinique Fond’Roy kontra [...] és Uccle és Anderlecht CPAS ügyben hozott 2013. január 25-i ítéletet.*

⁽¹²¹⁾ A sürgős orvosi segítségnyújtásról szóló 1996. december 12-i királyi rendelet előírja, hogy a sürgősséget nyilvántartott orvos vagy fogorvos értékeli és tanúsítja. A törvény a sürgősség fogalmát nem határozza meg hanem azt a felkeresett egészségügyi szakember értékeli. Ezért a sürgős orvosi segítségnyújtás felöllelhet minden kórházban vagy járóbeteg-ellátásban nyújtott gyógyító és megelőző ellátást, illetve gyógyszerek felírását is. A sürgős orvosi segítségnyújtás ennélfogva eltér a (97) preambulumbekendésben ismertetett életet veszélyeztető sürgősségi helyzettől.

⁽¹²²⁾ MC-Information n°211 (2004. február), 8–14. o.

⁽¹²³⁾ Lásd a 49. lábjegyzetben a szervezet rövid ismertetését.

⁽¹²⁴⁾ A „*domicile de secours*” megállapodásokat az IRIS-H és Brüsszel főváros régiójának 19 CPAS-a közül 17 kötötte meg (lásd még a (187)–(188) preambulumbekendést). Ezek a megállapodások állapítják meg a kezelési költségek azon páciensek számára történő, CPAS általi megtérítésének konstrukcióit, akik a kezelésért nem tudnak fizetni és nincsen biztosításuk, feltéve, ha bizonyos feltételek teljesülnek. Egyebek mellett ezek a megállapodások meghatározzák, hogy az IRIS-H-nak lehetőség szerint össze kell gyűjtenie az ún. „szociális vizsgálatok”-ra vonatkozóan szükséges információkat (lásd még a (210)–(211) preambulumbekendést).

vagy településnek a területén közkórházzal kell rendelkeznie, és nem állapít meg semmiféle olyan szabályt a belgiumi kórházi szolgáltatási programozásra, amely megkövetelné valamely szolgáltatás közkórházban történő üzemeltetését.

5.2. ABISP

- (77) Az *Association bruxelloise des institutions de soins privées* (ABISP) – az egyik eredeti panaszos (lásd az (1) preambulumbekendést) – az eljárást megindító határozatra tett észrevételeiben megjegyzi, hogy valamennyi belga kórháznak, belső szabályzatától (*statuts*) vagy tulajdonosától függetlenül törvényi kötelezettsége az általános érdekű feladatok ellátása. Ezzel összefüggésben az ABISP utal az LCH 2. cikkére⁽¹²⁵⁾. Végezetül az ABISP megismétli, hogy panaszát visszavonta.

5.3. Zorgnet Vlaanderen

- (78) A *Zorgnet Vlaanderen* több mint 500 flamand ellátást nyújtót (így általános kórházakat, pszichiátriai gondozó intézményeket és ápolási otthonokat) képvisel. Az eljárást megindító határozatra tett észrevételeiben a *Zorgnet Vlaanderen* hangsúlyozza, hogy az összes belga kórház – legyen az köz- vagy magánkórház – ugyanolyan közszolgáltatási kötelezettségeket teljesít az LCH keretében. Ezen túlmenően a *Zorgnet Vlaanderen* rámutat, hogy az LCH a kórházként való elismeréshez a jogi formát (azaz köz vagy magán) semmiféle feltételt nem szab. Emellett a *Zorgnet Vlaanderen* megjegyzi, hogy a kórházak közszolgáltatási kötelezettségeinek meghatározása nem utal regionális sajátosságra. Végezetül a *Zorgnet Vlaanderen* állítja, hogy Flandriában és Brüsszel főváros régiójában a kórházak nem látnak el másféle szociális feladatot.

5.4. UNCPSY

- (79) A *Union Nationale des Cliniques Psychiatriques Privées* (UNCPSY) a franciaországi pszichiátriai magánklinikák szövetsége. Az eljárást megindító határozatra tett észrevételeiben a UNCPSY azzal érvel, hogy annak ellenőrzéséhez, hogy az állami finanszírozás nem lépi túl a közszolgáltatás nettó költségeit, ez a nettó költség nem lehet korlátlan, és nem hagyhatja figyelmen kívül azt, hogy a szolgáltató irányítása megfelelő-e. Ebben az összefüggésben a UNCPSY véleménye, hogy a Bizottságnak össze kellene hasonlítania a köz- és magánkórházakat annak meghatározásához, hogy a támogatás az EUMSZ 106. cikkének (2) bekezdése értelmében véve arányos-e.
- (80) Ebben az összefüggésben a Bizottság megjegyzi, hogy a UNCPSY észrevételei ellentétesek a Törvényszék 2012. november 7-i ítéletének (T-137/10. sz. ügyben hozott ítélet) 300. pontjának következtetéseivel, miszerint a vállalkozás általános gazdasági érdekű szolgáltatás nyújtása során tanúsított gazdasági hatékonysága nem tartozik valamely állami támogatás összeegyeztethetőségének az EUMSZ 106. cikk (2) bekezdése alapján történő mérlegelése körébe (lásd e tekintetben a (63) preambulumbekendést).

6. A BELGA KIRÁLYSÁG ÉSZREVÉTELEI

6.1. Belgium észrevételei az eljárás megindításáról szóló határozatról

- (81) A Bizottság 2014. október 1-jei határozatára és annak (17) preambulumbekendésére adott válaszukban a belga hatóságok megjegyzték, hogy Brüsszel főváros régiójának (azaz az évi legfeljebb 10 millió EUR külön támogatás) és az FRBRTC-nek a pénzügyi beavatkozása csak az önkormányzatoknak és nem az IRIS-H-nak szóló pénzügyi transzferek. Ennek következtében a belga hatóságok szerint ezek olyan hatóságok közötti pénzügyi transzferek, amelyek nem tartoznak az EUMSZ 107. cikke (1) bekezdésének hatálya alá. A belga hatóságok szerint sem Brüsszel főváros régiója, sem az FRBRTC nem adott támogatást az IRIS-H-nak. Ehelyett úgy tekintik, hogy ezek a transzferek a régió általános önkormányzati finanszírozási hatáskörének részét képezték, amely lehetővé teszi az

⁽¹²⁵⁾ Az LCH 2. cikke így szól: „Ezen összehangolt törvény alkalmazása céljából a következők minősülnek kórháznak: olyan egészségügyi intézmények, ahol bármikor megfelelő szakorvosi vizsgálatokat és/vagy orvosi kezeléseket, műtéteket és esetlegesen szülészeti ellátást lehet nyújtani multidiszciplináris környezetben, a szükséges és megfelelő orvosi, orvosi-technikai, ápolási, életmentő és logisztikai keretben a (páciensek) számára, akiket felvesznek és ott is maradhatnak, mert egészségük igényli ezt a kezelést, hogy a lehető leggyorsabban leküzdhesse a betegségét, az egészségük helyreállítása vagy javítása, vagy sérülések stabilizálása céljából”.

önkormányzatoknak közös érdekű feladataik ellátását, ideértve a CPAS feladatait is. Ebben az összefüggésben a panaszos Pénzügyi Felügyelőség véleményeire való hivatkozása csak Brüsszel főváros régióját és az önkormányzatokat érinti, az IRIS-H-t azonban nem. Végeterül a belga hatóságok azzal érvelnek, hogy az intézményi reformokról szóló 1980. augusztus 8-i különleges törvény és a belga Államtanács véleménye⁽¹²⁶⁾ szerint Brüsszel főváros régiója csak az önkormányzatokat finanszírozhatja, az IRIS-H-t nem, mivel konkrét kórházi feladatok finanszírozása nem tartozik a régió hatáskörébe.

- (82) Az eljárást megindító határozat (26) preambulumbekzdésében kifejtett kétség vonatkozásában a belga hatóságok pontosították egyfelől a Loi CPAS 60. cikkének (6) bekezdése szerinti követelmény, másfelől pedig a közkórház kórházi programozási mechanizmussal való bezárásának lehetősége közötti különbséget. Szerintük a Loi CPAS 60. cikkének (6) bekezdése⁽¹²⁷⁾ állapítja meg azokat a feltételeket, amelyeket a CPAS-nak kórház létesítéséhez teljesítenie kell. Különösen, a CPAS-nak elemeznie kell, hogy fennáll-e valós szükséglet egy ilyen kórházra, figyelembe véve a terület szükségleteit, ideértve az orvosi-szociális szükségleteket, és a hasonló létesítmények meglétét. A belga hatóságok továbbá rámutatnak, hogy a kórházi programozási mechanizmus a kórházi ágyak régiónkénti legmagasabb számának a szövetségi kormány általi meghatározásából áll, amely határozatot kizárólag az azonosított kórházi szükségletekre alapozza, anélkül, hogy figyelembe venné az egyes területek szociális szükségleteit⁽¹²⁸⁾. Kifejtik, hogy Brüsszel főváros régiója esetében a kórházi ágyak legmagasabb száma a régió egészére, és nem a 19 önkormányzatra külön-külön kerül meghatározásra. Ezzel szemben Brüsszel főváros régiójában mind a 19 CPAS autonóm módon határozza meg saját önkormányzatára, hogy a helyi szükségletek alapján létesítsen-e kórházat vagy sem.
- (83) A belga hatóságok kifejtették azt is, hogy egy közkórház bezárása vagy magánszektorbeli partnernek történő átadása esetével az LCH vagy a Loi CPAS alakszerűen vagy konkrétan nem foglalkozik.⁽¹²⁹⁾ Azonban a belga hatóságok szerint a belga Államtanács ítélezési gyakorlata pontosította a bezárási kondíciókat és feltételeket, illetőleg a CPAS által létrehozott intézmények átadását. Az Államtanács 2002. december 9-i 113.428. sz. ítéletében kimondta, hogy meg kell semmisíteni a CPAS-hoz tartozó rehabilitációs otthon magánszektorbeli szereplőnek történő átadását. Az Államtanács megállapította különösen, hogy az orvosi-szociális szolgáltatások nyújtására mutató szükségletet a létesítmény bezárására vagy átadására vonatkozó döntés meghozatala előtt is értékelni kell. Az értékelésnek megfelelően figyelembe kell vennie a létesítmény létesítésekor végzett értékelést, és ennél fogva a létesítmény létrehozására vonatkozó döntés óta történt változásokat. Emellett a belga hatóságok megjegyzik, hogy ez az értékelés nem alapozható egyszerűen a létesítmény pénzügyi helyzetére vagy a fenntartása során felmerült költségekre. Ennek alapján a belga hatóságok megállapítják, hogy a CPAS nem zárhatja be kórházait anélkül, hogy előbb igazolná azt, hogy azon orvosi és szociális szükségletek, amelyekre a kórházat létrehozták, már nem állnak fenn.
- (84) A belga hatóságok szerint egy közkórház létrehozásához egyaránt teljesülnie kell a Loi CPAS 60. cikkének (6) bekezdése követelményeinek és a hatóságok kórházi programozási szükségleteinek, míg a magánkórházakra csak az utóbbi vonatkozik. A Loi CPAS 60. cikkének (6) bekezdése szerint egy új közkórház megnyitását valós szükséglet fennállásának kell indokolnia. Emellett a belga hatóságok kifejtik, hogy ha egy közkórházat a kórházi programozás szerinti ágyszám-kapacitással nyitnak meg, többé nem lesz lehetőség a program keretében az adott területen másik (köz- vagy magán)kórház nyitására, amely esetben nincsen más mód a lakosság szükségleteinek kielégítésére. A belga hatóságok megjegyzik, hogy ha a CPAS valamikor be kívánja zárni közkórházát, először azt kell bizonyítania, hogy arra – az Államtanács ítélezési gyakorlatának megfelelően már nincsen szükség. Ezzel szemben ha egy magánszektorbeli szereplő kórháza bezárása mellett dönt, a szereplőt – a CPAS-tól eltérően – nem terheli jogi kötelezettség annak biztosítására, hogy a lakosság egészségügyi ellátása továbbra is megoldott legyen. A belga hatóságok szerint a magánkórházak nyitva tartását csak saját döntésük motiválja, amely bármikor

⁽¹²⁶⁾ Az Államtanács Jogalkotási szekciójának véleménye a Brüsszel főváros régiójának önkormányzatai számára külön támogatások odaítéléséről szóló 2003. február 13-i *Ordonnance* előzetes tervezetéről.

⁽¹²⁷⁾ A cikk pontos szövegét lásd a (19) preambulumbekzdésben.

⁽¹²⁸⁾ A szövetségi kormány a kórházi ágyakra vonatkozó tervet („kórházi programozás”) (orvosi, sebészeti, geriátriai, szülészeti, pediátriai, rehabilitációs, pszichiátriai, neonatológiai stb.) teljesítményük alapján határozza meg Brüsszel, a flamand és vallon régiók és a királyság egésze népességének alapján, a Kórházi Létesítmények Nemzeti Tanácsa javaslata alapján.

⁽¹²⁹⁾ A belga hatóságok konkrétan megjegyzik, hogy az LCH legfeljebb hiány-ellentételezési konstrukciókat állapít meg arra az esetre, ha valamely közkórházat magántulajdonba adnak, míg a Loi CPAS a CPAS által létrehozott létesítmények megnyitásának és irányításának csak az általános elveit határozza meg.

változhat. A belga hatóságok szemléltetésként utalnak a Berchem-Sainte-Agathe (Brüsszel) területén működött *Hôpital Français* magánkórház 2008. évi hirtelen bezárására⁽¹³⁰⁾. Végezetül a belga hatóságok kifejtik, hogy a kórházi programozási mechanizmus egyformán korlátozza az állami és magánszektorbeli szereplőket a kórháznyitásban (mivel ez csak akkor lehetséges, ha a területen a kórházi ágyak legmagasabb számát még nem érték el). Álláspontjuk szerint a Loi CPAS-ból eredő kötelezettségek azonban további korlátozásokat írnak elő a CPAS közkórház-létesítési és -bezárási lehetőségeire, míg a magánkórházak bármikor bezárhatnak.

- (85) Az állítólag csak az IRIS-H-ra vonatkozó kötelezettségek vonatkozásában (lásd az eljárást megindító határozat (87)–(89) preambulumbekendését) a belga hatóságok azzal érvelnek, hogy ezek a kötelezettségek azon tény közvetlen következményei, hogy az IRIS-H-t abból a célból hozták létre, hogy hozzájáruljon a szociális támogatás CPAS általi nyújtásához (lásd még a 2.2. pontot). A belga hatóságok véleménye szerint ezek a kötelezettségek a Loi CPAS-ból – amelynek alapján az IRIS-H-t létrehozták – erednek, és a megbízás eszközt az IRIS-H belső szabályzata és az IRIS stratégiai tervei képezték. A belga hatóságok a kötelezettségek pontos meghatározása vonatkozásában ezekre a dokumentumokra utalnak. Terjedelmi okokból és az ismétléseket kerülendő a Bizottság értékelésében csak a releváns részleteket idézi (lásd a 7.3.4.1. pontot).
- (86) A Bizottság eljárást megindító határozatában (lásd a (48) preambulumbekendést) kétségeinek adott hangot az IRIS-H által végzett további szociális szolgáltatások gazdasági vagy nem gazdasági jellegét illetően. Az eljárást megindító határozatra adott válaszukban a belga hatóságok véleménye szerint ezek a szociális szolgáltatások nem gazdasági tevékenységek. Lényegében azzal érvelnek, hogy a brüsszeli CPAS által anyagi, szociális, orvosi, orvosi-szociális és pszichológiai támogatás formájában nyújtott szociális támogatás nem piaci verseny keretében történik, és ez akkor is így van, ha a szociális támogatás egy részét (azaz a további szociális szolgáltatásokat) az IRIS-H megbízás alapján végzi.
- (87) A hiány-ellentételezés jogalapját illetően (lásd az eljárást megindító határozat (91) preambulumbekendését), a belga hatóságok megítélése szerint az önkormányzatok azon kötelezettségét, hogy fedezzék közkórházaik hiányát, az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke, és az LCH 109. cikke fekteti le. Kifejtik, hogy az LCH 109. cikke fekteti le az összes belga közkórháza vonatkozó általános elvet, amely meghatározza az önkormányzatok teendőinek minimumát (mivel csak a hiány egy részének fedezésére kötelezi azokat, lásd még a (47) preambulumbekendést). A belga hatóságok egyben megjegyzik, hogy az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke egy különös kötelezettség, amely csak arra a hat önkormányzatra vonatkozik, amelyek az IRIS-H-t létrehozták, és amelyek úgy döntöttek, hogy az LCH 109. cikke szerinti minimumot meghaladóan az IRIS-H teljes számviteli hiányát fedezik.
- (88) A Bizottság eljárást megindító határozatának (92) preambulumbekendésében tette fel azt a kérdést, hogy a (Brüsszel főváros régiója részéről az önkormányzatoknak szóló) külön támogatások önkormányzatok részéről az IRIS-H-nak történő továbbadása a hiány fedezésére szolgáló mechanizmustól elkülönülő tranzakciónak minősíthető-e. A belga hatóságok válaszukban azzal érvelnek, hogy a brüsszeli önkormányzatok a külön támogatásokat csak az IRIS-H hiányának fedezésére fennálló kötelezettségük részleges teljesítésére használják. Amint lentebb részletesebben kifejtésre kerül (lásd a 7.3.5. pontot), a hiány-ellentételezés kifizetése több lépésben történik, ezek része a külön támogatások önkormányzat részéről az IRIS-H-nak történő átutalása, de az összes ilyen kifizetésnek azonos az alapja, jelesül a hiány fedezésére fennálló önkormányzati kötelezettség.
- (89) A Bizottság pontosítást kért az előlegkifizetések (ha voltak) állítólagos mechanizmusa, annak jogalapja és működése, a hiány fedezésére szolgáló mechanizmustól való eltérések, és az FRBRTC finanszírozásban betöltött szerepe tekintetében is (lásd az eljárást megindító határozat (93) preambulumbekendését). A belga hatóságok szerint előlegkifizetési mechanizmust nem rendszeresítettek. Pontosabban kifejtik, hogy az IRIS-H hiányának fedezésére vonatkozó kötelezettség a hiány felmerülésekor rögtön beáll. Valójában – a belga hatóságok szerint – az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke arra a számviteli hiányra utal, amely a kórházak pénzügyi év vége után legfeljebb hat hónappal készülő pénzügyi kimutatásaiban kerül megállapításra. Ezzel szemben az LCH 109. cikke szerinti hiány Szövetségi Közegészségügyi Közszolgálat általi kiszámítása sokkal hosszabb időt vesz igénybe (akár tíz évet). Azonban a belga hatóságok azt állítják, hogy mivel az LCH 109. cikke szerinti hiány egyszerűen azon számviteli hiány része, amelyet az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke szerint azonnal fedezni kell, az IRIS-H nem kap olyan előlegeket, amelyek a hiányfedezési mechanizmustól elkülönülnek minősíthetők. Végezetül

⁽¹³⁰⁾ A belga hatóságok megjegyzik, hogy a vevőkeresés alatt a *Hôpital Français* 2008. május 9-én hirtelen beszüntette a betegfelvételt. Kifejtik, hogy ez kórház korábban bezárta pediátriái és szülészeti osztályát. A belga hatóságok szerint ezekről az osztályokról a pácienseket még aznap a brüsszeli régió más kórházaiba szállították.

a belga hatóságok megismétlik, hogy az FRBRTC olyan finanszírozást nyújtott az önkormányzatoknak, amely segítette azokat hiányfedezési kötelezettségük teljesítésében, amely – a fent kifejtettek szerint – nem képez előleg-kifizetési mechanizmust.

- (90) A túlkompensáció megelőzését szolgáló intézkedések és a tényleges túlkompensáció hiánya vonatkozásában (lásd az eljárást megindító határozat (95)–(97) preambulumbekendését) a belga hatóságok a következő érvelést terjesztik be. Először kifejtik, hogy a hiány ellentételezésére vonatkozó határozat éves határozat, és annak meghozatalára akkor kerül sor, amikor ismertté válik az adott évre becsült hiány, így a túlkompensáció veszélye nem áll fenn. Hozzáteszik, hogy a belga jogi keret (egyebek mellett az 1983. november 14-i törvény és a Loi CPAS) lehetővé teszi az önkormányzatoknak annak biztosítását, hogy az IRIS-H az állami támogatást helyesen használja fel, és helytelen felhasználás vagy túlkompensáció esetében a támogatás visszafizetetté kerül. Ezen túlmenően a túlkompensáció hiányának igazolására a belga hatóságok utalnak a Bizottságnak benyújtott több táblázatra, amelyek tartalmazzák a hiányt és az önkormányzati beavatkozást mind az öt IRIS-H esetében az 1996–2014-es időszakra (ezeket a számadatokat lásd még a 7.3.5. pontban).
- (91) A kérésnek megfelelően a belga hatóságok pontosították továbbá a *pérenmité* fogalmát is (lásd az eljárást megindító határozat (102)–(103) preambulumbekendését). Szerintük az IRIS-H folyamatos működése (vagy *pérenmité*) biztosításának kötelezettsége közvetlenül a Loi CPAS-on alapul. Amint az fentebb kifejtésre került (lásd a 2.1. pontot), minden egyes CPAS létrehozhat létesítményeket szociális támogatás nyújtására, ideértve az orvosi és az orvosi-szociális támogatást, ha igazolni tudja, hogy ez valós szükséglet kielégítéséhez szükséges a Loi CPAS 60. cikkének (6) bekezdésével összhangban. Kifejtik, hogy a múltban a CPAS Brüsszel főváros régiójában létesített 19 kórház közül 6 kórház (önálló jogi személyiség nélkül) saját irányítás alatt állt 1995 végéig, szociális támogatás nyújtása érdekében. Szerintük e közkórházak szerkezetátalakítása, amelynek nyomán a CPAS-tól jogilag független állami IRIS-H 1996. január 1-jén létrejött (lásd még a 2.2. pontot) nem változtatta meg a CPAS szociális támogatás – akár közvetlenül, akár az IRIS-H-n keresztül történő – nyújtására fennálló kötelezettségét. Ebben az összefüggésben a belga hatóságok rámutatnak, hogy a szerkezetátalakítás és az IRIS-hálózat és az IRIS-H létrehozásának elsődleges célja a közkórházi szolgáltatások Brüsszel főváros régiójában történő folyamatos nyújtásának biztosítása volt (lásd még a (27) preambulumbekendést). Ennélfogva megjegyzik, hogy az IRIS-H folyamatos működésének biztosítására, és ezáltal a lakosság szociális szükségletei kielégítésének garantálására az önkormányzatoknak és a CPAS-nak kell viselnie minden kórházi hiányt az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke alapján. Emellett a belga hatóságok megállapítják, hogy amennyiben a valós szükséglet fennáll, az Államtanács ítélkezési gyakorlatának megfelelően (lásd a (83) preambulumbekendést) a hatóságok nem zárhatják be az IRIS-H-t és azt magántulajdonba sem adhatják.
- (92) Végezetül a Bizottság az eljárást megindító határozat (103) preambulumbekendésében feltette a kérdést, hogy vannak-e az IRIS-H további finanszírozását indokoló egyéb okok. Ebben a tekintetben a belga hatóságok megjegyzik, hogy az IRIS-H célja nem egyszerűen „életképes” kórházi szolgáltatások, feladatok és programok létrehozása, ahogy azt a belga magánkórházak megtehetik. Ehelyett a belga hatóságok szerint az IRIS-H-nak garantálnia kell a lehető legszélesebb körű egészségügyi ellátást, különösen annak érdekében, hogy ahhoz mindenki hozzáférhessen, ideértve a társadalom legszegényebb tagjait, függetlenül attól, hogy betegségük milyen kezelést igényel, még akkor is, ha az jóval túlmutat az LCH alapján az összes kórházra vonatkozó kórházi tervezési és jóváhagyási normákon. Ezzel összefüggésben a belga hatóságok utalnak a Törvényszék 2012. november 7-i ítéletének 162. pontjára, amely szerint „a közkórházak hiányainak ellentételezése közegészségügyi és szociális okokból szükségesnek bizonyulhat annak érdekében, hogy biztosítsák a kórházi rendszer folytonosságát és életképességét.” A belga hatóságok rámutatnak arra is, hogy a közkórházi jogállás bizonyos olyan költségekkel is jár, amelyeket a szövetségi finanszírozási intézkedések nem kompenzálnak teljes egészében. Megjegyzik, hogy ezen költségek közé tartoznak egyebek mellett: a kétnyelvű személyzet nyelvpótlékának kifizetése, a magasabb nyugdíj és betegségi kiadások a törvényi védelemben részesülő munkavállalók (közalkalmazottak) számára, és a bértábla Brüsszel főváros régiója által előírt (de csak részben megfizetett) emelése.

6.2. Belgium észrevételei a harmadik felek észrevételeire

- (93) A belga hatóságok először is megjegyzik, hogy a CBI, ABISP és Zorgnet Vlaanderen Bizottság eljárást megindító határozatára tett észrevételei azon az általános állításon alapulnak, hogy véleményük szerint az IRIS-H-t nem bízták meg azon túlmutató általános gazdasági érdekű szolgáltatásokkal, mint amelyek Belgium összes (köz- vagy

magán)kórházára hárulnak. Álláspontjuk szerint ez az állítás egyetlen premisszán alapul, nevezetesen azon a tényen, hogy az LCH a magán- és a közkórházakat is ugyanazzal a közszolgáltatási kötelezettséggel bízza meg, tekintet nélkül a sajátos regionális vonatkozásokra. Azonban, a belga hatóságok szerint a beavatkozó felek nem adnak magyarázatot arra, hogy a Loi CPAS miért ne vonatkozna az IRIS-H-ra, miközben Belgium szerint ez a törvény az IRIS-H létezésének konkrét jogi indoka. A belga hatóságok rámutatnak, hogy az LCH 147. cikke kifejezetten elismeri, hogy a CPAS által irányított kórházak (mint amilyen az IRIS-H⁽¹³¹⁾) esetében az LCH kiegészíti a Loi CPAS-t, ami megerősíti, hogy nem az LCH az egyetlen releváns jogalap, ha a CPAS irányítása alatt álló kórházról van szó.

- (94) A belga hatóságok helytelennek tartják a CBI azon állítását, hogy a brüsszeli kormány azon szándéka, hogy átfogalmazza a 2003. február 13-i *Ordonnance*-t azon általános érdekű feladatok meghatározása céljából, amelyek indokolják az önkormányzatoknak nyújtott külön támogatásokat (lásd a (70) preambulumbekendést), annak a jele, hogy jelenleg (csak az IRIS-H-ra vonatkozó) külön feladatok nem léteznek. Rámutatnak különösen, hogy az *Ordonnance*-ban előírányított külön támogatásokat csak az önkormányzatoknak és nem az IRIS-H-nak ítélik oda. Belgium továbbá megerősíti, hogy az FRBRTC és Brüsszel főváros régiója maga részéről történő, az önkormányzatokat támogató beavatkozás (évi legfeljebb 10 millió EUR⁽¹³²⁾) hatóságok közötti olyan transzfert alkot, amely az EUMSZ 107. cikkének (1) bekezdésén alapul. A belga hatóságok megismétlik, hogy a régió vagy az FRBRTC egyik ilyen összeget sem az IRIS-H-nak adta. Ezzel szemben Belgium szerint azok egyszerűen a régió és az önkormányzatok közötti transzferek, a régió általános önkormányzati finanszírozási hatáskörének keretében. Ez az átfogó finanszírozás arra szolgál, hogy az önkormányzatok képesek legyenek közösségi érdekű feladataik ellátására, amelyekbe beletartoznak a CPAS feladatai. A belga hatóságok szerint a 2003. február 13-i *Ordonnance* reformja semmi esetre sem érhet fel annak elfogadásával, hogy az IRIS-H-nak nincsenek további általános gazdasági érdekű szolgáltatásai. Az önkormányzatok határozzák meg azokat az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokat, amelyekkel az általuk létrehozott kórházakat megbízzák, és az *Ordonnance* ebben az összefüggésben nem bír jelentőséggel, mivel az csak államon belüli finanszírozásra vonatkozik.
- (95) A belga hatóságok ugyancsak visszautasítják a szociális feladatok CBI észrevételeiben állítólag pontatlan bemutatását. A CBI különösen úgy vélte, hogy az LCH a köz- és magánkórházakra azonos „alapvető szociális feladat”-okat határoz meg, amelyeket azonban az IRIS-H intenzívebben lát el. Ebből a nézőpontból az IRIS-H „további” szociális feladatai nem választhatóak el a nyújtott kórházi szolgáltatásoktól és azok szerves részét képezik. A belga hatóságok szerint ezt az álláspontot nem szabad követni. A belga hatóságok szerint, azon tényen túl, hogy a CBI itt kifejezetten elismeri, hogy valóban lényegi különbség van a köz- és magánkórházak között (azaz az IRIS-H által nyújtott szociális szolgáltatások nagyobb mennyisége), a CBI nem határozza meg, hogy pontosan mit ért az olyan „alapvető szociális feladat” alatt, amelyet a kórház általános gazdasági érdekű szolgáltatásának tekint, illetve nem határozza meg az ezt alátámasztó jogalapot vagy azt a konkrét felhatalmazást, amely erre vonatkozik. A belga hatóságok véleménye szerint csak a Loi CPAS használható arra, hogy a közkórházakat „alapvető szociális feladatok”-kal bízzák meg. Álláspontjuk szerint, kizárólag csak a közkórházak vonatkozásában az LCH ténylegesen egyszerűen kiegészíti a Loi CPAS-t (lásd az LCH 147. cikkét). Az IRIS-H érdemi vagy „alapvető” feladatának meghatározása a Loi CPAS-ban vagy annak alapján történik, és ezért az nem „közös” az összes kórházra. Szerintük ez a feladat nem gazdasági jellegű. Ennélfogva, az IRIS-H a Loi CPAS alapján jött létre, és létrehozása után elvárt attól az LCH további szabályainak betartása.⁽¹³³⁾
- (96) A CBI egyetemes ellátási feladattal kapcsolatos észrevétele vonatkozásában a belga hatóságok megjegyzik, hogy a CBI az egyetemes ellátási feladatot – amely szerinte valamennyi kórház esetében azonos – csak a sürgősségi és sürgősség utáni helyzetekre korlátozza. Ilyen módon a belga hatóságok szerint a CBI implicit módon elismeri, hogy a brüsszeli magánkórházaknak nem kötelezettségük a páciensek sürgősségi és sürgősség utáni eseteken kívüli kezelése, amely ennek ellenére a szükségét szenvedőknek nyújtott ellátás zömét teszi ki. Emellett a belga hatóságok azzal érvelnek, hogy a CBI LCH 2. cikkében körülírt közérdekű feladatokra hivatkozása nem képezi ezen kötelezettség alapját. Szerintük az alapvető kórházi ellátási feladattal való megbízás nem elegendő ahhoz, hogy kiterjedjen a fizetőképességtől függetlenül valamennyi beteg minden körülmények között történő ellátására vonatkozó kötelezettséggel való megbízásra. Ezt bőségesen igazolja az a pusztán tény, hogy a sürgősségi esetekre külön szabályok vonatkoznak. A belga hatóságok azzal érvelnek, hogy az általános érdekű feladat nem lehet vélelmezhető, hanem az megbízással keletkezik. Álláspontjuk szerint azért volt szükség a sürgősségi esetek tekintetében külön szabályok megállapítására, mert az alapvető kórházi ellátási feladatok LCH-ban adott

⁽¹³¹⁾ Az LCH alkalmazásában az IRIS-H a CPAS irányítása alatt állóknak minősül.

⁽¹³²⁾ Az éves összeg Brüsszel főváros régiójának költségvetésében rendelkezésre álló forrásoktól és az érintett önkormányzatoktól érkező kérelmekről függ. A 2003–2014 közötti időszakban a külön támogatás két év kivételével 10 millió volt (2010-ben csak 9 millió, 2011-ben pedig 9,5 millió volt).

⁽¹³³⁾ Ebben az összefüggésben a belga hatóságok rámutatnak arra, hogy a magánkórházak – amelyeket például a nonprofit szervezetekre vonatkozó törvény (ASBL-törvény) alapján hoznak létre, létrehozásuk után – kórházi feladataik vonatkozásában – meg kell felelniük az LCH-nak. Azonban amennyiben az ASBL-törvény nem bízza meg a hatálya alá tartozó intézményeket sajátos feladatokkal, a magánkórházak feladataira csak az LCH vonatkozik.

fogalom meghatározása nem említi a sürgősségi eseteket. Valójában a belga hatóságok azzal érvelnek, hogy az 1964. július 8-i törvény⁽¹³⁴⁾ és annak végrehajtási rendeletei foglalkoznak a sürgősségi orvosi segítségnyújtással⁽¹³⁵⁾ és a sürgősségi szolgálatokkal (ideértve a mentőjárműveket is). Ennek alapján látnak el egyes kórházak – ezek egyaránt lehetnek köz- és magánkórházak – bizonyos feladatokat a sürgősségi orvosi segítségnyújtás terén.

- (97) A belga hatóságok azonban azzal érvelnek, hogy nem az LCH írja elő a köz- és magánkórházakat egyaránt terhelő sürgősségi ellátási kötelezettséget. Ehelyett ez a vészhelyzetben lévőknek történő segítségnyújtás általános kötelezettsége. A belga hatóságok szerint a kórházak kötelesek segítséget nyújtani sürgős orvosi esetekben, felépítésük és a rendelkezésre álló szakértelmük szerint⁽¹³⁶⁾. Ez a kötelezettség a köz- és magánkórházakat egyaránt terheli – ugyanúgy, ahogy valójában mindenkit – a veszélyben lévőknek történő segítségnyújtás kötelezettsége folytán. A belga hatóságok kifejtik azt is, hogy a belga büntető törvénykönyv 422b. cikke szerint ez a kötelezettség csak sürgősségi helyzetekre és különösen életveszélyes jellegű orvosi vészhelyzetekre vonatkozik. Azonban rámutatnak arra, hogy az egyetemes ellátás feladatával nem megbízott kórházak semmiféle más (azaz nem sürgősségi) helyzetben nem kötelesek a páciensek kezelésére, ha azok a kezelésért nem tudnak fizetni. Végezetül a belga hatóságok megjegyzik, hogy miközben a belga kórházak számára természetesen nem megengedett a betegek vagyoni helyzet (azaz a szegénység pusztája ténye) szerinti megkülönböztetése, nem kényszeríthetők arra, hogy ingyenesen nyújtsanak ellátást, ha a páciens nem sürgősségi helyzetben nem tud vagy nem akar fizetni.
- (98) A belga hatóságok a CBI észrevételeire tett megjegyzésükben kontextusba helyezték a CBI brüsszeli elsőfokú bíróság ítéletére való hivatkozását (lásd a (72) preambulumbekendést). A belga hatóságok szerint a CBI által hivatkozott ítélet csak a sürgős orvosi segítségnyújtás igen sajátos esetére⁽¹³⁷⁾ vonatkozik, ez pedig a pszichiátriai ellátást igénylő, úti okmányokkal nem rendelkező migráns ellátására vonatkozik. Kiemeli, hogy az IRIS-H ilyen típusú ellátást nem nyújt. Álláspontjuk szerint ez az ítélet ténylegesen megerősíti, hogy úti okmányokkal nem rendelkező migránsok számára a sürgős orvosi segítséget rendszerint a CPAS által létesített kórházak vagy olyan kórházak nyújtják, amelyekkel a CPAS megállapodást kötött.⁽¹³⁸⁾ Végezetül a belga hatóságok rámutatnak, hogy CBI nem indokolja magánkórházak valamennyi páciens sürgősség utáni kezelésére fennálló állítólagos kötelezettségét, és arra még kísérletet sem tesz. A belga hatóságok szerint az említett „sürgősség utáni” kötelezettség magánkórházak esetében nem áll fenn, miközben az IRIS-H minden páciens minden körülmények között kezelni köteles, még akkor is, ha orvosi sürgősség nem áll fenn.

7. AZ INTÉZKEDÉSEK ÉRTÉKELÉSE

7.1. A határozat alkalmazási köre

- (99) A panasz az IRIS-H létrehozásához vezető szerkezetátalakítási művelettel kapcsolatos, mintegy 100 millió EUR támogatási intézkedésre hivatkozik (lásd a 2.2. pontot). Azonban – az eljárást megindító határozat 3.1. pontjában

⁽¹³⁴⁾ Lásd a módosított 1964. július 8-i törvényt, Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 1964. július 25., 8153. o.

⁽¹³⁵⁾ A fent említett sürgős orvosi segítségnyújtástól eltérően (lásd a (72) preambulumbekendést), amelynek része a tervezett ellátás, és az életet veszélyeztető állapotba azonnal szükséges sürgősségi orvosi segítségnyújtás.

⁽¹³⁶⁾ Ez azt jelenti, hogy még ha a kórház nem is végez bizonyos, az 1964. július 8-i törvényben meghatározott feladatokat a sürgősségi orvosi segítségnyújtás terén, ennek ellenére köteles orvosi vészhelyzetekben a legjobb tudása szerinti (azaz infrastruktúrájára és személyzetére figyelemmel történő) segítségnyújtásra.

⁽¹³⁷⁾ A sürgős orvosi segítségnyújtást az 57. cikk (2) bekezdése és az 1996. december 12-i királyi rendelet szabályozza.

⁽¹³⁸⁾ A brüsszeli elsőfokú bíróság 2013. január 25-i ítéletében kimondja: „A rendszeren belül általánosságban maga a CPAS nyújtja a sürgős orvosi segítséget a sürgős ellátást igénylő személy az általa irányított kórházban történő kezelésével, vagy kifizeti az illető magánkórházban történő kezelésének költségeit. Ha **ezt a segítséget rendszerint gyakrabban nyújtják az érintett CPAS-tól függő vagy azzal megállapodásban lévő létesítményben**, az illető felvehető egy másik létesítménybe, a kórházi felvételét indokoló helyzet sürgősségéből adódóan. Ilyen esetben nem kell a CPAS-sal vagy rendszerint az érintettel sem konzultálni; ehelyett a kihívott sürgősségi segélyszolgálati mentősei vagy – mint ebben az esetben is – az ügyész egyoldalú döntést hoznak. A **gyorsított eljárás szokatlan vagy kivételes jellege** nem jogosítja fel a CPAS-t a nem saját kórházban történő tartózkodás költségei viselésének megtagadására” [kiemelés].

kifejtettek szerint – a Bizottság a szerkezetátalakítási támogatás vonatkozásában csak a támogatás visszafizettetése elévülési idejét követően lépett fel. Ezért, ez a támogatási intézkedés nem képezte a Bizottság által lefolytatott hivatalos vizsgálat tárgyát, és ennél fogva ez a határozat a továbbiakban azzal nem foglalkozik.

- (100) Az elévült intézkedésen túlmenően a panasz hivatalosan az alábbiakra irányult: i. az FRBRTC által az IRIS-H-t irányító önkormányzatoknak kiosztott pénzeszközök, és ii. az ezeknek az önkormányzatoknak Brüsszel főváros régiója által a 2003. február 13-i *Ordonnance* alapján adott külön támogatások (évi legfeljebb 10 millió EUR).
- (101) Ezt a két típusú finanszírozást azonban az IRIS-H-t irányító önkormányzatoknak és nem magának az IRIS-H-nak ítélték oda. Ezek valójában csak Brüsszel főváros régiója és az IRIS-H-t irányító hat brüsszeli önkormányzat közötti finanszírozási áramlások és ezért nem képeznek az IRIS-H-nak nyújtott állami támogatást.
- (102) Igaz, hogy a Bizottság 2009. évi megsemmisített határozata hajlott az FRBRTC kifizetések és az LCH 109. cikke szerinti hiány-ellentételezési rendszer összemérésére és nem választotta szét e két intézkedés ellentételezési paramétereinek értékelését⁽¹³⁹⁾. Emellett az FRBRTC-finanszírozást az önkormányzatok az IRIS-H hiányának ellentételezésére használták fel⁽¹⁴⁰⁾, és az önkormányzatokat kötelezettség terhelte az FRBRTC-finanszírozás IRIS-H részére történő, legfeljebb hét munkanapon belüli kifizetésére⁽¹⁴¹⁾.
- (103) Ennek ellenére az eljárást megindító határozatra válaszként kapott információk alapján és a lentebb kifejtettek szerint (lásd a (230) preambulumbekendést) az FRBRTC-től és a Brüsszel főváros régiójától az IRIS-H-t irányító önkormányzatoknak küldött pénzügyi transzferek szükségesek, mivel ezek az önkormányzatok nem rendelkeznek elegendő saját forrással az IRIS-H felé fennálló önkormányzati hiány-ellentételezési kötelezettség teljesítéséhez. Ebben a helyzetben az FRBRTC és Brüsszel főváros régiója egyaránt előírta a brüsszeli önkormányzatoknak, hogy az átutalás beérkezése után szinte azonnal bocsássák az FRBRTC-finanszírozást és a külön támogatásokat az IRIS-H rendelkezésére. A továbbadási kötelezettségtől függetlenül csak az érintett önkormányzatokat terheli az IRIS-H hiány-ellentételezésének kötelezettsége, és ezek a kórházak nem jogosultak ellentételezésre Brüsszel főváros régiójától vagy az FRBRTC-től. Hasonlóképpen, csak az önkormányzatok és nem Brüsszel főváros régiója bízta meg az IRIS-H-t bizonyos kötelezettségekkel (lásd a 7.3.4.1. pontot). Ezért csak az önkormányzatok IRIS-H-nak szóló hiány-ellentételezési kifizetései minősülnek – tekintet nélkül arra, hogy finanszírozásuk az önkormányzatok saját forrásai alapján vagy az önkormányzatoknak Brüsszel főváros régiója által juttatott pénzeszközökből történik – az EUMSZ 107. cikkének (1) bekezdése értelmében vett állami támogatásnak.
- (104) A Bizottság megállapítja, hogy az államon belüli finanszírozás (Brüsszel főváros régiójától közvetlenül vagy közvetetten, az FRBRTC-n keresztül az önkormányzatoknak) csak az önkormányzati hiány-ellentételezési kifizetések finanszírozási forrása, és nem képez olyan intézkedést, amelyből az IRIS-H az említett hiány-ellentételezésen felüli előnyben részesülhetne. Emiatt a Brüsszel főváros régiója és az érintett brüsszeli önkormányzatok közötti pénzáramlásokat és azok jogalapját (pl.: a 2003. február 13-i *Ordonnance*-t) ez a határozat nem fogja értékelni. Ehelyett a Bizottság ebben a határozatban az IRIS-H javára szóló önkormányzati hiány-ellentételezési kifizetéseket fogja értékelni, amelyek esetében az önkormányzatok nagyrészt a Brüsszel főváros régiójától kapott államon belüli finanszírozásra hagyatkoznak⁽¹⁴²⁾. Azonban – noha a panaszos által hivatalosan támadott intézkedésekre a továbbiakban nem tér ki – az önkormányzati hiány-ellentételezés állami támogatási szempontból történő értékelése lényegében teljes mértékben foglalkozik a panaszos állami támogatási aggályaival, mivel ténylegesen kiterjed azokra a pénzeszközökre is, amelyeket Brüsszel főváros régiója közvetlenül vagy az FRBRTC-n keresztül adott, mivel az önkormányzatok azokat teljes egészében az IRIS-H hiányának ellentételezésére használták. Emiatt a túlkompensáció lentebb ismertetett vizsgálata (lásd a 9–13. táblázatot a 7.3.5. pontban) megjelöli azokat a hiány-ellentételezési kifizetéseket, amelyek finanszírozása az FRBRTC-finanszírozás és a Brüsszel főváros régiójától kapott külön támogatások felhasználásával történt. Végezetül ki kell hangsúlyozni,

⁽¹³⁹⁾ A T-137/10. sz. ügyben hozott ítélet 208–215. pontja.

⁽¹⁴⁰⁾ Ugyanott, 217. pont.

⁽¹⁴¹⁾ Ugyanott, 218. pont.

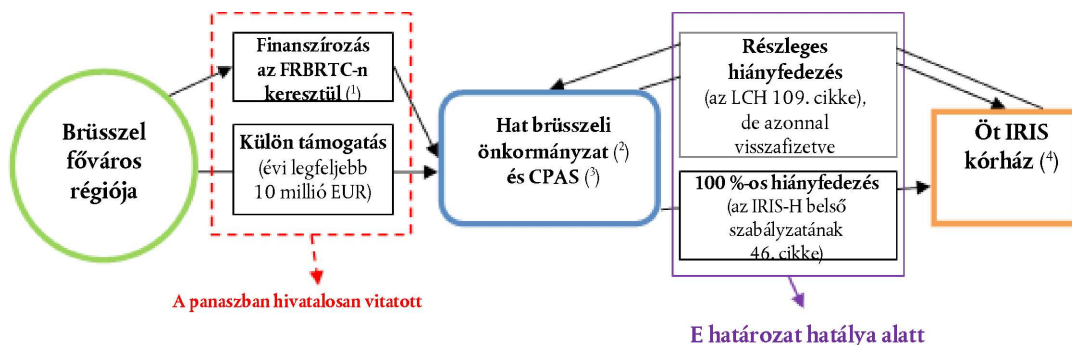
⁽¹⁴²⁾ Ennek során az ebben a határozatban elvégzett értékelés eltér a 2009. évi megsemmisített bizottsági határozat értékelésétől, amelyben az FRBRTC beavatkozások és a külön támogatások bizonyos mértékig a hiány-ellentételezéstől elkülönítve kerültek értékelésre.

hogy az önkormányzati hiány-ellentételezési kifizetések azon része, amelynek finanszírozása Brüsszel főváros régiója által vagy az FRBRTC-n keresztül történt, nem volt elegendő ⁽¹⁴³⁾ az IRIS-H teljes hiányának fedezésére, és ezek a kifizetések az 1996–2014-es időszakban egyetlen időpontban sem idéztek elő olyan helyzetet, amikor az IRIS-H tényleges túlkompenzációban részesült és vissza kellett volna fizetnie a hiány-ellentételezést (annak egy részét) (lásd még a (234) és (238) preambulumbekendést).

- (105) A Bizottság ezért 1996-tól kezdődően értékeli az önkormányzatok által az IRIS-H-nak odaítélt hiány-ellentételezést. ⁽¹⁴⁴⁾ Ennek alapján az 1. ábra lentebb összefoglalja az e határozat hatálya alá tartozó állami finanszírozást (a folytonos vonallal határolt négyszögben) és feltünteti a panaszban kifogásolt államon belüli finanszírozási intézkedéseket is (a szaggatott vonallal határolt négyszögben). Az intézkedéseket részletesebben lentebb a 7.3.5. pont ismerteti.

1. ábra

Finanszírozási folyamatok és a határozat hatálya



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

⁽²⁾ La Ville de Bruxelles, Anderlecht, Etterbeek, Ixelles, Saint-Gilles, és Schaerbeek (2013 végéig).

⁽³⁾ Centre Publics d'Action Sociale: az önkormányzatokhoz kapcsolódó állami szociális jóléti központok.

⁽⁴⁾ A CHU Saint-Pierre, a CHU Brugmann, az Institut Bordet, a Fabiola Királynő Egyetemi Gyermekkorház (HUDERF) és az IRIS South Hospitals.

7.2. Az EUMSZ 107. cikkének (1) bekezdése értelmében vett állami támogatás

- (106) Az EUMSZ 107. cikkének (1) bekezdése szerint „a belső piaccal összeegyeztethetetlen a tagállamok által vagy állami forrásból bármilyen formában nyújtott olyan támogatás, amely bizonyos vállalkozásoknak vagy bizonyos áruk termelésének előnyben részesítése által torzítja a versenyt, vagy azzal fenyeget, amennyiben ez érinti a tagállamok közötti kereskedelmet”. Ennek megfelelően egy intézkedés akkor minősül állami támogatásnak, ha az alábbi négy feltétel együttesen teljesül ⁽¹⁴⁵⁾:

- Az intézkedésnek szelektív gazdasági előnyt kell biztosítania a vállalkozás számára.
- Az intézkedést állami forrásokból finanszírozzák.
- Az intézkedésnek torzítania kell a versenyt, vagy azzal kell fenyegetnie.
- Az intézkedésnek képesnek kell lennie a tagállamok közötti kereskedelem befolyásolására.

⁽¹⁴³⁾ Átlagosan, a teljes 1996–2014-es időszakban, az önkormányzatok az IRIS-H hiányának 68 % és 90 %-át kompenzálták FRBRTC-finanszírozás vagy Brüsszel főváros régiójának külön támogatása felhasználásával. A fennmaradó részre az önkormányzatoknak saját forrásait kellett felhasználniuk, és ahogy az lentebb kifejtésre kerül (lásd a (234) preambulumbekendést), 2014 végén összesen öt IRIS-H kórháznak kellett (ismét saját forrásaik felhasználásával) mintegy 15 millió EUR további hiány-ellentételezést fizetniük.

⁽¹⁴⁴⁾ Amennyiben az értékeléshez számításokat kell végezni, a Bizottság a rendelkezésre álló – azaz az 1996–2014 időszakra vonatkozó – számadatokból indul ki (a kivételeket lásd a (236) preambulumbekendésben).

⁽¹⁴⁵⁾ A C-222/04. sz., *Ministero dell'Economia e delle Finanze kontra Cassa di Risparmio di Firenze SpA, Fondazione Cassa di Risparmio di San Miniato és Cassa di Risparmio di San Miniato SpA* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2006:8, 129. pontja.

7.2.1. Vállalkozásnak nyújtott szelektív gazdasági előny

7.2.1.1. A vállalkozás fogalma

Általános elvek

- (107) Egy jogalanynak juttatott állami finanszírozás csak akkor minősülhet állami támogatásnak, ha a jogalany az EUMSZ 107. cikkének (1) bekezdése értelmében vett „vállalkozás”. A Bíróság a vállalkozást következetesen gazdasági tevékenységet végző jogalanyként határozza meg.⁽¹⁴⁶⁾ A jogalany vállalkozási minősége így tevékenysége jellegétől függ, tekintet nélkül a jogalany jogállására vagy finanszírozásának módjára.⁽¹⁴⁷⁾ Valamely tevékenységet általában akkor kell gazdasági jellegűnek tekinteni, amennyiben az áruk és szolgáltatások piaci kínálatából áll.⁽¹⁴⁸⁾ Egy gazdasági és nem gazdasági tevékenységet is végző jogalany csak az előbbi alapján tekintendő vállalkozásnak.⁽¹⁴⁹⁾ Az a pusztán tény, hogy valamely jogalany nem profitorientált, nem jelenti szükségképpen azt, hogy műveletei nem gazdasági jellegűek.⁽¹⁵⁰⁾

Egészségügyi szolgáltatások

- (108) Amennyiben az egészségügyi ellátást kórházak és más egészségügyi szolgáltatók díjazás ellenében nyújtják⁽¹⁵¹⁾ – származzon az közvetlenül a páciensektől vagy más forrásokból, azt általában gazdasági tevékenységnek kell tekinteni.⁽¹⁵²⁾ Az IRIS-H által a szövetségi hatóságoktól különféle juttatások révén kapott finanszírozás (pl.: lásd a (46) preambulumbekzdés a), d) és e) pontját az összes kórház számára elérhető állami finanszírozásról, és a (44) preambulumbekzdést az IRIS-H hiány-ellentételezéséről), a páciensek közvetlen befizetéseivel (lásd a (46) preambulumbekzdés c) pontját) és az INAMI kifizetéseivel (lásd a (46) preambulumbekzdés b) pontját) együtt az IRIS-H nyújtott orvosi szolgáltatásokért történő díjazását képezik, és ezért ebben az összefüggésben azok a nyújtott kórházi szolgáltatások gazdasági ellenértékének tekinthetők. Az ilyen rendszerekben bizonyos fokú verseny zajlik a kórházak között az egészségügyi szolgáltatások nyújtása terén. Az a tény, hogy az említett szolgáltatásokat ellenszolgáltatás fejében nyújtó kórház állami, nem fosztja meg a kórház tevékenységeit gazdasági jellegűtől⁽¹⁵³⁾.
- (109) Ebben az ügyben az IRIS-H fő tevékenységei a kórházi tevékenységek, amelyek egészségügyi szolgáltatások nyújtásából állnak. Ezeket az IRIS-H által végzett kórházi tevékenységeket más típusú szervezetek vagy jogalanyok is nyújtják, különösen a klinikák, magánkórházak és más szakrendelők, ideértve a panaszosok magánkórházait. Ezért, ezeket az IRIS-H által díjazás ellenében és versenykörnyezetben végzett kórházi tevékenységeket gazdasági jellegűnek kell tekinteni.

⁽¹⁴⁶⁾ A C-180/98–C-184/98. sz., *Pavlov és társai kontra Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten* egyesített ügyek, ECLI:EU:C:2000:428, 74. pontja.

⁽¹⁴⁷⁾ A C-41/90. sz., *Höfner & Fritz Elser kontra Macrotron GmbH* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:1991:161, 21. pontja, és a C-180/98–C-184/98. sz., *Pavlov és társai kontra Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten* egyesített ügyekben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2000:428, 74. pontja.

⁽¹⁴⁸⁾ A C-118/85. sz., *Európai Közösségek Bizottsága kontra Olasz Köztársaság* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:1987:283, 7. pontja és a C-35/96. sz., *Európai Közösségek Bizottsága kontra Olasz Köztársaság* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:1998:303, 36. pontja.

⁽¹⁴⁹⁾ A C-82/01 P. sz., *Aéroports de Paris kontra Európai Közösségek Bizottsága* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2002:617, 74. pontja és a C-49/07. sz., *Motosykletistiki Omospondia Ellados NPID (MOTOE) kontra Elliniko Dimosio* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2008:376, 25. pontja. Lásd még az európai uniós állami támogatási szabályoknak az általános gazdasági érdekű szolgáltatások nyújtásának ellentételezésére való alkalmazásáról szóló bizottsági közlemény (2012/C-8/02) 9. pontját.

⁽¹⁵⁰⁾ A C-49/07. sz., *Motosykletistiki Omospondia Ellados NPID (MOTOE) kontra Elliniko Dimosio* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2008:376, 27. pontja és a C-244/94. sz., *Fédération Française des Sociétés d'Assurance, Société Paternelle-Vie, Union des Assurances de Paris-Vie és Caisse d'Assurance et de Prévoyance Mutuelle des Agriculteurs kontra Ministère de l'Agriculture et de la Pêche* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:1995:392, 21. pontja.

⁽¹⁵¹⁾ A C-157/99. sz., *B.S.M. Geraets-Smits kontra Stichting Ziekenfonds VGZ és H.T.M. Peerbooms kontra Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2001:404, 58. pontja, amelyben a Bíróság kimondta, hogy az a tény, hogy a kórházi orvosi kezelést megállapodások és előre meghatározott díjtételek alapján betegbiztosító finanszírozza, nem veszi ki az adott kezelést az EUMSZ értelmében vett gazdasági tevékenységek köréből, és hogy az egészségbiztosítási pénztárak által végrehajtott kifizetések „habár általánosan jellegűek voltak, a kórházi ellátások gazdasági ellentételezését képezik, és kétségtelenül díjazásnak minősülnek, amelyet az egészségügyi létesítmény kap meg, amely egyébként gazdasági jellegű tevékenységet folytat”. A Bíróság hozzátette ebben az összefüggésben, hogy nem szükséges az, hogy a díjazást a szolgáltatás igénybevevője fizesse.

⁽¹⁵²⁾ A C-157/99. sz., *B.S.M. Geraets-Smits kontra Stichting Ziekenfonds VGZ és H.T.M. Peerbooms kontra Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2001:404, 53. pontja, a 286/82. és 26/83. sz., *Graziana Luisi és Giuseppe Carbone kontra Ministero del Tesoro* egyesített ügyek, ECLI:EU:C:1984:35, 16. pontja, a C-159/90. sz., *The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd kontra Stephen Grogan és társai* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:1991:378, 18. pontja, a C-368/98. sz., *Abdon Vanbraekel és társai kontra Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC)* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2001:400, 43. pontja és a T-167/04. sz., *Asklepios Kliniken GmbH kontra Európai Közösségek Bizottsága* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:T:2007:215, 49–55. pontja

⁽¹⁵³⁾ Lásd az európai uniós állami támogatási szabályoknak az általános gazdasági érdekű szolgáltatások nyújtásának ellentételezésére való alkalmazásáról szóló bizottsági közlemény (2012/C-8/02) 24. pontját.

- (110) A belga nemzeti egészségügyi ellátás mögött meghúzódó szolidaritási megfontolások nem kérdőjelezik meg az említett kórházi tevékenységek gazdasági jellegét. Valójában emlékeztetni kell arra, hogy a minisztériumok és egyéb jogalanyok irányítása alatt álló nemzeti egészségügyi rendszer esetében, amely „társadalombiztosítási befizetések és más állami hozzájárulások útján történő finanszírozási módja, valamint a tagok részére történő ingyenes és általános szolgáltatás tekintetében a szolidaritás elve szerint működik”, az Elsőfokú Bíróság megállapította, hogy a szóban forgó irányító szervezetek nem vállalkozásként járnak el a nemzeti egészségügyi rendszer irányítása során.⁽¹⁵⁴⁾ Azonban a Bizottság megítélése szerint különbséget kell tenni a nemzeti egészségügyi rendszer állami szervek általi irányítása – amelyek ebből a célból állami előjogokat hajtanak végre – és a versenykörnyezetben díjazás ellenében nyújtott kórházi ellátás között (amelyről ebben az ügyben szó van, a (108)–(109) preambulumbekkezdésben kifejtettek szerint).
- (111) Ennek megfelelően az egészségügyi szolgáltatások nyújtását illetően az IRIS-H-t az EUMSZ 107. cikkének (1) bekezdése értelmében vett vállalkozásnak kell tekinteni.

Szociális szolgáltatások

- (112) A fenti (38) preambulumbekkezdésben kifejtettek szerint az IRIS-H szociális szolgáltatások sorát kínálja szociálisan hátrányos helyzetű pácienseinek és családjuknak. Ebbe beletartozik – a páciensek szükségletei szerint – a pszichoszociális, szociális-adminisztratív vagy szociális-anyagi jellegű segítségnyújtás. E szociális szolgáltatások sajátos jellege megköveteli, hogy az ezek gyakorlására jogosult gazdasági szereplők rendelkezzenek sajátos erőforrásokkal, így szakképzett személyzettel.
- (113) Tagadhatatlan, hogy azok a további szociális tevékenységek, amelyeknek teljesítésére az IRIS-H-t állítólag kötelezettség terheli, kizárólag szociális célt szolgálnak. Ennek ellenére – ahogy az Európai Bíróság (a továbbiakban: a Bíróság) ítélezési gyakorlatában kimondta – azon rendszer tisztán szociális jellege, amelynek keretében valamely szervezetre konkrét feladatokat ruháznak, önmagában nem elegendő ahhoz, hogy e feladatok gazdasági jellege kizárható legyen.⁽¹⁵⁵⁾
- (114) A Bizottság eljárást megindító határozatában kérte annak pontosítását, hogy az IRIS-H által állítólag végzett további szociális tevékenységek gazdasági tevékenységet alkotnak-e vagy sem. A belga hatóságok a Bizottság eljárást megindító határozatára írt válaszukban fenntartják, hogy a szociális tevékenységek nem gazdasági jellegűek, mivel azok nem alkotják verseny piac részét. A panaszosok azonban azzal érvelnek, hogy a szociális tevékenységek nem választhatóak el a kórházi tevékenységektől, amelyek gazdasági jellegűek. Noha a Bizottság gondosan mérlegelte a belga hatóságok érvét, nem tudja kizárni azt, hogy a további szociális tevékenységek nyújtása gazdasági tevékenységet alkot. Emellett – ahogy az lentebb kifejtésre kerül (lásd a (165) preambulumbekkezdést) – a Bizottság úgy ítéli meg, hogy a valóságban a szociális tevékenységek nem választhatóak el a kórházi tevékenységektől, amelyek gazdasági jellegűek.
- (115) Az értékelés folytatásához ezért a határozat hátralevő része feltételezi, hogy a további szociális szolgáltatások nyújtása vélhetően valóban gazdasági jellegű.

Kiegészítő tevékenységek

- (116) A fenti (41) preambulumbekkezdésben kifejtettek szerint az IRIS-H egy sor kiegészítő tevékenységet is végzett. A Bizottság megjegyzi, hogy ezen tevékenységek némelyike – az IRIS-H fő tevékenységeitől elkülönítetten értékelve – nem gazdasági jellegűnek tűnik (pl.: kutatási tevékenységek), míg mások első ránézésre gazdasági tevékenységnek tűnhetnek (pl.: az étkező vagy a pácienseknek és látogatóknak üzemeltetett üzlet). Van olyan érv is azonban, hogy az IRIS-H fő (gazdasági) tevékenységeihez való szoros kapcsolódásuk miatt az említett összes kiegészítő tevékenységet is gazdasági tevékenységként kell kezelni.

⁽¹⁵⁴⁾ A T-319/99. sz., *Federación Nacional de Empresas de Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental (FENIN) kontra Európai Közösségek Bizottsága ügyben hozott ítélet*, ECLI:EU:T:2003:50, 39. pontja. Lásd még a T-137/10. sz. ügyben hozott ítélet 90. és 91. pontját, és az európai uniós állami támogatási szabályoknak az általános gazdasági érdekű szolgáltatások nyújtásának ellentételezésére való alkalmazásáról szóló bizottsági közlemény (2012/C-8/02) 22. pontját.

⁽¹⁵⁵⁾ Lásd erre a C-355/00. sz., *Freskot AE kontra Elliniko Dímosio* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2003:298, 53. pontját. Ebben az ügyben a Bíróság utalt arra a tényre is, hogy a szóban forgó kötelező biztosítási rendszer szerinti szolgáltatásokat és hozzájárulásokat a nemzeti jogalkotó részletesen meghatározta.

- (117) Az értékelés folytatásához ezért a határozat hátralevő része feltételezi, hogy a kiegészítő szolgáltatások nyújtása vélhetően valóban gazdasági jellegű.

7.2.1.2. Gazdasági előny

Általános értékelés

- (118) Az EUMSZ 107. cikke (1) bekezdésének alkalmazásában az előny olyan gazdasági előny, amelyet egy adott vállalkozás rendes piaci körülmények között – azaz állami beavatkozás nélkül – nem szerzett volna meg.⁽¹⁵⁶⁾ Csak az intézkedésnek az adott vállalkozásra gyakorolt hatása releváns, az állami beavatkozás oka és célja azonban nem.⁽¹⁵⁷⁾ Ha egy vállalkozás pénzügyi helyzete állami beavatkozás eredményeképpen javul, minden esetben megállapítható az előny megléte.
- (119) Ebben az ügyben meg kell jegyezni, hogy az általános kórházi és további tevékenységekre kiterjedő különféle (a 2.5.1. pontban ismertetett) állami finanszírozási rendszerek – közöttük a hiány-ellentételezés is – lehetővé tette az IRIS-H-nak egy olyan intézkedéscsomag előnyeit, amely az ilyen tevékenységeket nyújtók általában viselt terheinek mérséklését szolgálja. Ezért az Altmark-ítélet elvei szerint a következő preambulumbekendésekben végzett vizsgálat alapján a határozat tárgyát képező hiány-ellentételezési rendszer úgy tekinthető, hogy az az IRIS-H-nak olyan gazdasági előnyt biztosít, amelyet állami beavatkozás nélkül szokásos piaci viszonyok mellett nem érhetett volna el.

Az Altmark-ügy

- (120) A Bizottság megjegyzi, hogy az IRIS-H állami finanszírozása nem jelentene semmiféle előnyt, ha az egyszerűen az IRIS-H által a rábízott közszolgáltatási kötelezettség(ek) alapján nyújtott szolgáltatások ellentételezése, annyiban, amennyiben az megfelel az Altmark-ügyben hozott ítéletben meghatározott feltételeknek.
- (121) A Bíróság az Altmark-ítéletben egyértelművé tette, hogy az általános gazdasági érdekű szolgáltatás nyújtása során felmerült költségek tekintetében állami forrásokból adott ellentételezés nem minősül előny juttatásának, ha négy együttes feltétel teljesül:⁽¹⁵⁸⁾
- a kedvezményezett vállalkozást ténylegesen közszolgáltatási kötelezettségeknek kell terheliük, és e kötelezettségeknek egyértelműen meghatározottnak kell lenniük;
 - az ellentételezés kiszámításának alapjául szolgáló paramétereket tárgyilagos és átlátható módon előzetesen kell megállapítani;
 - az ellentételezés nem haladhatja meg a közszolgáltatási kötelezettségek biztosításához szükséges költség egy része vagy egésze fedezéséhez szükséges összeget, figyelembe véve a kapcsolódó bevételeket és az észszerű nyereséget is;
 - amennyiben a közszolgáltatási kötelezettséget teljesítő vállalkozás nem közbeszerzési eljárás alapján kerül kiválasztásra, melynek keretében az említett szolgáltatásokat a közösséget a legkisebb költséggel megterhelő módon nyújtani képes ajánlattevőt lehet kiválasztani, az ellentételezés mértékét azon költségek elemzése alapján kell meghatározni, melyek egy tipikus, jól működő és megfelelően felszerelt vállalkozásnál a kötelezettségek teljesítése során felmerülhetnek.

⁽¹⁵⁶⁾ A C-39/94. sz., *Syndicat français de l'Express international (SFEI) és társai kontra La Poste és társai* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:1996:285, 60. pontja, valamint a C-342/96. sz., *Spanyol Királyság kontra Európai Közösségek Bizottsága* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:1999:210, 41. pontja.

⁽¹⁵⁷⁾ A 173/73. sz., *Olasz Köztársaság kontra Európai Közösségek Bizottsága* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:1974:71, 13. pontja.

⁽¹⁵⁸⁾ A C-280/00 sz., *Altmark Trans GmbH és Regierungspräsidium Magdeburg kontra Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH és Oberbundesanwalt beim Bundesverwaltungsgericht* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2003:415, 87–95. pontja

- (122) Az *Altmark*-ítéletben lefektetett elvek és megfontolások *ex tunc* hatályúak, azaz azokra a jogviszonyokra is vonatkoznak, amelyek a szóban forgó ítélet meghozatala előtt keletkeztek.⁽¹⁵⁹⁾ Ezért az *Altmark*-ítéletben meghatározott értékelési kritériumok teljes egészben alkalmazandóak ezen ügy tényállására és a jogi helyzetre, még az IRIS-H-nak az *Altmark*-ítélet meghozatala előtt nyújtott támogatásra is.⁽¹⁶⁰⁾
- (123) Ezen ügy céljaira a Bizottság úgy döntött, hogy először a negyedik *Altmark*-kritériumot elemzi (azaz azt, hogy az általános gazdasági érdekű szolgáltatások nyújtó vállalkozás kiválasztása közbeszerzési eljárás alapján történt-e, vagy ehelyett az általános gazdasági érdekű szolgáltatások ellentételezésének mértéke azon költségek elemzése alapján került-e meghatározásra, melyek egy tipikus, jól működő vállalkozásnál felmerülhetnek). A Bizottság megjegyzi, hogy a belga hatóságok szerint az IRIS-H-t nem közbeszerzési eljárással választották ki azokra a közszolgáltatási kötelezettség(ek)re, amely(ek)re megbízást kapott. Így megállapította, hogy ebben az ügyben teljesül a szóban forgó kritérium első része.
- (124) Az értékelt kritérium második részében a Bizottság először megjegyzi, hogy a belga hatóságok nem állították, hogy az IRIS-H ebben az értelemben hatékony vállalkozásnak minősül. A Bizottság másodszor megjegyzi, hogy a belga hatóságok és a panaszosok által nyújtott információk nem elegendőek annak megállapítására, hogy az esetlegesen az IRIS-H-ra bízott közszolgáltatási kötelezettség(ek) ellentételezési rendszerei megfelelnek a negyedik *Altmark*-feltétel értelmében vett hatékony vállalkozás szempontjának. Semmi nem utal arra, hogy az ellentételezést az uniós bíróságok ítélezési gyakorlatában előírt jellemzőkkel bíró tipikus vállalkozás költségeinek elemzése alapján ítélték volna oda. Ugyancsak nincsen elegendő bizonyíték annak igazolására, hogy az IRIS-H maga jól működő és megfelelően felszerelt vállalkozásnak tekinthető. Úgy tűnik, hogy az odaítélt ellentételezés meghatározásakor nem vették figyelembe a jó irányítást vagy a felszereltség megfelelőségét. Végezetül meg kell jegyezni, hogy az IRIS-H általános gazdasági érdekű szolgáltatások és kiegészítő tevékenységek végzéséből eredő hiányát fedező, a kórházak irányításának hatékonyságát figyelembe nem vevő ellentételezési rendszer nem teljesítheti a negyedik *Altmark*-kritériumot.
- (125) Ezért a Bizottság úgy véli, hogy az *Altmark*-ügyben hozott ítéletben megfogalmazott negyedik feltétel ebben az ügyben nem teljesül. Mivel az *Altmark*-ítéletben meghatározott feltételek kumulatívok, bármely kritérium teljesülésének hiánya szükségszerűen arra a következtetésre vezet, hogy az ebben a határozatban vizsgált hiány-ellentételezési rendszer az EUMSZ 107. cikkének (1) bekezdése értelmében vett gazdasági előnyt biztosít.

7.2.1.3. Szelektivitás

- (126) Az állami intézkedések akkor tartoznak az EUMSZ 107. cikke (1) bekezdésének hatálya alá, ha „bizonyos vállalkozásokat vagy bizonyos áruk termelését” előnyben részesítik. Ennek alapján a támogatás fogalma csak a vállalkozásokat előnyben részesítő olyan intézkedésekre terjed ki, amelyek szelektíven juttatják előnyhöz e vállalkozásokat.
- (127) A Bizottság megjegyzi, hogy a brüsszeli közkórházak, de nem a magánkórházak hiányának fedezésére létrehozott ellentételezési rendszert (lásd a (44) preambulumbekendést) szelektívnek kell tekinteni, mivel kizárja a magánkórházakat és minden más, a tevékenységi ágazatba tartozó egészségügyi szolgáltatót és vállalkozást.

⁽¹⁵⁹⁾ A T-289/03. sz., *British United Provident Association Ltd (BUPA), BUPA Insurance Ltd és BUPA Ireland Ltd kontra Európai Közösségek Bizottsága* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:T:2008:29, 159. pontja. A Bíróság kimondta, hogy „... A közösségi jog valamely rendelkezésének a Bíróság által adott értelmezése arra szorítkozik, hogy megvilágítsa és pontosan meghatározza e rendelkezés értelmét és hatályát, ahogyan e rendelkezést hatálybalépésétől fogva érteni és alkalmazni kellett volna. Ebből következik, hogy az így értelmezett szabály alkalmazható, illetve azt alkalmazni kell a szóban forgó ítélet előtt keletkezett és létrejött jogviszonyokkal kapcsolatban. A Bíróság a közösségi jogrendhez szorosan hozzátartozó jogbiztonság általános elvének alkalmazása útján csak kivételesen korlátozhatja valamennyi érdekelt azon lehetőségét, hogy hivatkozzanak a Bíróság által értelmezett rendelkezésre a jóhiszeműen létrejött jogviszonyok megkérdőjelezése céljából.”

⁽¹⁶⁰⁾ A C-209/03. sz. *Dany Bidar kérelmére: The Queen kontra London Borough of Ealing és Secretary of State for Education and Skills* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2005:169, 66. és 67. pontja, és a C-292/04. sz., *Wienand Meilicke, Heidi Christa Weyde és Marina Stöffler kontra Finanzamt Bonn-Innenstadt* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2007:132, 34–36. pontja.

7.2.2. Állami források

- (128) Ahhoz, hogy az EUMSZ 107. cikkének (1) bekezdése értelmében vett állami támogatás valósuljon meg, a támogatást az állam által vagy állami forrásokon keresztül kell nyújtani. Az állami források közé tartozik minden közszektorbeli forrás⁽¹⁶¹⁾, ideértve az államon belüli (decentralizált, szövetségi, regionális vagy más) jogalanyok forrásait.⁽¹⁶²⁾
- (129) Ebben az ügyben az a hiány-ellentételezés, amelyet az IRIS-H az érintett önkormányzatoktól az általános gazdasági érdekű szolgáltatások és kiegészítő tevékenységek ellátásáért kap, állami forrásokból származik és az államnak tudható be.

7.2.3. A verseny torzítása és a kereskedelemre gyakorolt hatás

- (130) A vállalkozásoknak juttatott állami források csak akkor minősülnek az EUMSZ 107. cikkének (1) bekezdése értelmében vett állami támogatásnak, „ha torzítják a versenyt, vagy azzal fenyegetnek”, valamint „érintik a tagállamok közötti kereskedelmet”.

7.2.3.1. A verseny torzulása

- (131) Ha egy állam által nyújtott támogatás erősíti egy vállalkozás versenyhelyzetét a versenytársakkal szemben, akkor az versenyt torzító vagy azzal fenyegető intézkedésnek tekintendő.⁽¹⁶³⁾ A verseny torzítását minden gyakorlati szempontból feltételezik, ha az állam egy olyan liberalizált gazdasági ágazatban, ahol versenyfeltételek uralkodnak, illetve uralkodhatnak, pénzügyi előnyt biztosít egy vállalkozásnak.
- (132) Tekintve, hogy bizonyos fokú verseny áll fenn a közkórházak, magánkórházak és más egészségügyi létesítmények között, a bizonyos egészségügyi létesítményeknek (ideértve az IRIS-H-t) a végzett kórházi tevékenységek finanszírozására adott állami finanszírozás torzíthatja a versenyt. Ugyanez érvényes az IRIS-H további szociális tevékenységeire.

7.2.3.2. A tagállamok közötti kereskedelemre gyakorolt hatás

Általános elvek

- (133) Az uniós bíróságok kimondták, hogy különösen „ha az állam által nyújtott pénzügyi támogatás valamely vállalkozás helyzetét megerősíti a[z Unió]n belüli kereskedelemben versenytársaival szemben, a támogatást olyannak kell tekinteni, mint amely érinti az utóbbiakat”.⁽¹⁶⁴⁾
- (134) Az állami támogatás még akkor is úgy tekinthető, hogy hatással van az Unión belüli kereskedelemre, ha a kedvezményezett nem vesz részt közvetlenül határokon átnyúló kereskedelemben. Például a támogatás a helyi kínálat fenntartásával vagy bővítésével⁽¹⁶⁵⁾ megnehezítheti más tagállamok vállalkozásainak a piacra lépést, vagy a letelepedés jogának gyakorlását.
- (135) Állandó ítélkezési gyakorlat, hogy a Bizottságnak nem kell elvégeznie az érintett piacok aktuális helyzetének, a támogatásban részesülő vállalkozások, a versenytárs vállalkozások helyzetének vagy a tagállamok közötti kereskedelmi folyamatok gazdasági elemzését.⁽¹⁶⁶⁾ Jogellenesen juttatott állami támogatás esetében a Bizottságnak nem kell bizonyítania a versenyre és a kereskedelemre gyakorolt tényleges hatást.

⁽¹⁶¹⁾ A T-358/94. sz., *Compagnie nationale Air France* kontra *Európai Közösségek Bizottsága* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:T:1996:194, 56. pontja.

⁽¹⁶²⁾ A 248/84. sz., *Német Szövetségi Köztársaság* kontra *Európai Közösségek Bizottsága* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:1987:437, 17. pontja és a T-92/00. és T-103/00. sz., *Territorio Histórico de Álava – Diputación Foral de Álava – Ramondín, SA és Ramondín Cápulas, SA* (T-103/00) kontra *Európai Közösségek Bizottsága* egyesített ügyek (EU:T:2002:61) 57. pontja.

⁽¹⁶³⁾ A 730/79. sz., *Philip Morris Holland BV* kontra az *Európai Közösségek Bizottsága* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:1980:209, 11. pontja és a T-298/97., T-312/97., T-313/97., T-315/97., T-600/97–607/97., T-1/98., T-3/98–T-6/98. és T-23/98. sz., *Alzetta Mauro és társai* kontra az *Európai Közösségek Bizottsága* egyesített ügyekben hozott ítélet, ECLI:EU:T:2000:151, 80. pontja.

⁽¹⁶⁴⁾ A T-288/97. sz. *Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia* kontra *Bizottság* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:T:1999:125, 41. pontja.

⁽¹⁶⁵⁾ Lásd például a C-280/00. sz. *Altmark Trans és Regierungspräsidium Magdeburg* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2003:415, 78. pontját; a C-197/11. és C-203/11. sz., *Libert és társai* egyesített ügyekben hozott ítélet (ECLI:EU:C:2013:288) 78. pontját; és a C-518/13. sz. *Eventech* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2015:9, 67. pontját.

⁽¹⁶⁶⁾ Lásd például a C-279/08 P. sz., *Bizottság* kontra *Hollandia* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2011:551, 131. pontját.

- (136) Ennek ellenére az Unión belüli kereskedelemre gyakorolt hatás nem lehet pusztán hipotetikus vagy feltételezésen alapuló. Meg kell állapítani, hogy az intézkedés miért torzítja a versenyt, vagy miért fenyeget a verseny torzításával, továbbá azt, hogy az intézkedés előrelátható hatásai alapján az intézkedés a tagállamok közötti kereskedelemre gyakorolt hatással bír. ⁽¹⁶⁷⁾
- (137) E tekintetben a Bizottság számos esetben úgy találta ⁽¹⁶⁸⁾, hogy bizonyos tevékenységeknek kizárólag helyi hatása van, és a tagállamok közötti kereskedelmet nem befolyásolják. Helyénvalónak tűnik mindenekelőtt megvizsgálni, hogy a kedvezményezett az adott tagállamon belül korlátozott területre kiterjedően értékesít-e termékeket, illetve korlátozott területre kiterjedően nyújt-e szolgáltatásokat, továbbá azt, hogy az intézkedésnek előreláthatóan nem lesz a marginálist meghaladó hatása a határokon átnyúló beruházásokra vagy letelepedésre.

Értékelés

- (138) A fent felidézett elveket követve a Bizottság megjegyzi, hogy a kereskedelemre gyakorolt hatás több, főként ügyféloldali (ahhoz a területhez kapcsolódó, ahova az árukat és szolgáltatásokat szállítják, valamint ahhoz a területhez, ahonnan ügyfeleket vonz) és szállítóoldali (azon kérdést illetően, hogy az intézkedés akadályokat teremt-e a ténylegesen vagy potenciálisan versenytárs szállítók határokon átnyúló beruházásai és letelepedése vonatkozásában) tényezőre hivatkozással határozható meg. Annak megállapításához, hogy valamely intézkedés befolyásolja a tagállamok közötti kereskedelmet, elegendő bizonyítani a kereskedelemre gyakorolt hatást legalább ezen tényezők egyike vonatkozásában.
- (139) Az intézkedések ügyféloldali hatását illetően a Bizottság megjegyzi, hogy az egészségügyi ágazat általában és a kórházak által nyújtott fekvőbeteg-ellátás különösen az Unión belüli kereskedelem körébe tartozik. A Bizottság megjegyzi, hogy a páciensek határokon átnyúló mobilitása növekszik. Természetesen igaz, hogy az egészségügyi ellátás továbbra is tagállami hatáskör és a páciensek mobilitására a nemzeti társadalombiztosítási rendszerek beavatkozását szabályozó szigorú intézkedések vonatkoznak. Valójában a gyakorlatban a fekvőbeteg-ellátást általában a páciens lakóhelye közelében, számára ismerős kulturális környezetben nyújtják, amely lehetővé teszi számára a kezelőorvossal bizalmi viszony kialakítását. A páciensek határon átnyúló mozgása különösen határ menti régiókban vagy pedig konkrét betegségek rendkívül különleges kezelése érdekében fordul elő.
- (140) Ebben az ügyben a Bizottság véleménye szerint a szóban forgó intézkedés kihatással van a tagállamok közötti kereskedelemre. Az ügy sajátosságai megkülönböztetik azt különösen azoktól az ügyektől, amelyekben megállapítást nyert, hogy a kórházak állami támogatása a tagállamok közötti kereskedelmet nem érinti. ⁽¹⁶⁹⁾ E következtetés levonásakor a Bizottság különösen az következő jelek együttesére támaszkodik:

- a) Az IRIS-H-nak vannak nemzetközi hírű, magas szinten szakosodott kórházai is. A pediátriai ellátásra szakosodott Fabiola Királynő Egyetemi Gyermekkorház és a rákkezelésre szakosodott Institut Bordet, illetve CHU Saint-Pierre és CHU Brugmann egyetemi kórház a magas fokon szakosodott kezelések széles körét kínálja és nemzetközi hírnévvel büszkélkedhet. A nemzetközi hírnév ezeket a kórházakat vonzóvá teszi a nemzetközi páciensek számára, ideértve a más tagállambelieket is, függetlenül attól hogy az IRIS-H feladata szociális egészségügyi ellátás nyújtása a brüsszeli helyi közösségnek (lásd a 7.3.4.1. pontot).

⁽¹⁶⁷⁾ Lásd a T-447/93., T-448/93. és T-449/93. sz., AITEC és társai kontra Bizottság ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:T:1995:130, 141. pontját.

⁽¹⁶⁸⁾ Lásd például a Bizottság alábbi állami támogatási ügyekben hozott határozatát: az N 258/2000. sz., *Leisure Pool Dorsten* ügy (HL C 172., 2001.6.16., 16. o.); a C10/2003. sz., *Hollandia – nonprofit jachtkikötők ügye* (HL L 34., 2004.2.6., 63. o.); az N 458/2004. sz., *Editorial Andaluza Holding* ügy (HL C 131., 2005.5.28., 12. o.); az SA.33243. sz., *Jornal de Madeira* ügy (HL C 131., 2005.5.28., 12. o.); az SA.34576. sz., *Portugália – Jean Piaget északi tartós ápolási osztály* ügy (HL C 73., 2013.3.13., 1. o.); az N 543/2001. sz., *Írország – Leírás kórházak számára* ügy (HL C 154., 2002.6.28., 4. o.); az SA.37432. sz., *Közkórházak finanszírozása a Hradec Králové régióban* ügy (HL C 203., 2015.6.19., 1. o.); az SA.37904. sz., *A durmersheimi orvosi központ állítólagos állami támogatása* ügy (HL C 188., 2015.6.5., 1. o.); az SA.33149. sz., *Städtische Projektgesellschaft „Wirtschaftsbüro Gaarden-Kiel”* ügy (HL C 188., 2015.6.5., 1. o.); az SA.38035. sz., *Az ortopédiai és baleseti sebészet rehabilitációs szakklínikájának állítólagos támogatása* ügy (HL C 188., 2015.6.5., 1. o.); az SA.39403. sz., *Hollandia – A Lauwersoog kikötő beruházási támogatása* ügy (HL C 259., 2015.8.7., 1. o.); az SA.37963. sz., *Egyesült Királyság – Glenmore Lodge* ügy (HL C 277., 2015.8.21., 1. o.); és az SA. 38208 *Egyesült Királyság – Tagok tulajdonában álló golfklubok* ügye (HL C 277., 2015.8.21., 1. o.).

⁽¹⁶⁹⁾ Lásd az N 543/2001. sz., *Írország – Leírás kórházak számára* ügy (HL C 154., 2002.6.28., 4. o.); az SA.37432. sz., *Hradec Králové régió közkórházainak finanszírozása* ügy (HL C 203., 2015.6.19., 1. o.); az SA.38035. sz., *Ortopédiai és baleseti sebészet rehabilitációs szakklínika javára nyújtott állítólagos állami támogatás* ügy (HL C 188., 2015.6.5., 1. o.).

- b) A brüsszeli IRIS-H viszonylag közel fekszik francia, holland és német nagyvárosokhoz. Például Aachen, Lille, Eindhoven és Rotterdam városa mind 150 km-en belül fekszik. Ezen túlmenően Brüsszel nagysebességű vasúttal közvetlen csatlakozással rendelkezik Párizs, London, Amszterdam és Köln európai nagyvárosokhoz, legfeljebb két órás utazási idő mellett. Végezetül Brüsszel nemzetközi repülőtere csatlakozást kínál az összes jelentős európai és nemzetközi központhoz. Brüsszel földrajzi elhelyezkedése és összeköttetései azt jelentik, hogy az IRIS-H egyszerűen elérhető a kórházak által bevonzott nemzetközi páciensek, különösen a belga határ vagy a nagysebességű vasúttal összekötött városokhoz közel lakók számára.
- c) Brüsszel főváros régiója és az IRIS-H általánosságban is soknyelvű. A francia és a holland a hivatalos nyelv és az IRIS-H-nak mindkét nyelven szolgáltatnia kell, ami vonzóvá teszi különösen a francia és a holland polgárok számára. Ezen túlmenően az angol széles körben beszélt nyelv Brüsszel főváros régiójában, ami lehetővé teszi sokféle háttérű páciens számára az elérhetőséget.
- d) Brüsszel főváros régiójában sok, más tagállamból származó polgár él. Ténylegesen, az Eurostat „Városaudit”-jában részt vevő 321 európai város közül Brüsszelben él a második legtöbb nem állampolgár polgár (2012-ben 33,8 %) és a második legtöbb más uniós tagállamokból származó polgár (2012-ben 20,3 %).⁽¹⁷⁰⁾ A más uniós tagállamokból származó lakosok általában választhatnak, hogy hol veszik igénybe az orvosi szolgáltatásokat: jellemzően saját országukban vagy a lakóhelyük szerinti országban.
- (141) Az IRIS kórházak további szociális tevékenységeit illetően a Bizottság megjegyzi, hogy amennyiben nem zárható ki, hogy e tevékenységek nyújtása gazdasági tevékenység, és figyelemmel arra, hogy ezek mennyire szorosan kapcsolódnak az IRIS-H általános kórházi tevékenységeihez, a fent kidolgozott indokolás e tekintetben is igaz lehet. Azonban a lentebb kifejtett megfontolásokra figyelemmel (lásd a 7.3. pontot), a Bizottság meggyőződött arról, hogy annak ellenére, hogy a további szociális szolgáltatások állami finanszírozása érintette a tagállamok közötti kereskedelmet, az erre a tevékenységre adott állam finanszírozás a belső piaccal összeegyeztethető állami támogatást képez. Eljárás-gazdaságossági okokból ezért nem kell arról végső megállapítást tenni, hogy a további szociális tevékenységek állami finanszírozása érinti-e a tagállamok közötti kereskedelmet.
- (142) Ugyanezek a megfontolások vonatkoznak az IRIS-H kiegészítő tevékenységeire (lásd a (41), (116) és (117) preambulumbekendést). Elkülönítetten értékelve a Bizottság megítélése szerint lehetne azt vitatni, hogy az IRIS-H kiegészítő tevékenységei többségének állami finanszírozása (ha van) (pl.: óvoda a dolgozók gyermekeinek, helyiség-bérbeadás, egy kis üzlet a páciensek és látogatók számára, étkezde és parkoló, televízió bérbeadása a pácienseknek) nem érinti a tagállamok közötti kereskedelmet. Azonban, az IRIS-H kiegészítő és fő tevékenységei közötti szoros kapcsolat értelmezhető annak jeleként, hogy e kiegészítő tevékenységek állami finanszírozása (ha volt) is érinti a tagállamok közötti kereskedelmet. Mindenesetre – mivel a kiegészítő tevékenységek állam finanszírozása a belső piaccal összeegyeztethető állami támogatást képez (lásd a 7.3. pontot), a Bizottság nem tartja szükségesnek erről a kérdéstről végleges döntést hozni.
- (143) Az értékelés folytatásához ezért a határozat hátralevő része feltételezi, hogy a további szociális tevékenységek és a kiegészítő szolgáltatások állami finanszírozása vélhetően érinti a tagállamok közötti kereskedelmet.
- (144) Annak megállapítását követően, hogy az ebben az ügyben vizsgált tárgyát képező intézkedések legalább egy vonatkozásban (ügyféloldalon) érintik a tagállamok közötti kereskedelmet, a Bizottság nem tartja szükségesnek annak értékelését, hogy azok érintik-e a tagállamok közötti kereskedelmet a határokon átnyúló beruházások és a letelepedés joga vonatkozásában (lásd a (138) preambulumbekendést).

7.2.4. Következtetés

- (145) A fenti megfontolások alapján a Bizottság megítélése szerint az ebben az ügyben vizsgált intézkedések vonatkozásában az állami támogatás kumulatív kritériumai teljesülnek és ezek az intézkedések az EUMSZ 107. cikkének (1) bekezdése értelmében vett állami támogatást képeznek.

⁽¹⁷⁰⁾ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Statistics_on_European_cities, 2015. július 8-i állapot.

7.3. Összeegyeztethetőség a belső piaccal

7.3.1. Jögalap

7.3.1.1. Általános elvek

- (146) Mivel az IRIS-H-ra vonatkozó hiány-ellentételezés az EUMSZ 107. cikkének (1) bekezdése értelmében vett állami támogatást képez, értékelni kell annak a belső piaccal való összeegyeztethetőségét. Az EUMSZ 106. cikkének (2) bekezdése, 107. cikkének (2) bekezdése és 107. cikkének (3) bekezdése sorolja fel azokat az okokat, amelyek fennállása esetén valamely állami támogatási intézkedést a belső piaccal összeegyeztethetőnek lehet vagy kell nyilvánítani.
- (147) Tekintve, hogy a belga hatóságok következetesen azt állították, hogy az IRIS-H állami finanszírozása az általános gazdasági érdekű szolgáltatások ellátásának ellentételezése, a hiány-ellentételezés belső piaccal való összeegyeztethetőségét elsődlegesen az EUMSZ 106. cikkének (2) bekezdésének alapján kell értékelni. A szóban forgó cikk a következőkről rendelkezik:

„Az általános gazdasági érdekű szolgáltatások működtetésével megbízott vagy a jövedelemtermelő monopólium jellegű vállalkozások olyan mértékben tartoznak a Szerződés szabályai, különösen a versenyszabályok hatálya alá, amennyiben ezek alkalmazása sem jogilag, sem ténylegesen nem akadályozza a rájuk bízott sajátos feladatok végrehajtását. A kereskedelem fejlődését ez nem befolyásolhatja olyan mértékben, amely ellentétes az Unió érdekeivel”.

7.3.1.2. Az EUMSZ 106. cikkének (2) bekezdésének alkalmazása az idők során: előzetes megjegyzések

- (148) A Bizottság több jogi aktusban fektette le azokat a pontos feltételeket, amelyek szerint a 106. cikk (2) bekezdését alkalmazza, legutóbb – többek között – az általános gazdasági érdekű szolgáltatások 2012. évi keretszabályában⁽¹⁷¹⁾ és az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozatban⁽¹⁷²⁾ (a továbbiakban együttesen: az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi csomag); korábban a Bizottság kiadta az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2005. évi keretszabályát⁽¹⁷³⁾ és az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2005. évi határozatot⁽¹⁷⁴⁾, és ezeket alkalmazta. Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozatban lefektetett kritériumoknak megfelelő minden intézkedés a belső piaccal összeegyeztethetőnek minősül és a bejelentés alól mentesül. Azokat a támogatási intézkedéseket, amelyek amiatt nem tartoznak az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat alkalmazási körébe, mert nem felelnek meg az ott rögzített összes kritériumnak, a bejelentést követően az általános gazdasági érdekű szolgáltatások 2012. évi keretszabálya szerint kell értékelni.
- (149) Ebben az ügyben az IRIS-H vizsgált hiány-ellentételezése egészen 1996-ig nyúlik vissza, így korábbi az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozatnál és az általános gazdasági érdekű szolgáltatások 2012. évi keretszabályánál. Azonban az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi csomag – az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 10. cikkében és az általános gazdasági érdekű szolgáltatások 2012. évi keretszabálya (69) bekezdésében – olyan szabályokat tartalmaz, hogy azokat az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi csomag 2012. január 31-i hatálybalépését megelőzően adott támogatásra is alkalmazni kell. Különösen az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 10. cikkének b) pontja írja elő, hogy

„minden olyan, az e határozat hatálybalépése (azaz 2012. január 31.) előtt létrehozott támogatás, amely a 2005/842/EK határozat alapján nem volt összeegyeztethető a belső piaccal, és amelyre a bejelentési követelmény vonatkozott, de megfelel az e határozatban meghatározott feltételeknek, a belső piaccal összeegyeztethetőnek minősül, és mentesül az előzetes bejelentés követelménye alól.”

Az általános gazdasági érdekű szolgáltatások 2012. évi keretszabályát illetően a keretszabály (68) és (69) bekezdése határozza meg, hogy a Bizottság a keretszabályban meghatározott elveket fogja alkalmazni valamennyi bejelentett támogatási projektre – tekintet nélkül arra, hogy a bejelentés a keretszabály alkalmazásának 2012. január 31-i kezdete előtt vagy azt követően történt, illetve minden olyan jogellenes támogatásra, amelyről a határozatot 2012. január 31. után hozza meg, még abban az esetben is, ha a támogatást 2012. január 31. előtt adták.

- (150) Ennek következtében az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat és az általános gazdasági érdekű szolgáltatások 2012. évi keretszabálya alkalmazásának fenti ismertetett szabályai azt jelentik, hogy az IRIS-H 1996-tól folyó állami finanszírozása az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi csomag szerint értékelhető. Ha a hiány-ellentételezési rendszer megfelel akár az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat vagy az általános gazdasági érdekű szolgáltatások 2012. évi keretszabálya feltételeinek, az az 1996-tól kezdődő teljes időszakra a belső piaccal összeegyeztethető.

⁽¹⁷¹⁾ A Bizottság közleménye: A közszolgáltatás ellentételezése formájában nyújtott állami támogatásról szóló európai keretszabály (HL C 8., 2012.1.11., 15. o.).

⁽¹⁷²⁾ A Bizottság 2011. december 20-i 2012/21/EU határozata az Európai Unió működéséről szóló szerződés 106. cikke (2) bekezdésének az általános gazdasági érdekű szolgáltatások nyújtásával megbízott egyes vállalkozások javára közszolgáltatás ellentételezése formájában nyújtott állami támogatásra való alkalmazásáról (HL L 7., 2012.1.11., 3. o.).

⁽¹⁷³⁾ A közszolgáltatással járó ellentételezés formájában nyújtott állami támogatásról szóló közösségi keretszabály (HL C 297., 2005.11.29., 4. o.).

⁽¹⁷⁴⁾ Lásd a 13. lábjegyzetet.

- (151) Végezetül fel kell hívni a figyelmet az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokra vonatkozó 2012. évi határozat 10. cikkének a) pontjában szereplő átmeneti intézkedésre, amely szerint minden, az említett határozat hatálybalépése (azaz 2012. január 31-e) előtt létrehozott támogatás, amely a 2005/842/EK határozat alapján nem volt összeegyeztethető a belső piaccal, és amelyet az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokra vonatkozó 2005. évi határozattal összhangban mentesítettek a bejelentési követelmény alól, továbbra is a belső piaccal összeegyeztethetőnek minősül, és további két éves időszakra (azaz 2014. január 30-ig bezárólag) mentesül az előzetes bejelentés követelménye alól. Ez annyit jelent, hogy az említett rendszerben az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2005. évi határozat 2005. december 19-i hatálybalépése és az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 2012. január 31-i hatálybalépése között adott támogatás a belső piaccal összeegyeztethetőnek fog minősülni, de csak a nyújtásának napjától 2014. január 30-ig bezárólag. Mindenesetre a 2012. január 31-től adott támogatás esetében az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 10. cikkének a) pontja szerinti átmeneti rendelkezések nem alkalmazandók, és az összeegyeztethetőség értékelését az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat szerint kell végezni.
- (152) Ennek következtében a Bizottság először azt értékeli, hogy az ezen határozat hatálya alá tartozó, az IRIS-H részére 1996-tól kezdődően adott állami finanszírozás megfelel-e az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozatban rögzített kritériumoknak. Csak az erre adott nemleges válasz esetén fogja a Bizottság az említett finanszírozást az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2005. évi határozat (a 2005. december 19. és 2012. január 31. között nyújtott támogatás vonatkozásában) és az általános gazdasági érdekű szolgáltatások 2012. évi keretszabálya szerint értékelni.

7.3.2. Az EUMSZ 106. cikke (2) bekezdésének alkalmazása: valódi általános gazdasági érdekű szolgáltatás

- (153) Az EUMSZ 106. cikkének (2) bekezdése és az azon alapuló, az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat csak olyan vállalkozásnak nyújtott állami támogatásra alkalmazandó, amelyek „valódi általános gazdasági érdekű szolgáltatás” üzemeltetésével bíztak meg.⁽¹⁷⁵⁾ A Bíróság meghatározta, hogy az általános gazdasági érdekű szolgáltatások olyan szolgáltatások, amelyek meghatározott jegyekben különböznek más gazdasági tevékenységektől.⁽¹⁷⁶⁾ Továbbá a kialakult gyakorlat szerint az általános gazdasági érdekű szolgáltatások fennállásának körét megállapító konkrét uniós szabály hiányában a tagállamok tág mérlegelési joggal rendelkeznek egy adott szolgáltatás általános gazdasági érdekű szolgáltatásként történő meghatározására és a szolgáltatónak ellentételezés nyújtására.⁽¹⁷⁷⁾ A Bizottság hatásköre ebben a vonatkozásban annak ellenőrzésére korlátozódik, hogy a tagállam vétett-e nyilvánvaló hibát a szolgáltatás általános gazdasági érdekű szolgáltatásként történő meghatározásakor.
- (154) A Bizottság meggyőződött arról, hogy az IRIS-H állami finanszírozásban részesített valamennyi gazdasági tevékenysége (azaz az e kórházak által ellátott kórházi és szociális feladatok köre) a belga hatóságok állításának megfelelően valódi általános gazdasági érdekű szolgáltatásnak vagy azok egyszerű kiegészítő tevékenységének minősül. Különösen az ügyben tárgyalt összes orvosi és szociális szolgáltatás különleges jellemzőket mutat más gazdasági tevékenységekkel összevetve, azaz elsősorban azoknak a társadalom orvosi és szociális jóléte szempontjából fennálló jelentőségét. Ennek megfelelően a belga hatóságok nem vétettek nyilvánvaló hibát e szolgáltatások általános gazdasági érdekű szolgáltatásként történő meghatározásakor.
- (155) A (41) preambulumbekkezdésben részletezett kiegészítő tevékenységeket illetően a Bizottság megjegyzi, hogy valamely tevékenység akkor tekinthető általános gazdasági érdekű szolgáltatások kiegészítőjének, amennyiben az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokhoz közvetlenül kapcsolódik és nyújtásukhoz szükséges vagy annak lényegéhez kapcsolódik. Ez utóbbi helyzet áll fenn akkor, amennyiben a szóban forgó tevékenységek az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokkal azonos forrásokat pl.: anyagot, felszerelést, munkaerőt, állóeszközöket igényelnek. A kiegészítő tevékenységeknek terjedelmükben is korlátozottnak kell maradniuk. A Bizottság megítélése szerint a (41) preambulumbekkezdésben ismertetett valamennyi tevékenység kiegészítő jellegűnek minősül az IRIS-H fő általános gazdasági érdekű szolgáltatások tevékenységéhez képest. Valójában a kiegészítő jellegűnek minősülő tevékenységek (1) mindegyike közvetlenül kapcsolódik és szükséges az IRIS-H általános gazdasági érdekű szolgáltatási tevékenységéhez, mivel azok olyan tevékenységek, amelyek nyújtása az orvosi és szociális szolgáltatásokon túlmenően egy modern kórháztól elvárt, illetőleg (2) azok lényegéhez kapcsolódik, mivel a kórházak infrastruktúráját (azaz épületeit és területét) hasznosítja. A kiegészítő tevékenységek IRIS-H teljes árbevételeiben való korlátozott (átlagban 2 % alatti) részesedése alapján a Bizottság arról is meggyőződött, hogy valamennyi kiegészítő tevékenység terjedelmében is igen korlátozott marad.

⁽¹⁷⁵⁾ Lásd az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló határozat (8) preambulumbekkezdését.

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

⁽¹⁷⁷⁾ A T-289/03. sz. *BUPA és társai kontra Bizottság* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:T:2008:29, 166–169. és 172. pontja; a T-17/02. sz. *Fred Olsen* ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:T:2005:218, 216. pontja.

7.3.3. Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat alkalmazása

- (156) A Bizottság továbbá úgy ítéli meg, hogy az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokra az IRIS-H-nak adott állami finanszírozás az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat hatálya alá tartozik, az annak 2. cikkében előírtak szerint. Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 2. cikke (1) bekezdésének b) és c) pontja szerint ezt a határozatot kell alkalmazni arra az állami támogatásra, amelyet orvosi ellátást végző kórházak számára (beleértve a fő tevékenységekhez közvetlenül kötődő kiegészítő tevékenységek végzését – különösen a kutatás területén –), valamint a szociális szükségleteket kielégítő általános gazdasági érdekű szolgáltatásokat egyebek mellett a sérülékeny társadalmi csoportok gondozása és társadalmi befogadása terén nyújtó vállalkozások számára általános gazdasági érdekű szolgáltatások nyújtásának ellentételezése formájában adnak. Mivel az IRIS-H által végzett államilag finanszírozott általános gazdasági érdekű szolgáltatások és kiegészítő tevékenységek e tevékenységi kategóriák körébe tartozhatnak, a Bizottság megállapítja, hogy az ebben az ügyben vizsgált hiány-ellentételezési rendszer az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat tárgyi hatálya alá tartozik. Ennek megfelelően az IRIS-H tevékenységeinek összességéből (általános gazdasági érdekű szolgáltatások és kiegészítő tevékenységek) származó költségek támogathatóak az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat szerinti ellentételezéssel.

7.3.4. A megbízási aktus

- (157) Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozatban rögzített első fő összeegyeztethetőségi feltétel az, hogy az érintett vállalkozást egy vagy több hivatalos aktussal [meg kell bízni] az [ágész] működtetésével; e hivatalos aktus formáját minden egyes tagállam maga határozhatja meg. ⁽¹⁷⁸⁾ Az említett aktus (ok)nak egyértelműen meg kell határozni (határozniuk):

— a közszolgáltatási kötelezettségek tartalma és időtartama, ⁽¹⁷⁹⁾

— az említett kötelezettségekkel megbízott vállalkozás és adott esetben az érintett terület, ⁽¹⁸⁰⁾

— a vállalkozásnak adott kizárólagos vagy speciális jogok jellege, ⁽¹⁸¹⁾

— az ellentételezési mechanizmus leírása és az ellentételezés kiszámításának, ellenőrzésének és felülvizsgálatának paraméterei, ⁽¹⁸²⁾

— a túlkompensáció elkerülésére és visszafizetésére hozott intézkedések. ⁽¹⁸³⁾

- (158) Ezen túlmenően az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat előírja, hogy a megbízási aktusnak a határozatra való hivatkozást kell tartalmaznia. ⁽¹⁸⁴⁾

7.3.4.1. Az IRIS-H-ra kirótt közszolgáltatási kötelezettségek tartalma és terhe

- (159) A Törvényszék a 2012. november 7-i megsemmisítő ítéletében azt az előzetes észrevételt tette, hogy „amikor az ugyanazon közszolgáltatási kötelezettséggel terhelt közjogi és magánjogi jogalanyokra eltérő kötelezettségek hárulnak, ami a költségek és az ellentételezés eltérő szintjét feltételezi, ezeknek az eltéréseknek világosan ki kell tűnniük az egyes megbízásokból, többek között azért, hogy lehetővé váljék annak ellenőrzése, hogy a szubvenció összeegyeztethető e az egyenlő bánásmód elvével. Azt az állami támogatást ugyanis, amely bizonyos feltételeinél fogva sérti az uniós jog olyan általános elveit, mint az egyenlő bánásmód elve, a Bizottság nem nyilváníthatja a közös piaccal összeegyeztethetőnek (a Bíróság C-390/06. sz. Nuova Agricast ügyben hozott ítéletének [EBHT 2008., I 2577. o.] 51. pontja).” ⁽¹⁸⁵⁾

- (160) A Nuova Agricast ügyben hozott ítélet 66. pontja ⁽¹⁸⁶⁾ pontosítja, hogy „Az egyenlő bánásmód elvének tiszteletben tartása megköveteli, hogy az összehasonlítható helyzeteket ne kezeljék eltérően és az eltérő helyzeteket ne kezeljék ugyanúgy, hacsak az ilyen bánásmód objektíven nem igazolható (lásd többek közt a C-248/04. sz. Koninklijke Coöperatie Cosun ügyben 2006. október 26-án hozott ítélet [EBHT 2006., I-10211. o.] 72. pontját és az ott hivatkozott ítélkezési gyakorlatot).”

⁽¹⁷⁸⁾ Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 4. cikke.

⁽¹⁷⁹⁾ Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 4. cikkének a) pontja.

⁽¹⁸⁰⁾ Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 4. cikkének b) pontja.

⁽¹⁸¹⁾ Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 4. cikkének c) pontja.

⁽¹⁸²⁾ Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 4. cikkének d) pontja.

⁽¹⁸³⁾ Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 4. cikkének e) pontja.

⁽¹⁸⁴⁾ Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 4. cikkének f) pontja.

⁽¹⁸⁵⁾ A T-137/10. sz. ügyben hozott ítélet 95. pontja.

⁽¹⁸⁶⁾ A C-390/06. sz., Nuova Agricast Srl kontra Ministero delle Attività Produttive ügyben hozott ítélet, ECLI:EU:C:2008:224.

- (161) Azonban a Bizottság megjegyzi, hogy a megkülönböztetésmentesség elvét az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat az összeegyeztethetőség kritériumaként nem említi. Ennek ellenére a Bizottság értékelni fogja, hogy az állami IRIS-H és a brüsszeli magánkórházak jogilag és ténybelileg összehasonlítható vagy eltérő helyzetben vannak-e. Ebben az összefüggésben az IRIS-H-ra bízott közszolgáltatási kötelezettségek tartalmának ismertetésekor a Bizottság fel fogja tüntetni, hogy összehasonlítható kötelezettséggel a brüsszeli magánkórházakat megbízták-e vagy sem.
- (162) Amint az fentebb kifejtésre került (lásd a 2.3. pontot), az IRIS-H-ra vonatkozó szabályozási keretet a Loi CPAS, az LCH (amelynek alapján az IRIS-H létrejött), a helyi kórházi szervezetek belső szabályzata, és az IRIS kórházközi szervezet által elfogadott kötelező stratégiai tervek alkotják. Mivel a hatóságok (azaz az önkormányzatok és CPAS) többségi ellenőrzéssel rendelkeznek a Loi CPAS XII. fejezete szerinti helyi szervezetek és az IRIS kórházközi szervezet felett, a belső szabályzat és stratégiai tervek egyaránt kötelező erejűek az IRIS-H-ra és ennél fogva érvényes megbízó aktusnak minősülnek, amelynek tartalma lentebb kerül ismertetésre (lásd a (164), (170) és rákövetkező preambulumbekendéseket). Ebben az összefüggésben azt is érdemes kiemelni, hogy a hatóságok közvetlenül monitorozhatják az IRIS-H mindennapi működését és szükség esetén további utasításokat adhatnak.
- (163) Megemlítést nyert az is (lásd a (24) preambulumbekendést), hogy az IRIS-H-t eredetileg közvetlenül az a CPAS irányította és ellenőrizte, amely ezeket a kórházakat a Loi CPAS-sal összhangban szociális támogatási kötelezettsége teljesítésében való segítségnyújtás céljából hozta létre. A brüsszeli közkórházak folyamatos működésének és életképességének biztosítására (lásd a (24) preambulumbekendést) szerkezetátalakításra volt szükség, amelynek nyomán létrejött az IRIS-H (amely a pénzügyi és jogi függetlenséggel felruházott Loi CPAS XII. fejezete szerinti helyi szervezet formáját öltötte). Azonban ez a szerkezetátalakítás nem változtatta meg brüsszeli IRIS közkórházak alapvető rendeltetését⁽¹⁸⁷⁾, nevezetesen orvosi és szociális-orvosi ellátás nyújtását, és ekként az azokat létrehozó CPAS szociális támogatási kötelezettségéhez való hozzájárulást.
- (164) Az IRIS-H által nyújtott orvosi ellátást az LCH is formálta, amely meghatározza a belga kórházi ágazat egészének irányadó szervezeti keretét. Ennek alapján az LCH valamennyi belga (köz- és magán)kórházat megbíz az alapvető kórházi ellátás feladatával. Különösen az LCH 2. cikke határozza meg, hogy mely létesítmények tekinthetők kórháznak, miközben az LCH 68–76f. cikke meghatározza a kórházak és a kórházi szolgáltatások engedélyezési feltételeit (amelyek részletesebben a minőségi feltételeket és személyzeti követelményeket stb. meghatározó végrehajtási rendeletekben szerepelnek). Az LCH 23–45. cikke határozza meg azon kórházi programozási mechanizmus követelményeit, amely megszabja az üzembe állítható és üzemben tartható kórházi ágyak, kórházi szolgáltatások és bizonyos orvosi berendezések (így képpalkotó berendezések) számát. Állami finanszírozásra csak a programozási feltételeknek megfelelő, engedélyezett kórházi szolgáltatások jogosultak. Amint azt az eljárást megindító határozat⁽¹⁸⁸⁾ jelzi, és harmadik felek erre vonatkozó észrevételeinek hiánya is megerősíti, nem merültek fel kétségek az LCH-ban meghatározott alapvető kórházi ellátási feladatok tartalmát illetően. Egyértelmű az is, hogy az IRIS-H teljesíti ezeket a követelményeket, mivel rendelkezik az összes szükséges engedéllyel és működését a programozási mechanizmus alapján jóváhagyták.
- (165) Az összes belga köz- és magánkórházra bízott alapvető kórházi ellátás feladatán túl a Bizottság 2009. október 28-i határozata (lásd a fenti 4.1. pontot), a Törvényszék 2012. november 7-i megsemmisítő ítélete (lásd a fenti 4.2. pontot), és a Bizottság eljárást megindító 2014. október 1-jei határozata (lásd a fenti 4.3. pontot) hivatkozott három további (vagy külön) általános gazdasági érdekű szolgáltatásra, amelyek lényegében az (1) egyetemes ellátáshoz, (2) az ellátás több kórházi részlegen történő nyújtásának kötelezettségéhez, és (3) a csak és kizárólag az IRIS-H-ra bízott további szociális szolgáltatásokhoz kapcsolódnak. Ez azonban nem szükségképpen jelenti azt, hogy az alapvető kórházi ellátás feladatát és a további általános gazdasági érdekű szolgáltatásokat szükségszerűen egymástól elkülönítve kell értékelni. Ebben a tekintetben az eljárást megindító határozat (23) preambulumbekendésében említést nyert, hogy a belga hatóságok állítása szerint az alapvető kórházi ellátás feladata a tágabb általános gazdasági érdekű szolgáltatás – nevezetesen a Loi CPAS-ban előírt szociális támogatás nyújtásának kötelezettsége – része, illetve azt kiegészíti.

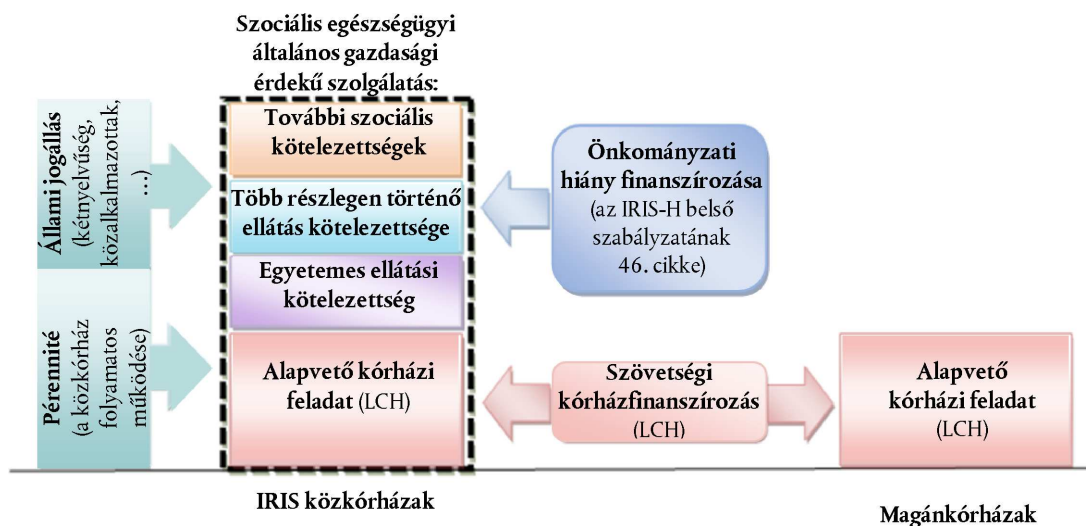
⁽¹⁸⁷⁾ Lásd a (25) preambulumbekendést és különösen az 1994. május 19-i együttműködési megállapodásban „a közkórházak sajátos jellegének [...] megtartására garanciák nyújtása” szükségességének megemlítését [kiemelés]. Lásd még az IRIS 1996–2001-os stratégiai tervét, különösen: A „Szervező tengelyek” c. pont (3. o.) „az orvoslás további terjesztése piaci logika nélkül” és a „Részcelkitűzések” c. pont (54. o.) „A közkórházak [azaz az IRIS-H] alapvető célja a szociális gyógyítás; emiatt teljesíteniük kell a szociális feladatok követelményeit” [kiemelés].

⁽¹⁸⁸⁾ Lásd az eljárást megindító határozat (87) preambulumbekendését.

- (166) Ilyen előzmények után a Bizottság úgy ítéli meg, hogy az LCH alapján az összes kórházra bízott alapvető kórházi ellátás feladata, és a csak az IRIS-H-ra bízott három további általános gazdasági érdekű szolgáltatási kötelezettség⁽¹⁸⁹⁾ együttesen ténylegesen egyetlen „szociális egészségügyi ellátási általános gazdasági érdekű szolgáltatást” alkot, amely az IRIS-H sajátossága és csak ez végzi. Az IRIS-H-ra bízott összes általános gazdasági érdekű szolgáltatási kötelezettség realitását tekintve, és e kötelezettségek tartalmának és jellemzőinek elemzése alapján a Bizottság véleménye szerint nem lenne helyénvaló az önkormányzati szintű megbízás alapján fennálló három további általános gazdasági érdekű szolgáltatási kötelezettséget az LCH-ban adott megbízás szerinti alapvető kórházi ellátás feladatától elkülönítve szemlélni. Valójában a további általános gazdasági érdekű szolgáltatási kötelezettségek egyfelől az IRIS-H LCH szerinti alapvető kórházi ellátás küldetéséből erednek és arra épülnek, és másfelől egyben jelentősen túlmutatnak ezen alapszintű kötelezettségen azzal, hogy az IRIS-H-t kötelezik (1) egészségügyi szolgáltatások széles körének mindenki számára nyújtására, fizetőképességtől függetlenül (egyetemes ellátás, lásd a (170)–(190) preambulumbekendést), (2) több kórházi helyszínen (biztosítva az ellátás közelségét, lásd a (191)–(204) preambulumbekendést), ugyanakkor (3) külön figyelmet fordítva a betegek szociális szükségleteire (további szociális szolgáltatások révén, lásd a (205)–(214) preambulumbekendést). Az LCH-ban adott megbízás szerinti alapvető kórházi ellátás feladatához viszonyítva (lásd a (164) preambulumbekendést) a három további kötelezettség nem tekinthető önálló tevékenységnek, amint az abból a tényből is egyértelmű, hogy ezekre a kötelezettségekre vonatkozó megbízásra soha nem került volna sor az LCH szerinti alapvető kórházi ellátás nyújtása feladatának alapkötelezettsége hiányában. Végezetül ezt a megközelítést bizonyos mértékig megerősítik a panaszosok is azzal az állításukkal (lásd a (71) preambulumbekendést), hogy a további szociális szolgáltatások nem választhatóak el a tágabb egészségügyi szolgáltatástól.
- (167) Az előzőekben kialakított megközelítés vonatkozásában (lásd a (162)–(166) preambulumbekendést) a Bizottság a következő három dolgot kívánja kiemelni. Először, az IRIS-H által ellátott szociális egészségügyi általános gazdasági érdekű szolgáltatások nem állnak egyébből, mint a rábízott alapvető kórházi ellátási feladtból (lásd a (164) preambulumbekendést) és a három további általános gazdasági érdekű szolgáltatási kötelezettségből (lásd a (170) és rákövetkező preambulumbekendéseket). Másodszor, amint az a későbbiekben igazolást nyert, az IRIS-H és brüsszeli magánkórházak nincsenek összehasonlítható helyzetben, különösen amiatt, mert csak az IRIS-H-t bízták meg a három további általános gazdasági érdekű szolgáltatási kötelezettséggel (lásd (170) és rákövetkező preambulumbekendéseket), és ennél fogva csak az IRIS-H látja el a fent meghatározott szociális egészségügyi általános gazdasági érdekű szolgáltatásokat (lásd a (166)–(167) preambulumbekendést). Harmadszor az IRIS-H-ra vonatkoznak a szociális egészségügyi általános gazdasági érdekű szolgáltatások ellátását érintő korlátozások, azaz állami jogállása (lásd a (42) preambulumbekendést), és ezen általános gazdasági érdekű szolgáltatások folyamatos működése biztosításának szükségessége (pérennité, lásd a (91) és (168) preambulumbekendést). Az alábbi 2. ábra ezt a két vonatkozást szemlélteti.

2. ábra

Az állami IRIS kórházakra és a magánkórházakra vonatkozó kötelezettségek, korlátozások és állami finanszírozási mechanizmusok



⁽¹⁸⁹⁾ A három kötelezettségre vonatkozó megbízást részletesen lásd a (170) és rákövetkező preambulumbekendésekben.

(168) Mivel a három további általános gazdasági érdekű szolgáltatási kötelezettség meghaladja a (belgiami köz- vagy magán)kórházakra vonatkozó minimumkövetelményeket, ezek olyan költségeket eredményeznek, amelyeket a BMF (lásd a 2.5.1. pontot) és a társadalombiztosítási rendszer nem vagy csak részben térít meg. Az állami jogállásból következő magasabb költségekkel együtt (közalkalmazottak, kényelvűség stb., lásd még a (42) preambulumbekendést) ez magyarázza, miért volt az IRIS-H beszámolója veszteséges az 1996–2014-es időszak legtöbb évében. Az IRIS-H számviteli hiánya az 1996–2014-es időszakban összesítve körülbelül 250 millió EUR-t tesz ki (lásd a (234) preambulumbekendést). Az érintett brüsszeli CPAS és önkormányzatok garantálni kívánják⁽¹⁹⁰⁾ – és garantálniuk is kell – IRIS-H-juk folyamatos működését (*pérennité*) annak biztosítására, hogy a szociális egészségügyi általános gazdasági érdekű szolgáltatásokat nyújtsa és a CPAS szociális támogatási kötelezettsége teljesített legyen (lásd még a 2.2. pontot). Ezért gondoskodnak a hiány teljes körű fedezéséről, amely ellentételezi a(z) alapvető kórházi ellátás feladatából és a három további általános gazdasági érdekű szolgáltatási kötelezettségből álló szociális egészségügyi általános gazdasági érdekű szolgáltatások⁽¹⁹¹⁾ maradványköltségeit, ezzel biztosítva az IRIS-H esetében a *pérennité*-t (lásd a (91) preambulumbekendést). Ennek során a hiány ellentételezése nem tesz különbséget a külön általános gazdasági érdekű szolgáltatási kötelezettségek között. Ilyen előzmények után helyénvaló az alább ismertetett túlkompensációs vizsgálat (lásd a 9–13. táblázatot a 7.3.5. pontban) átfogó jellegű (azaz a különféle általános gazdasági érdekű szolgáltatásokra együttesen történő) elvégzése.

(169) A (165)–(167) preambulumbekendésben kifejtettek szerint a Bizottság arra a következtetésre jutott, hogy az IRIS-H további kötelezettségeit az alapvető kórházi ellátási feladattal együtt ténylegesen egyetlen szociális egészségügyi általános gazdasági érdekű szolgáltatásként kell vizsgálni. Míg az alapvető kórházi ellátási feladat fogalma fentebb meghatározásra került (lásd a (164) preambulumbekendést), minden egyes további általános gazdasági érdekű szolgáltatási kötelezettség pontos tartalmának meghatározása e pont hátralévő részében olvasható. Emellett kiemelésre kerül, hogy ezek a további általános gazdasági érdekű szolgáltatási kötelezettségek miként kapcsolódnak egymáshoz, és miként járulnak hozzá a szociális egészségügyi általános gazdasági érdekű szolgáltatásokhoz.

I. A fizetőképességtől függetlenül valamennyi beteg ellátására vonatkozó kötelezettség (egyetemes ellátási kötelezettség)

(170) A belga hatóságok szerint az IRIS-H-t kötelezettség terheli minden páciens minden körülmények között történő kezelésére, akkor is, ha nem tudnak fizetni, illetőleg nem biztosítottak, ideértve az olyan helyzeteket is, amikor a páciensek nem igényelnek sürgős orvosi ellátást. A panaszosok kétségbe vonják, hogy az IRIS-H-ra az említett kötelezettség vonatkozna, és azt állítják, hogy a brüsszeli magánkórházak nem utasíthatnak vissza pácienseket, és ténylegesen a „szociális páciensek” nagy számát kezelik. A panaszosok állításaik alátámasztására azzal érvelnek, hogy az LCH az összes kórházat ugyanazzal a kórházi feladattal bízta meg, és – a 2012. november 7-i megsemmisítő ítélet 150. pontja szerint – hivatkoznak a megkülönböztetésmentesség általános elvére, amely megtiltja számukra a páciensek ideológiai, filozófiai vagy vallási meggyőződésük vagy szegénységi helyzetük szerinti kiválogatását. Szerintük a köz- és magánkórházakat azonos kötelezettség terheli a páciensek kezelésére, sürgősségi és sürgősség utáni körülmények között egyaránt.

(171) A Bizottság először és mindenekelőtt megjegyzi, hogy az LCH normaszövege nem értelmezhető úgy, hogy az a (köz- és magán)kórházakat a páciensek minden körülmények között és fizetőképességtől függetlenül történő kezelésére kötelezné. Azonban a belga jogban létezik a veszélyben lévő személyeknek történő segítségnyújtás általános kötelezettsége. Ahogy a belga hatóságok rámutattak, a belga büntető törvénykönyv 422b. cikke szerint ez a kötelezettség csak sürgősségi helyzetekre és különösen életveszélyes jellegű orvosi vészhelyzetekre vonatkozik. A kórházak ezért kötelesek segítséget nyújtani sürgős orvosi esetekben, felépítésük és a rendelkezésre álló szakértelmük szerint. Ez a kötelezettség a köz- és magánkórházakat egyaránt terheli – ugyanúgy, ahogy valójában mindenkit – a veszélyben lévőknek történő segítségnyújtás kötelezettsége folytán. Ennélfogva nem

⁽¹⁹⁰⁾ Amint az fentebb kifejtésre került (lásd a (83) és (91) preambulumbekendést), a belga Államtanács ítélkezési gyakorlata szerint, mindaddig, amíg fennállnak az IRIS-H létrehozását motiváló orvosi és szociális szükségletek, a hatóságok az IRIS-H-t nem zárhatják be és nem adhatják magántulajdonba sem.

⁽¹⁹¹⁾ Az IRIS-H állami jogállásával járó költségek az alapvető kórházi ellátási feladat és a további általános gazdasági érdekű szolgáltatási kötelezettségek költségeiben tükröződnek, és ennélfogva hozzájárulhatnak e tevékenységek hiányához.

kétséges, hogy a brüsszeli köz- és magánkórházak sürgősségi helyzetekben fizetőképességtől függetlenül kötelesek a páciensek kezelésére. Hasonló mintára, az orvosokra vonatkozó szakmai etikai kódex kifejezetten lehetővé teszi páciensek visszautasítását – a sürgősségi helyzetek kivételével ⁽¹⁹²⁾.

- (172) Másodszor, a panaszosok hivatkoztak a brüsszeli elsőfokú bíróság ítéletére ⁽¹⁹³⁾ azt igazolandó, hogy nincsen eltérés a közkórházak és magánkórházak között a „szociális páciensek” kezelése tekintetében, sürgősségi vagy sürgősség utáni helyzetben sem. Ez az ítélet a CPAS által a Loi CPAS 57. cikkének (2) bekezdése alapján nyújtandó sürgős orvosi segítségnyújtás rendkívül sajátos esetével foglalkozik. A brüsszeli elsőfokú bíróság megjegyezte, hogy a sürgős orvosi segítséget ténylegesen soha nem maga a CPAS nyújtja, hanem orvosi szakszolgálatok, és nincs indok e szolgáltatás terén az állami vagy magán megkülönböztetésre. Ennek ellenére a Bizottság megjegyzi, hogy a sürgős orvosi segítség nyújtásának kötelezettsége a CPAS-t, és nem az ellátást végző kórházakat terheli. A perbeli ügyben egy úti okmányokkal nem rendelkező migránst vettek fel sürgősséggel egy brüsszeli pszichiátriai magánkórházba, amely kérte a CPAS-tól a sürgős orvosi segítségnyújtás kifizetését, a migráns nyilvánvaló szegénységére tekintettel. A brüsszeli bíróság megállapította, hogy ha a CPAS nem az általa irányított kórházban nyújt sürgős orvosi segítséget, ki kell fizetnie a magánkórházban nyújtott ellátás költségeit, amennyiben a sürgősségi segélyszolgálat a sürgősségre figyelemmel a páciens magánkórházba szállítása mellett döntött. Ez az ítélet egyértelműen a szokásos szociális támogatási kerettől – amelyben a CPAS saját (köz) kórházaira támaszkodik – eltérő kivételes helyzetre vonatkozik. A perbeli ügyben az eltérés oka az a tény volt, hogy az állami IRIS-H nem nyújt pszichiátriai ellátást, amelyre ebben az esetben szükség volt. Emellett a brüsszeli bíróság rámutatott, hogy „ha ezt a segítséget rendszerint gyakrabban nyújtják az érintett CPAS-tól függő vagy azzal megállapodásban lévő létesítményben, az illető felvehető egy másik létesítménybe, a kórházi felvételét indokoló helyzet sürgősségéből adódóan.” A brüsszeli bíróság megjegyezte továbbá azt is, ha az érintett CPAS (azaz a perbeli ügyben Uccle CPAS-a) saját pszichiátriai kórházat létesített vagy ilyen kórházzal megállapodást kötött, a szóban forgó magánkórháznak nem kellett volna ellátnia a szóban forgó, úti okmányokkal nem rendelkező migránst, hanem ehelyett kérhette volna annak az említett kórházba történő átszállítását. Mivel nem ez volt a helyzet, más lehetőség nem volt és ennek következtében a CPAS-t kötelezték a páciens magánkórházi ellátásának kifizetésére. Ennek következtében a brüsszeli bíróság panaszosok által idézett ítéletéből csak annyi szűrhető le, hogy egyes esetekben sürgősség okán magánkórházak is nyújthatnak sürgős orvosi segítséget úti okmányokkal nem rendelkező migránsoknak, és hogy a CPAS-nak ki kell fizetnie ezeket a magánkórházakat, amennyiben a sürgős orvosi segítség nyújtására vonatkozó kötelezettségének ezen a konkrét módon tesz eleget. Ezért az a tény, hogy kis számú esetben ⁽¹⁹⁴⁾ a sürgős orvosi segítséget nyújthatják brüsszeli magánkórházak is, nem értelmezhető arra vonatkozó általános kötelezettségként, hogy ezeknek a kórházaknak minden páciens fizetőképességtől függetlenül kezelniük kellene.

- (173) Harmadszor, (a panaszosok által említett, lásd a (170) preambulumbekendést) megkülönböztetésmentesség elve vonatkozásában egyértelmű, hogy Belgiumban egy kórház számára sem megengedett a páciens vagyoni helyzete (azaz pusztán gazdagsága vagy szegénysége) vagy bármely más személyes kritérium (pl. vallás vagy etnikai származás) alapján történő megkülönböztetés. Azonban nem sürgősségi helyzetben a megkülönböztetésmentesség elve nem kényszerítheti a kórházakat az ingyenes ellátásra, ha egyértelműen előre látható, hogy a páciens nem lesz képes azt kifizetni. Ha ezek a feltételek nem sürgősségi helyzetekben teljesülnek, a kórházaknak objektív indokuk van e páciensek elutasítására ⁽¹⁹⁵⁾. A fent említettek szerint (lásd a (171) preambulumbekendést) a belga orvosok szakmai etikai kódexe nem sürgősségi helyzetekben kifejezetten megengedi páciensek elutasítását. A követelésbehajtók felmérése ⁽¹⁹⁶⁾ jelzi továbbá azt is, hogy az orvosok és kórházak időnként olyan pácienseket is elutasítanak, akiknek a múltban a kezelés kifizetésével nehézségeik merültek fel. Ebben az összefüggésben érdemes kiemelni, hogy a kórházak nem egyszerűen elutasítják a pácienseket, hanem előlegfizetést kérnek tőlük, ami elrettentő hatású lehet a szegényekre. Nem hivatalos információk szerint a magánkórházak a pácienseket

⁽¹⁹²⁾ Lásd különösen az Orvosi Hivatásrend Nemzeti Tanácsa által készített Orvosi Szakmai Etikai Kódex 28. cikkét (a 2015. július 27-i változat).

⁽¹⁹³⁾ Lásd a 120. lábjegyzetet.

⁽¹⁹⁴⁾ Valójában a belga hatóságok által megadott számadatok azt jelzik, hogy az esetek több mint 85 %-ában Brüsszel főváros régiójában a sürgős orvosi segítséget az IRIS-H nyújtja. Ezt a számadatot szembe kell állítani a ténnyel, hogy az IRIS-H a régióban a kórházi ágyaknak csak mintegy 35 %-át üzemelteti (lásd még a 3. lábjegyzetet). A fennmaradó eseteket más ellátást nyújtók kezelik, ideértve a körzeti orvosokat és a magánkórházakat. Egyebek mellett ez vonatkozhat a pszichiátriai ellátásra is, mint a (172) preambulumbekendésben ismertetett esetben, mivel az IRIS-H ilyen típusú ellátást nem nyújt.

⁽¹⁹⁵⁾ Hasonló indokot hozhatna fel például: az egyetemes postai szolgáltatást ellátó postai szolgáltató. Az általános gazdasági érdekű szolgáltatással megbízott szolgáltató nem kötelezhető a levelek ingyenes kézbesítésére, ha az ügyfél nem tud vagy nem fog ezért a szolgáltatásért fizetni.

⁽¹⁹⁶⁾ Lásd Verbruikersatelliet 2008-ban kiadott „Is uw portemonnee ook ziek? – Een onderzoek naar medische kosten en schulden” című tanulmányát.

időnként valamely CPAS-kórházba utalják be kezelésre ⁽¹⁹⁷⁾. Ezen okok miatt 2013-ban a belga szenátusban született egy törvényjavaslat (elfogadásra azonban nem került) arra, hogy ki kell zárni az egészségügyi ellátás páciensek pénzügyi nehézségei miatti elutasítását, és ez a javaslat megtiltotta volna az előleg felszámítását is ⁽¹⁹⁸⁾. A megkülönböztetésmentesség elvére ezért nem lehet akként hivatkozni, hogy az valamennyi belga (köz- és magán)kórházat azzal a kötelezettséggel bízza meg, hogy minden páciens minden körülmények között (azaz sürgősségi helyzeteken kívül is) kezelje, még ha a páciensek a kezelést nem is tudják kifizetni.

- (174) A Bizottság a fentiekből megállapítja, hogy a sürgősségi és nem sürgősségi helyzet megkülönböztetése helyénvaló. Sürgősségi helyzetben a köz- és magánkórházakra egyaránt vonatkozik az orvosi sürgősségi helyzetben lévő páciensek kezelésének általános kötelezettsége (a belga büntető törvénykönyv alapján). Azonban nincs olyan jogalap, amely arra kötelezné vagy azzal bízna meg a magánkórházakat, hogy a pácienseket nem sürgősségi helyzetben és fizetőképességtől függetlenül kezeljék. Valójában sem az LCH, sem a büntető törvénykönyv nem tartalmazza az említett kötelezettséget, és a megkülönböztetésmentesség elve sem tekinthető az említett kötelezettséggel való megbízásnak. Végezetül az úti okmányokkal nem rendelkező migránsoknak sürgős orvosi segítség nyújtásának kötelezettsége a CPAS-t terheli, nem pedig az ellátást nyújtó kórházakat.

Az IRIS-H-ra háruló egyetemes ellátási kötelezettség

- (175) A magánkórházakkal szemben azonban az IRIS-H köteles ⁽¹⁹⁹⁾ minden páciens minden körülmények között kezelni, ideértve a nem sürgősségi helyzeteket is, tekintet nélkül a páciensek fizetőképességére, illetőleg biztosítási státusukra, a csak az IRIS-H-ra vonatkozó külön szabályok, nevezetesen belső szabályzatuk és az IRIS stratégiai tervei alapján, a lentebb kifejtettek szerint. Ahogy az fentebb kifejtésre került (lásd a (24) preambulumbekendést), az IRIS-H-t a CPAS hozta létre abból a célból, hogy teljesítse minden rászoruló felé szociális támogatási kötelezettségét. A CPAS ilyen támogatást (ideértve az orvosi és szociális-orvosi ellátás) minden olyan magánszemélynek és családnak nyújt, aki azt igényli. ⁽²⁰⁰⁾ A CPAS szolgáltatásait ingyenesen nyújtja és létrehozásának célja különösen a szegények és szükségét szenvedők segítése. Ezzel összefüggésben az IRIS-H belső szabályzatának 5. cikke kimondja:

„(1) Az IRIS kórházközi szervezet és az IRIS-Achats [beszerzési részleg], valamint az kórházközi szervezet által az állami szociális segítségnyújtási központokról szóló 1976. július 8-i alkotmányos törvény 135k. cikke, illetve a törvények és rendeletek szerint létrehozható minden más szerv hatáskörének sérelme nélkül, a szervezet rendelkezik a legkiterjedtebb hatáskörökkel **kórházi feladatának gyakorlásában**.

Ezt a feladatot elsősorban **jövedelemre, biztosíthatóságra, származásra és filozófiai meggyőződésre tekintet nélkül mindenki számára, optimális költséggel minőségi orvosi ellátás nyújtása**, és másodsorban a szervezet fenntartható pénzügyi egyensúlyának megteremtése érdekében gyakorolja.” ⁽²⁰¹⁾

- (176) Hasonlóképpen az IRIS 1996–2001-es stratégiai tervének bevezetése megemlíti:

„Annak érdekében, hogy szociális feladatait bármikor elláthassa, az IRIS-hálózat közkórházai olyan szolgáltatási kínálatot ajánlanak, amelyek **mindenkinek garantálják a legjobb minőségű ellátást a mindenki számára általánosan elfogadható pénzügyi feltételekkel, és elérhetőek lesznek valamennyi páciens számára, tekintet nélkül jövedelmükre, biztosíthatóságukra, származásukra és ideológiai meggyőződéssükre.**” ⁽²⁰²⁾

⁽¹⁹⁷⁾ Ugyanott.

⁽¹⁹⁸⁾ A belga szenátus 2013. július 16-i ülése, Leona Detiège és társai javaslata az egészségügyi ellátás elérhetőségének javítására. A javaslat a 2014. évi szövetségi választások miatt lejárt.

⁽¹⁹⁹⁾ A gyakorlatban a kórházak feladata a betegfelvétel (konzultációra és kórházi ellátásra is), a számlázás és nemfizetés esetén az ügy nyomom követése. A CHU Saint-Pierre, a CHU Brugmann, a HUDERF és az Institut Bordet orvosainak többsége fizetést kap, míg a többi orvost az általuk nyújtott kezelések számlái alapján fizetik, függetlenül attól, hogy a beteg fizet-e. Ennek következtében ezekben a kórházakban egyik orvosnak sincs oka arra, hogy elutasítsa azokat a pácienseket, akik nem tudnak fizetni. Az ISH-nak dolgozó orvosoknak idejük legalább 80 %-ában be kell tartaniuk az általános szabályokat, míg az idő legfeljebb 20 %-ában magánpraxis üzemeltetése mellett dönthetnek. Az említett 80 %-nyi időben az orvosoknak az INAMI díjszabását kell alkalmazniuk és azon elv alapján kell dolgozniuk, hogy minden páciens kezelniük kell az IRIS-H kötelezettségének megfelelően. Ilyen módon az ISH garantálja, hogy minden páciens fizetőképességtől függetlenül kezelést kapjon.

⁽²⁰⁰⁾ A Loi CPAS 57. cikkének (2) bekezdése a CPAS feladatát két sajátos esetkörben korlátozza: azaz a jogellenesen Belgiumban tartózkodó külföldiek (azaz az úti okmányokkal nem rendelkező migránsok) és e külföldiek gyermekei esetében.

⁽²⁰¹⁾ Utólagos kiemelés.

⁽²⁰²⁾ A „Stratégiai terv általános célkitűzései” c. pont (2. o.). Utólagos kiemelés.

(177) A bevezetés így folytatódik:

„Az IRIS-terv **elsődleges célkitűzése** egy olyan megerősített brüsszeli közkórházi hálózat fenntartása, amely **valamennyi páciens számára elérhető, tekintet nélkül jövedelmükre, biztosíthatóságukra, származásukra és ideológiai meggyőződésükre.**” ⁽²⁰³⁾

(178) A terv egy másik pontjában szerepel, hogy az IRIS betegkartája garantálja:

„**valamennyi páciens számára a hozzáférést, származásuk, jövedelmük, filozófiai és ideológiai meggyőződésük, biztosíthatósági státusuk alapján történő megkülönböztetés nélkül.**” ⁽²⁰⁴⁾

(179) Emellett az IRIS 1996–2001-es stratégiai tervében van egy „*Prise en charge et traitement de toute personne se présentant dans un des hôpitaux du réseau iris*” c. 2.5.4. alpont, amelyben a következő kijelentések szerepelnek:

„A közkórházak [azaz az IRIS-H] alapvető célja **a szociális gyógyítás**; emiatt teljesíteniük kell a szociális feladatok követelményeit, abban az esetben is, ha ezt **a funkciót a kórházi ágazatra vonatkozó jogalkotási és szabályozási keret nem ismeri el.**

A közkórházak szerepe **minden páciens felvétele és kezelése**, tekintet nélkül származásukra, körülményeikre, kultúrájukra, meggyőződésükre és betegségükre. Ennélfogva, mivel államiak, kórházainknak tartaniuk kell magukat az egyetemlegesség, egyenlőség, folyamatosság és változás elvéhez.

1. **Az egyetemlegesség elve megköveteli, hogy minden páciens fel kell venni, kilitére tekintet nélkül. A kórháznak ezért a lehető legmagasabb szintű kezelést kell nyújtania annak érdekében, hogy mindenki szükségleteit ki tudja elégíteni.**

2. Az egyenlőség elve – egy alkotmányos alapjog – megköveteli, hogy megkülönböztetés nélkül mindenkit fel kell venni. [...]” ⁽²⁰⁵⁾

(180) A fentiekből egyértelmű, hogy a páciensek fizetőképességét és biztosítási státusát az IRIS-H-ba való betegfelvételkor nem vizsgálják, hogy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés mindenki számára garantált legyen, a nem sürgősségi helyzeteket is ideértve. Az IRIS 1996–2001-es stratégiai tervének több eleme is igazolja az IRIS-H által nyújtott kórházi ellátás szociális jellegét (pl.: „**az orvoslás további terjesztése piaci logika nélkül**” ⁽²⁰⁶⁾) és azt az erőteljes szándékot, hogy minőségi ellátást nyújtsanak a brüsszeli lakosság minden rétegének, különösen a legszegényebbeknek. ⁽²⁰⁷⁾

(181) Az IRIS 2002–2014-es időszakra vonatkozó stratégiai terve megismétel néhány fő elvet (hozzáférés minden páciens számára, a hozzáférhetőség szegények számára történő fokozása) egyebek mellett idézve az IRIS-H belső szabályzata 5. cikkét ⁽²⁰⁸⁾ (lásd még a (175) preambulumbekendést) és az IRIS 1996–2001-es időszakra szóló stratégiai tervét ⁽²⁰⁹⁾ (lásd a (177) preambulumbekendést), és hivatkozva az IRIS betegkartájára is ⁽²¹⁰⁾ (lásd a (178) preambulumbekendést), és hozzáteszi:

„A közszolgáltatásokat három alapelv: az egyetemlegesség, az egyenlőség és a folyamatosság alapján kell meghatározni. E három alapelv és **közkórházi jogállásuk alapján** az IRIS-hálózat kórházai:

— **fogadnak minden páciens**t, kilitétől függetlenül,

⁽²⁰³⁾ Ugyanott. Utólagos kiemelés.

⁽²⁰⁴⁾ A „Részcélkitűzések” c. pont (52. o.). Utólagos kiemelés.

⁽²⁰⁵⁾ Ugyanott (54. o.). Utólagos kiemelés.

⁽²⁰⁶⁾ A „Szervező tengelyek” c. pont (3. o.). Utólagos kiemelés.

⁽²⁰⁷⁾ Lásd ezzel összefüggésben „Részcélkitűzések” c. pontot (74. o.): elérhetőségünk erősítésére a népesség valamennyi rétege és különösen **a legkevésbé kiváltságos helyzetűek** számára [kiemelés].

⁽²⁰⁸⁾ Lásd a „Bevezetés” c. pontot (7. o.).

⁽²⁰⁹⁾ Ugyanott (10. o.).

⁽²¹⁰⁾ Lásd a „Kórház projekt – A betegorientált kórház” c. pontot (79. o.).

- **kezelnek minden páciént**, megkülönböztetés nélkül,
- **vállalják a páciensekről gondoskodást és megadnak számukra minden kezelést, amelyre szükségük lehet.**" ⁽²¹¹⁾

(182) A fentiek alapján a Bizottság megállapítja, hogy az IRIS-H köteles minden páciént minden körülmények között ellátni (azaz sürgősségi és nem sürgősségi helyzetben egyaránt), akkor is ha nem tudnak, vagy előreláthatóan nem lesznek képesek kezelésükért fizetni, illetőleg nem biztosítottak. Ezt a kötelezettséget az IRIS-H fent idézett belső szabályzata és az IRIS stratégiai tervek állapítják meg, illetve bízzák az IRIS-H-ra, amelyek az IRIS-H számára kötelezőek, és alapjukat a Loi CPAS-ban a szociális támogatás nyújtására előírt kötelezettség képezi (ezt a kötelezettséget a CPAS a belső szabályzat és stratégiai tervek révén delegálta az IRIS-H-ra).

Az egyetemes ellátási kötelezettség gyakorlati hatása az IRIS-H-ra

- (183) A Bizottság megjegyzi továbbá, hogy a fenti következtetés – nevezetesen az, hogy az IRIS-H köteles minden páciént minden körülmények között (azaz sürgősségi és nem sürgősségi helyzetben) és a páciensek fizetőképességétől függetlenül kezelni, míg a magánkórházak csak sürgősségi helyzetekben (azaz amikor az életveszélyes állapot ellátása azonnal szükséges) kötelesek minden páciént kezelni – tükröződik emellett az IRIS-H és a magánkórházak által Brüsszel főváros régiójában kezelt páciensek profiljában és árszabási politikájukban is.
- (184) Először meg kell jegyezni, hogy a 2002–2014-es stratégiai terv is utal a szociális-gazdasági szempontból bizonytalan helyzetű és az IRIS-H pácienseinek jelentős részét kitevő páciensek kezeléséhez kapcsolódó alacsonyabb árbevételre ⁽²¹²⁾ és magasabb költségekre ⁽²¹³⁾. Ebben az összefüggésben érdemes kiemelni, hogy az IRIS-H megállapodott orvosaival, hogy pótlékok (részletesebben lásd a (46)(c) preambulumbekendést) nem számíthatók fel a CPAS-pácienseknek és az alacsony jövedelmű pácienseknek (azaz akik magasabb INAMI-visszatérítésre jogosultak). Ezen túlmenően az egyégyes elhelyezés (azaz az egyetlen olyan szoba, ahol pótlékok számíthatók fel) százalékos aránya is jóval alatta marad Brüsszel főváros régiója átlagának ⁽²¹⁴⁾. Az egyik *mutuelles* ⁽²¹⁵⁾ rendelkezésre álló adatai is azt mutatják, hogy amikor az IRIS-H pótlékot számít fel, annak összege sokkal (azaz 25–67 %-kal) alacsonyabb a régió átlagánál. Összehasonlításként, a vizsgált időszakra egyes brüsszeli magánkórházak pácienseiknek átlagban 180 %-kal többet számítottak fel, mint a társadalombiztosítási rendszerben megállapított árak.
- (185) Az IRIS-H egyetemes ellátási kötelezettségre kapott megbízást annak biztosítására, hogy azok a páciensek is megkapják a szükséges orvosi ellátást, akik nem tudnak fizetni, nincsen magánbiztosításuk és akik után a társadalombiztosítás nem (vagy csak részlegesen) fizet megtérítést. E páciensek egyik jelentős részcsoportja a fent említett, úti okmányokkal nem rendelkező migránsok, mivel rájuk a belga társadalombiztosítás nem terjed ki és rendszerint a kezelésért nem képesek fizetni. Brüsszel főváros régiójában az esetek 85 %-ában ezek a migránsok az IRIS-H-tól kapnak sürgős orvosi segítséget (lásd a (172) preambulumbekendést), noha ezek a kórházak a régióban csak a kórházi ágyak 35 %-át üzemeltetik. Egy másik árulkodó jel a Szövetségi Egészségügyi Közszolgálat által ⁽²¹⁶⁾ az összes belga kórházról a páciensek szociális-gazdasági profilja alapján készített rangsor (lásd a lenti 1. táblázatot és a fenti (40) preambulumbekendést). Ez a rangsor egyebek mellett tükrözi azon páciensek részarányát, akik nem tudnak fizetni és nincs társadalombiztosítási fedezetük, és akiknek

⁽²¹¹⁾ Lásd a „Köz-kórház sajátos feladatai” c. pontot (85. o.) [kiemelés].

⁽²¹²⁾ Lásd a „Bevezetés” c. pontot (12. o.), amely megjegyzi, hogy az IRIS-H arányosan kevesebb olyan páciént kezel, akiknek a kórház pótlékokat számíthat fel (amelyek a kórházak számára többletbevételi forrást képeznek).

⁽²¹³⁾ Lásd a „Bevezetés” c. pontot (12. o.), amely hivatkozik a gyenge (gyengébb) szociális-gazdasági profilú páciensek fogadásával járó többletköltségek (2001-es) becslésére. Ezek a költségek körülbelül évi 10,4 millió EUR-t tesznek ki és emelkednek.

⁽²¹⁴⁾ A kivétel az Institut Bordet, ahol a százalékos arány az átlagnál magasabb, ami magyarázható a kórházban kezelt betegség (azaz a rák) súlyosságával.

⁽²¹⁵⁾ Ezek a belga társadalombiztosítási rendszerben (különösen a kötelező egészség- és rokkantsági biztosítás keretében) az orvosi költségek megtérítéséért felelős magánszervezetek.

⁽²¹⁶⁾ A BMF B8. szakasz szerinti finanszírozásának elosztása ezen rangsor alapján történik (lásd még a (189) preambulumbekendést).

esetében a CPAS ⁽²¹⁷⁾ térítheti meg a kezelés költségeit (lásd még a (187)–(188) preambulumbekendést). ⁽²¹⁸⁾ A 2007–2013-as időszakra és Belgium egészére a rangsor első három helyén csak az IRIS-H található (az Institut Bordet és HUDERF kivételével, azok szakosodott jellege miatt). Ugyanerre az időszakra a brüsszeli magánkórházak másfelől nincsenek benne a felső 20 helyezéskben, ami jelzi, hogy pácienseik átlagos szociális-gazdasági profilja jelentősen jobb, mint az IRIS-H pácienseié. Még ha a rangsor felállításának szempontjai nem csak azokra a páciensekre vonatkoztak is, akik nem tudnak fizetni vagy nem biztosítottak, a lista további kétségeket kelt a panaszos azon állítása tekintetében, hogy a brüsszeli magánkórházakat kötelezettség terheli minden páciens minden körülmények között történő kezelésére, és bizonyítja továbbá, hogy ehelyett ilyen kötelezettség csak az IRIS-H-t terheli. Valójában, ha az említett kötelezettség a brüsszeli magánkórházakra vonatkozna, az lenne várható, hogy a besorolási rangsorban magasabb helyen állnak.

1. táblázat

A kórházak Szövetségi Közegészségügyi Közszolgálat által a pácienseik szociális-gazdasági profilja alapján készített rangsora (*= IRIS-H, += brüsszeli magánkórházak)

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

⁽²¹⁷⁾ A Szociális Integráció Szövetségi Közszolgálata ekkor bizonyos feltételek teljesülése esetén megtérítést adhat a CPAS-nak (a vonatkozó jogalapot lásd még a 258. lánbjegyzetet).

⁽²¹⁸⁾ A rangsor figyelembe veszi azon páciensek részarányát is, akik társadalombiztosítási fedezettel rendelkeznek, de akiknek alacsonyabb önerőt kell fizetniük a kórháznak, mert jogosultak az ún. (1) szociális számlamaximumra vagy (2) az alacsony jövedelmű elszigetelt páciensek számlamaximumára.

(186) Megfelelő kontextusba kell helyezni a panaszos *Mutualités Chrétiennes* 2004. februári kiadványára való hivatkozását (lásd a (72) preambulumbekendést), amely csak a 2001-es évre vonatkozik, és azt mutatja, hogy Brüsszel főváros régiójában a magánkórházak kezelik a „szociális páciensek” több mint 60 %-át. A „szociális páciensek” kifejezés azt a benyomást keltheti, hogy itt a kezelésért fizetni nem tudó, és ezért az egyetemes ellátási kötelezettség körébe tartozó páciensekről van szó. Ez azonban nem igaz, a következő okok miatt:

- Először és mindenekelőtt a kiadványban a „szociális páciensek”⁽²¹⁹⁾ fogalma csak azokat a személyeket takarja, akik a belga társadalombiztosítás alapján biztosítottak⁽²²⁰⁾, és ennél fogva nem tartoznak ide a kezelésért fizetni nem tudó és a társadalombiztosítással nem rendelkező páciensek. Azonban az utóbbi csoport az, amely a legtöbbet nyeri az egyetemes ellátási kötelezettség révén, és amely az IRIS-H számára a legnagyobb pénzügyi terhet jelenti (lásd még a (187)–(188) preambulumbekendést). A kiadványban használt tág fogalom meghatározás alapján a brüsszeli magánkórházak esetében a felvett betegek 20 %-a (a közkórházak esetében 26 %-a) „szociális páciens”, és 2001-ben az összes ilyen páciens csaknem 66 %-át magánkórházak kezelték.
- Másodsor, még a kiadványban a „szociális páciensek” alcsoportjaként meghatározott „bizonytalan páciensek”⁽²²¹⁾ is rendelkeznek társadalombiztosítási fedezettel, és semmi nem indokolja a feltételezést, hogy önrészüket nem tudják kifizetni. Azonban lehet azzal érvelni, hogy az ilyen „bizonytalan páciensek” esetében magasabb lehet annak valószínűsége, hogy önrészüket nem tudják a kórháznak kifizetni. A kiadvány azt mutatja, hogy a közkórházak a „bizonytalan páciensek” mintegy 48 %-át kezelik, szemben a brüsszeli magánkórházak által kezelt 52 %-kal. Azonban a közkórházak arányaiban sokkal több ilyen páciens kezelnek, mint az (ágyszám és felvételek száma szerinti) piaci részesedésük alapján várható lenne. Valójában a „bizonytalan páciensek” a közkórházakba felvettek 9,5 %-át teszik ki, összehasonlítva a magánkórházak esetében a mindössze 4,1 %-os aránnyal.
- Harmadsor, az a következtetés, hogy 2001-ben a brüsszeli magánkórházak kezelték a „bizonytalan” páciensek 52 %-át (a szociális páciensek 66 %-át), semmi esetre sem változtathat azon a megállapításon, hogy egyetemes ellátási kötelezettség csak az IRIS-H-t terheli. Valójában a magánkórházak esetében azon jogi kötelezettség hiányában, hogy minden páciens fizetőképességtől és biztosítási státustól függetlenül kezelni kell, a magánkórházak azon döntése, hogy nem sürgősségi helyzetben ellátják a „bizonytalan” vagy „szociális” pácienseket, egyszerűen önkéntes döntés, és így bármikor megváltoztatható. Emellett a páciensek legkiszolgáltatottabb csoportja – azaz akiknek nincsen társadalombiztosítási vagy más biztosítási fedezetük – a kiadvány statisztikáiban nem szerepel. Ez egyben magyarázatot ad a 2001-es adatok és a Szövetségi Közegészségügyi Közszolgálat 2007–2013-as rangsora (lásd a (185) preambulumbekendést) közötti nyilvánvaló eltérésre is. Míg a Közszolgálat rangsora figyelembe veszi azon páciensek arányát, akiknek nincs társadalombiztosítási fedezetük, a kiadvány statisztikái csak a társadalombiztosítási fedezettel rendelkező pácienseket tartalmazzák.

A fenti összes ok miatt a Bizottság megítélése szerint *Mutualités Chrétiennes* 2001-es statisztikákat tartalmazó kiadványa nem tekinthető bizonyítéknak arra vonatkozóan, hogy az IRIS-H-t egyetemes ellátási kötelezettség nem terhelte, vagy hogy a brüsszeli magánkórházaknak összehasonlítható kötelezettségük lett volna.

(187) Az egyetemes ellátási kötelezettség – amellyel az IRIS-H-t megbízták – biztosítja, hogy a rendkívüli pénzügyi nehézségekkel szembesülő páciensek, politikai menekültek, illegális bevándorlók stb. minden körülmények között

⁽²¹⁹⁾ A *Mutualités Chrétiennes* kiadványának meghatározása szerint a szociális páciensek azok, akik igénybe veszik a „szociális franchise”-t (azaz a garantált jövedelmet kapó nyugdíjasok, a magasabb beavatkozási vagy rokkantsági járadékra, az integrációs járadékra, a magasabb családi pótlékra jogosultak, és a hosszú távon munkanélküliek). A belga hatóságok szerint a „szociális franchise” fogalmát már 1993-ban eltörölték, és azt a belga jogban az ún. szociális számlamaximum váltotta fel.

⁽²²⁰⁾ Ezt megerősíti az a tény is, hogy a kiadvány táblázatainak adatai a „biztosítók”-tól származnak, amely azokra a szervezetekre – például a *mutuelles*-re – utal, amelyek feladata az INAMI hatálya alá tartozó belga társadalombiztosítási rendszer szerint az orvosi költségek megtérítése.

⁽²²¹⁾ A *Mutualités Chrétiennes* kiadványának meghatározása szerint ezek CPAS-nál nyilvántartásba vett páciensek.

kezelésben részesüljenek. Ha ezek a páciensek kezelésüket nem tudják kifizetni és nem biztosítottak (akár a társadalombiztosítás, akár magán-egészségbiztosítás alapján), a CPAS e páciensek költségeit csak bizonyos feltételek teljesülése esetén fedezi. A megtérítésre vonatkozó szabályok megállapítására az IRIS-H és Brüsszel főváros régiójának 19 CPAS-a közül 17 ún. többoldalú „*domicile de secours*” megállapodásokat kötött. A nem sürgős ellátás esetében a CPAS az illetőt az IRIS-H-hoz irányítja és írásbeli kötelezettségvállalást (egy ún. *réquisitoire*-t) ad, hogy a kezelés költségét a CPAS fedezni fogja. Ha a páciensek ezt a dokumentumot (*réquisitoire*) bemutatják, az IRIS-H a számlát közvetlenül a CPAS-nak küldi. Sürgős ellátás esetében ez az eljárás természetesen nem követhető. Ehelyett a CPAS általi megtérítésnek feltétele i. az illető sürgős felvételének vagy azonnali kezelésének szükségességét megerősítő orvosi igazolás, és ii. az érintett CPAS által – a szociális vizsgálat elvégzéséhez a kórház által gyűjtött adatok alapján – megerősített szegénysége. A szükséges információk összegyűjtése az IRIS-H szociális szolgáltatási részlegeinek fontos feladata (lásd még a (210)–(211) preambulumbekendést).⁽²²²⁾

- (188) Amennyiben a fent említett feltételek teljesülnek (azaz nem sürgős ellátás esetében a *réquisitoire*, sürgős ellátás esetében pedig az orvosi igazolás és a szociális vizsgálat), a CPAS megtéríti az IRIS-H-nak azon páciensek kezelési költségeit, akik kezelésüket nem tudják kifizetni és biztosításuk sincsen. Ez azonban nem mentesíti az IRIS-H-t az egyetemes ellátási kötelezettség teljes terhe alól. Valójában a CPAS általi megtérítéshez az IRIS-H-nak kell összegyűjtenie a szociális vizsgálatához az információkat (amire 2012-ben 25 749 esetben került sor). Ez az egyik oka annak, hogy az IRIS-H miért alkalmaz kétszer annyi szociális munkást, mint pl. az egyetemi kórházak (lásd a (213) preambulumbekendést). A CPAS azonban nem téríti meg az IRIS-H-nak a szociális vizsgálatokhoz szükséges információk összegyűjtésének költségeit.⁽²²³⁾ Emellett a CPAS kifizetéseire sokkal később (néha akár egy éven túl) kerül sor, mint a *mutuelles* és a biztosítók esetében (mindkettő a számla kézhezvételétől számított egy-két hónapon belül fizet). Ennek következtében az IRIS-H-nak hosszabb ideig kell előfinanszíroznia ezeket a költségeket, mint a „rendes” páciensek esetében. A brüsszeli CPAS 2010. december 31-én csaknem 35 millió EUR-val tartozott az IRIS-H-nak (ebből kb. 71 % 2010-es, 12 % 2009-es számlákat, és mintegy 13 % korábbi évek számláit érintette). Évi 2 %-os nominális kamatláb használatával az IRIS-H becslése szerint a hosszabb kifizetési késedelmek költsége akkoriban csaknem 700 000 EUR-t tett ki.⁽²²⁴⁾ Végezetül a számla kifizetése kapcsán nehézségeket tapasztalók közül nem minden személy jogosult CPAS-fedezésre⁽²²⁵⁾. Az IRIS-H-nak egyetemes ellátási kötelezettsége alapján ennek ellenére kezelnie kell azokat a pácienseket is, akik nem rendelkeznek a CPAS részéről a költségek kifizetésére vonatkozó kötelezettségvállalással. Ilyen helyzetekben az IRIS-H a pácienseknek küldi ki a számlát, akik időnként azt nem tudják kifizetni. Ennek eredményeként az IRIS-H-nak a más belgiumi köz- és magánkórházaknál magasabb behajthatatlan követelésállománnyal kell számolnia⁽²²⁶⁾. Az IRIS-H becslése szerint 2010-ben leírt követelésállományuk körülbelül [...] millió EUR-val haladta meg a belgiumi közkórházak átlagát.

- (189) Végezetül fontos kontextusba helyezni a BMF B8. szakasza szerinti finanszírozást, amelyet a gyenge szociális-gazdasági betegprofilú kórházak kapnak. Ez a korlátozott szövetségi finanszírozás a „szociális páciensek”-hez kapcsolódó egyes költségeket (pl.: azon tény miatt, hogy ezek a páciensek átlagban tovább tartózkodnak

⁽²²²⁾ Ebben az összefüggésben érdemes kiemelni, hogy noha az IRIS-H adja meg az adatokat a szociális vizsgálatához, a CPAS dönti el, hogy az illető jogosult-e a kezelés költségeinek megtérítésére. A „*domicile de secours*” megállapodás e tekintetben úgy rendelkezik, hogy az IRIS-H „gyűjti össze a lehetséges mértékben a szociális vizsgálat első építőelemét, és azt a CPAS-nak megküldi”.

⁽²²³⁾ Mivel a szociális vizsgálatokhoz szükséges információk összegyűjtése az IRIS-H szociális szolgáltatási részlegeinek csak egyik feladata, ez a költség az IRIS-H kiterjedt szociális szolgáltatási kötelezettségei átfogó terhének része, amelyről később esik szó (lásd a (213) preambulumbekendést).

⁽²²⁴⁾ A Bizottság megjegyzi, hogy az IRIS-H által használt kamatláb megfelelni látszik az akkori (azaz 2011-es) piaci kamatlábaknak. Jelenleg (2016-ban) a kamatlábak sokkal alacsonyabbak, ami csökkenti az IRIS-H költségeit. Ennek ellenére a hosszabb kifizetési késedelem mindenképpen terhet jelent az IRIS-H számára, hiszen át kell hidalnia a kimenő és bejövő fizetések közötti likviditási rést.

⁽²²⁵⁾ A szegény páciensek esetében a CPAS általi megtérítés nem automatikus, hanem az egyes CPAS-ok által (sürgős ellátás esetében) a szociális vizsgálat alapján elvégzett eseti értékelés eredménye. Ebben az összefüggésben a belga hatóságok megjegyzik, hogy 2015 első három negyedében a CPAS az IRIS-H 749 megtérítési kérelmét utasította vissza, ami hozzávetőlegesen 3 millió EUR-s kifizetetlen összeget jelent. A CPAS 2012-ben összesen 4 174 200 EUR összegben utasította el az IRIS-H által kért számlák megtérítését. Ezeknek a számláknak körülbelül 80 %-a úti okmányokkal nem rendelkező migránsok ellátására vonatkozott.

⁽²²⁶⁾ Pontosabban, a Belfius Bank által kiadott jelentés azt mutatja, hogy 2010-ben a leírt rövid lejáratú követelések (azaz azok a számlák, amelyeket nem fognak kifizetni) átlagban a belgiumi magánkórháza árbevételének 0,28 %-át, a közkórházak árbevételének pedig 0,40 %-át képviselik. Összehasonlítva, ez a költség az IRIS-H árbevételének 1,22 %-a, azaz a közkórházak átlagának háromszorosa.

a kórházban, mint mások) hivatott kompenzálni, azonban nem az egyetemes ellátási kötelezettség ellentételezése. A B8. szakasz szerinti finanszírozás nem kompenzálja a kórháznak a szociális páciensek kezelése során felmerült tényleges költségeket (pl.: a szociális páciensek kifizetetlen számláit, a további szociális munkások szükségességét). Ehelyett egy rögzített költségvetés (azaz egész Belgiumra körülbelül évi 25 millió EUR) kerül felosztásra a kórházak szociális-gazdasági betegprofil szerinti rangsora alapján (lásd a (185) preambulumbekendést). Mivel a rangsor felső három helyét az IRIS-H foglalja el, ezek a kórházak nagyobb részt kapnak a B8. szakasz szerinti finanszírozásból is, összehasonlítva a rangsorban hátrább elhelyezkedő kórházakkal (így a brüsszeli magánkórházakkal). Annak oka, hogy a köz- és magánkórházak elviekben egyaránt jogosultak erre a finanszírozásra, az, hogy még az olyan egyetemes ellátási kötelezettség hiányában is, mint amellyel az IRIS-H-t megbízták, a kórházak szabadon vállalhatják szociális páciensek kezelését. Ezt megtehetik amiatt, mert nem minden szociális páciens fizetésképtelen vagy nem biztosított. Ténylegesen a társadalombiztosítási fedezettel rendelkező szociális páciensekre gyakorta alacsonyabb díjszabás vonatkozik, és az INAMI nagyobb hányadot fizet, ami csökkenti a kórház pénzügyi kockázatát. Ebben az is szerepet játszik, hogy nem minden belga CPAS döntött saját kórház létrehozása mellett. Ezért a CPAS-ok szociális támogatási kötelezettségük teljesítéséhez magánkórházakra hagyatkozhatnak. Ilyen helyzetekben a magánkórház természetesen számos szociális pácienset kezel és jogosult lehet a BMF által előírt, B8. szakasz szerinti finanszírozásra. Azonban, Brüsszel főváros régiójában a CPAS az állami IRIS-H-ra támaszkodhat, ez magyarázza, hogy a (185) preambulumbekendés szerinti rangsor azt mutatja, hogy a brüsszeli magánkórházak pácienseinek átlagos szociális-gazdasági profilja jelentősen jobb, mint az IRIS-H pácienseié. Mindezen okok miatt a B8. szakasz szerinti BMF-finanszírozást nem lehet annak jeleként értelmezni, hogy az egyetemes ellátási kötelezettség minden belga kórház esetében fennáll.

Az IRIS-H egyetemes ellátási kötelezettségével kapcsolatos következtetés

- (190) A fentiek alapján a Bizottság megállapítja, hogy az egyetemes ellátási kötelezettség csak az IRIS-H-ra vonatkozik, az IRIS-H belső szabályzata és az IRIS stratégiai tervei arra egyértelmű megbízást és meghatározást adnak a Loi CPAS követelményeinek megfelelően (lásd a (29)–(30) preambulumbekendést), és ez a kórházak szociális-gazdasági beteg profil szerinti rangsorában is megmutatkozik (lásd a (185) preambulumbekendést). Ez a kötelezettség biztosítja, hogy Brüsszel főváros régiójában a szegények akkor is megfelelő orvosi ellátásban részesülnek, ha nem tudnak fizetni, a nem sürgősségi helyzeteket is beleértve. Ilyen módon az IRIS-H a helyi lakosság szükségleteit kielégítő szociális egészségügyi ellátást nyújt. Amint az előző preambulumbekendésben kifejtésre került, e kötelezettség terhének csak egy része fedezett közvetlenül (pl.: a kezelési költségek CPAS általi megtérítésén keresztül). A fennmaradó terhet ezért az ebben a határozatban tárgyalt hiány-ellentételezés révén fedezik.

II. A kórházi szolgáltatások teljes körének több részlegén történő nyújtására fennálló kötelezettség

- (191) A belga hatóságok szerint az IRIS-H-t terheli még a kórházi szolgáltatások teljes körének több részlegén történő nyújtására fennálló külön kötelezettség is. A panaszosok szerint azonban nem egyértelmű, hogy miből áll a teljes körű alapvető kórházi ellátási tevékenység több részlegén történő kínálatának kötelezettsége, és az sem, hogy ez a kötelezettség mennyiben ró további terheket az IRIS-H-ra. A panaszosok azonban nem állítják, hogy a brüsszeli magánkórházakat az említett kötelezettség terheli.
- (192) A Bizottság megjegyzi, hogy az LCH nem kötelezi a (köz- vagy magán)kórházakat arra, hogy több részlegén működjenek. Ehelyett a kórházi programozási mechanizmus határozza meg a Belgium minden egyes régiójában kínálható kórházi ágyak legmagasabb számát. Brüsszel főváros régiója esetében az (általános) kórházi ágyak száma körülbelül 7 260-ban korlátozott, és minden egyes brüsszeli kórház ezen a korláton belüli ágyszám üzemeltetésére rendelkezik engedéllyel. Elvileg, ha a kórház kapacitását a programozási rendszerben jóváhagyták, a kórház szabadon dönthet arról, hogy ezeket az ágyakat egy helyszínre csoportosítja-e és milyen mértékben, vagy pedig az adott régióban azokat több részleg között osztja el. Hasonlóképpen eldöntheti, egyes osztályokat több helyen is fenntart-e, vagy pedig minden részlegén csak meghatározott típusú ellátást kínál. Ebben az összefüggésben egyes brüsszeli magánkórházak szabadon döntöttek arról, hogy több részlegén működnek, míg

mások csak egy részlegen. ⁽²²⁷⁾ Azonban a magánkórházak ágyaik és osztályaik átcsoportosításáról bármikor dönthetnek. ⁽²²⁸⁾ Érdemes megjegyezni azt is, hogy a programozási mechanizmussal meghatározott korlátokon belül ⁽²²⁹⁾ a magánkórházak is szabadon választhatják meg a kínált ellátás típusát, ami lehetőséget ad számukra az egészségügyi ellátás legjövödelmezőbb típusaira szakosodásra ⁽²³⁰⁾.

Az IRIS-H-ra háruló, több részlegen történő ellátási kötelezettség

(193) Az IRIS-H vonatkozásában az önkormányzatok és a CPAS a kórházi ágyak koncentráálásával szemben a helyi ellátás nyújtását részesítette előnyben. Konkrét választás volt részükről, hogy az alapvető kezelések teljes skáláját minden részlegen nyújtani kell, ami az infrastruktúra, a felszerelés és a tevékenységek szükségszerű megkettőzése miatt magasabb költségeket eredményezett. Az 1995. évi brüsszeli kórházi szerkezetátalakítás során a CPAS és az önkormányzatok ezen az alapon döntöttek – a lakosság szükségleteire figyelemmel – a fennálló, a kezelések teljes skáláját kínáló, több részlegen nyújtott kórházi szolgáltatások megtartása mellett. Azt állapították meg, hogy a közkórházakat eredetileg létre hívó helyi orvosi-szociális szükségletek továbbra is fennállnak. Ebben az összefüggésben meg kell jegyezni, hogy az IRIS-H legtöbb részlege Brüsszel főváros régiójának legszegényebb önkormányzatai területén található (lásd még a (202) preambulumbekendést). A hatóságok ennél fogva szándékosan mondtak le a nagyobb hatékonyságról – pusztá pénzügyi érdekük kárára – és döntöttek valamennyi meglévő kórházi részleg megtartása mellett annak ellenére, hogy tudták, a szövetségi kórház-finanszírozási intézkedések nem fedezik az összes (pl.: az infrastruktúra és az üzemeltetési költségek megkettőzése miatt felmerülő) költséget (lásd még a (203) preambulumbekendést). Ez a döntés megjelenik az IRIS stratégiai terveiben és ezért kötelezi az IRIS-H-t valamennyi kórházi részleg fenntartására, hogy a páciensek otthonukhoz legközelebb kaphassanak meg minden alapvető kezelést.

(194) Különösen az IRIS 1996–2001-es stratégiai tervének szervező elvei hivatkoznak az alábbiakra:

„A decentralizált kórházi tevékenység és a nagy járóbeteg-lefedettség megtartása. A tevékenység kilenc részlegen történő megtartása.” ⁽²³¹⁾ ⁽²³²⁾

[...]

„Az alaptevékenység különböző részlegeken történő fenntartása. A páciensek – különösen az idősebb páciensek – ennél fogva továbbra is otthonuktól észszerű távolságra részesülhetnek kórházi ellátásban.” ⁽²³³⁾

(195) Az 1996–2001-es stratégiai terv hangsúlyozza azt is, hogy az IRIS-H főként a közelben lakó pácienseket kezeli, és ennél fogva azokat „közelségi kórházak”-nak nevezik ⁽²³⁴⁾. Ezen túlmenően az IRIS-H szándéka „[...] szolgáltatásai város lakossága szükségleteire való megfelelőségének növelése, [...] és elérhetőségük erősítése a lakosság valamennyi rétege, különösen a legkevésbé kiváltságos helyzetűek számára” ⁽²³⁵⁾.

(196) A fentieket a 2002–2014-es stratégiai terv a következővel egészíti ki:

„Az Iris a betegközpontú szervezet elvét fogadja el, amely az annak érdekében együttműködő intézmények állami hálózatában jelentkezik, hogy biztosított legyen a közelség és a szakellátás nyújtása” ⁽²³⁶⁾.

⁽²²⁷⁾ Például a *Cliniques de l'Europe* magánkórháznak van egy részlege Uccle-ben és egy Etterbeekben, míg a *Cliniques universitaires Saint-Luc* magánkórháznak csak egy részlege van Woluwe-Saint-Lambert-ben.

⁽²²⁸⁾ Ez a döntés természetesen olyan költségekkel járhat, amelyeket nagyobb hatékonysággal kell ellensúlyozni, vagy amelyeket a magánkórházak vezetősége által relevánsnak tartott egyéb megfontolások is indokolhatnak.

⁽²²⁹⁾ A programozási mechanizmus nem csak a kórházi ágyak régiónkénti teljes számát határozza meg, de korlátokat szab meg szolgáltatás-típusonként is (pl.: szülészeti, geriátria, pediátria, pszichiátria stb.).

⁽²³⁰⁾ Például nem minden magánkórház kínálja a kevésbé jövödelmező geriátria szolgáltatásokat.

⁽²³¹⁾ Lásd a „Szervező tengelyek” c. pontot (6. o.). Utólagos kiemelés.

⁽²³²⁾ A stratégiai terv kilenc részlegre hivatkozik tizenegy (a részlegek jelenlegi száma) helyett, mivel két kórházi kampuszban két-két kórház található, azaz a HUDERF és a CHU-B a laeken *Victor Horta* részlegen, és az IB és a CHU-SP Brüsszel városban a *Porte de Hal* részlegen.

⁽²³³⁾ Lásd a „Szervező tengelyek” c. pontot (10. o.). Utólagos kiemelés.

⁽²³⁴⁾ Lásd a „Háttér és környezet” c. pontot (21. o.): „[...] A közkórházak [azaz az IRIS-H], amelyek tevékenységének legalább 80 %-a alaptevékenység, közelségi kórházak, amelyek pácienseik nagy részét azon önkormányzatokról vonzzák, ahol megtalálhatóak, vagy pedig a szomszédos környékekről.”

⁽²³⁵⁾ Lásd a „Részcélkitűzések” c. pontot (74. o.). Utólagos kiemelés.

⁽²³⁶⁾ Lásd a „Kórház projekt” c. pontot (36. o.). Utólagos kiemelés.

(197) Ez a stratégiai terv a közelségi ellátás vonatkozásában így folytatja:

„Figyelembe véve az **IRIS-részlegek földrajzi eloszlását**, az általános – időnként szociális nyomorban élő – lakosság lefedettségére gyakorolt hatásukat, az első megfogalmazott célkitűzés **minden egyes részlegen minőségi, hatásos és elérhető közelségi orvoslás biztosítása**.

Az IRIS kórházak – az egyetlen szakterületen működő Institut Bordet és a Fabiola Királynő Egyetemi Gyermekkorház [HUDERF] referenciakórház kivételével⁽²³⁷⁾ – elsődleges hivatása az **önkormányzatok környékén élő páciensek helyi keresletét kielégítő közelségi orvoslás nyújtása**.⁽²³⁸⁾

(198) A 2002–2014-es IRIS stratégiai meghatározza azt is, hogy a közelségi orvosláson túl az IRIS-H szakellátást is nyújt (azaz a kezelések tágabb, illetve fejlettebb körét)⁽²³⁹⁾. Az említett ellátást azonban nem minden (noha rendszerint több) részlegen nyújtják, és arra az IRIS-hálózat szintjén készített tervek vonatkoznak.⁽²⁴⁰⁾ A cél minden esetben Brüsszel lakossága számára annak garantálása, hogy mindenki számára elérhető az optimális szintű ellátás (közelségi orvoslás vagy szakellátás révén).⁽²⁴¹⁾ Ebben a stratégiai tervben szerepelnek részletes táblázatok is, amelyek megadják az egyes IRIS-H részlegeken kínált alapellátás és szakellátás típusait. Az alapellátási tevékenységek jelölése „1. szint – közelségi szint”, míg a szakellátási tevékenységek jelölése „2. szint – szakellátási szint” és „3. szint – beutalási szint”.⁽²⁴²⁾ Ennélfogva meglehetősen egyértelmű az IRIS-H számára, hogy melyik ellátástípust kell minden egyes részlegen nyújtania.

(199) Annak biztosítása érdekében, hogy minden egyes IRIS-H teljes mértékben tisztában legyen a helyi lakosság orvosi-szociális szükségleteivel és irányítása annak megfelelően, az IRIS-H létrehozása konkrétan kapcsolódik a közkórházi szolgáltatások „helyi alapjának” megtartásához. Ez megjelenik az 1994. május 19-i együttműködési megállapodással megerősített⁽²⁴³⁾ szerkezetátalakítási megállapodásban, és az IRIS-H vezető szerveinek összetételében is.⁽²⁴⁴⁾ Pontosabban, a belső szabályzat 11. cikkének megfelelően az IRIS-H szervezetek Általános Közgyűlése tagjainak többségét az önkormányzati tanács és a(z) önkormányzati szinten szervezett) szociális szolgáltatási tanács választja, míg a polgármester és a CPAS elnöke annak hivatalból tagja. Hasonlóképpen, az Igazgatási Tanács 14 tagja közül 10-et hatóságok Általános Közgyűlésben lévő küldöttségének tagjai jelölnek (a belső szabályzat 27. cikkének megfelelően).

(200) Azt a szándékot, hogy az IRIS-H-t a helyi lakosság orvosi-szociális szükségleteire tekintettel irányítsák, megerősíti az IRIS-hálózat Igazgatási Tanácsa 1996. november 20-i ülése, amelyen elfogadásra került az 1996–2001-es stratégiai terv módosítása, amely ezzel kapcsolatban kifejezetten kimondja a következőt:

„A szerkezetátalakítást szükségessé tevő akadályok sorával stratégiai célkitűzéseink tágabb összefüggéseiben kell foglalkozni, amelyek a következőképpen fogalmazhatóak meg:

- az IRIS közkórházi hálózatnak a jövőben a brüsszeli egészségügyi rendszer központi elemét kell alkotnia,
- kórházainknak igazodniuk kell a **brüsszeli lakosság szükségleteinek** változásaihoz,

⁽²³⁷⁾ Meg kell jegyezni, hogy ez a két szakkórház egy másik IRIS-H-val azonos részlegen található (lásd a 232. lábjegyzetet), ami biztosítja, hogy az érintett részlegen valamennyi alapvető ellátási szolgáltatást kínálják. Lábjegyzet kiemelve.

⁽²³⁸⁾ Lásd a „Kórház projekt” c. pontot (53. o.). Utólagos kiemelés.

⁽²³⁹⁾ Ilyen módon az Institut Bordet és a HUDERF – amelyek főként szakellátást kínálnak – kiegészítik a másik három IRIS-H-t, a helyi lakosság egészségügyi szükségleteinek kielégítése érdekében.

⁽²⁴⁰⁾ Lásd a „Kórház projekt” c. pontot (53–54. o.).

⁽²⁴¹⁾ Lásd a „Kórház projekt” c. pontot (62. o.).

⁽²⁴²⁾ Lásd a „Kórház projekt” c. pontban a szintek leírását (37. o.) és a táblázatokat (55–59. o.).

⁽²⁴³⁾ A szövetségi állam, Brüsszel főváros régiója és a Bizottság Communautaire commune közötti együttműködési megállapodás 2. cikke ezzel összefüggésben kimondja: „A szerkezetátalakítási megállapodásnak az alábbi feltételeket kell teljesítenie: 1. egyfelől garanciák nyújtása a **közkórházak sajátos jellegének megtartására**, egyebek között **az irányító szervezetben** és a döntéshozatali eljárásokban **a közszektor túlsúlyát biztosító** jogi struktúrák és koordináció révén, valamint másfelől **helyi alapon, az irányító szervek összetételében a közvetlenül választott tagok erősebb képviselője révén**.” (Utólagos kiemelés).

⁽²⁴⁴⁾ A Loi CPAS 125. cikke szerint a közjogi jogalanyoknak a különféle kórházi igazgatási és irányítási szervezetben és az IRIS kórházközi szervezetben legalább a szavazatok felével kell rendelkezniük.

- A **hálózat szerkezetátalakításának a páciensek érdekében és őket középpontba állítva kell történnie,**
- a hálózat korszerűsítését a kórházi közösség és különösen az orvosi közösség új lendületére kell alapozni.”

(201) A módosítás ezt követően kimondja:

„Ebben az összefüggésben a szerkezetátalakításnak garantálnia kell:

- **az orvosi és kezelési tevékenységek folytatása minden egyes kórházi részlegen, a helyi orvosi szolgáltatások nyújtására fennálló feladatunknak megfelelően,**
- a pénzügyi egyensúllyal kapcsolatos célok követése,
- a hálózat harmonikus fejlesztése minden egyes jogalany általános és egyedi érdekei egyensúlyának megteremtése érdekében,
- a hálózat jogalanyai között nagyobb koordináció és együttműködés,
- **a hálózat elérhetősége és állami jellegének megőrzése,**
- [...]” ⁽²⁴⁵⁾

Az IRIS-H több részlegen történő ellátási kötelezettségének valódi általános gazdasági érdekű szolgáltatási jellege

(202) A Bizottság megvizsgálta a panaszos Törvényszék előtt folyt ügyben beterjesztett érvelését is (lásd a 4.2. pontot), amely szerint a helyi egészségügyi szükségleteket a Brüsszel főváros régiójában jelen lévő köz- és magánkórházak nagy számával összefüggésben kell szemlélni. Amint fentebb kifejtésre került, a kórházi programozási mechanizmus Brüsszel főváros régiójában az általános kórházi ágyak maximális számát 7 260-ban határozta meg, az orvosi szolgáltatások túlkínálatának megelőzése céljából. Ezt az ágyszámot együttesen adják a köz- és magánkórházak, Brüsszel főváros régiójában a kórházi ellátás iránti szükséglet kielégítése céljából. Azonban a programozási mechanizmus csak a regionális szintű orvosi szükségleteket veszi figyelembe, és nem egy adott lakosság szociális szükségleteit és egy földrajzi terület konkrét szociális viszonyait. Ezeket a szociális szükségleteket a CPAS szociális támogatási politikája keretében (azaz önkormányzati szinten) értékelik. Az IRIS-H elődeit szociális szükségletek kielégítésére hozták létre, és a szerkezetátalakítás után az IRIS-H különböző részlegeit azért tartották meg, mert azok továbbra is valós szociális szükségletet teljesítenek (lásd a (82)–(84) és (91) preambulumbekezdést). Valójában ennek az az oka, hogy csak az IRIS-H lát el olyan szociális egészségügyi általános gazdasági érdekű szolgáltatásokat, amelyekben szükséges és kötelezettség is a több részleg megléte. Brüsszel főváros régiója szegény lakosai számára nem csak az a fontos, hogy otthonuk közelében mehessenek kórházba, de az is, hogy biztosak lehessen abban, hogy kezelést kapnak akkor is, ha nem tudnak fizetni és támogatást kérhessenek a szociális szolgáltatási részlegről. Az IRIS-H arra kötelezésével, hogy tartsa fenn különböző részlegeit, a brüsszeli önkormányzatok és a CPAS azt kívánja biztosítani, hogy a szociális egészségügyi ellátást a lehető legközelebb nyújtsák ahhoz, ahol a szükséglet felmerül. Ebben az összefüggésben érdemes kiemelni, hogy a tizenegy IRIS-H részleg közül tíz olyan önkormányzatnál található, ahol az átlagjövedelem nem haladja meg ⁽²⁴⁶⁾ Brüsszel főváros régiójának mediánját. Ezzel szemben a tizenegy magánkórházi részlegről öt található olyan önkormányzatok területén, ahol az átlagjövedelem e medián feletti. ⁽²⁴⁷⁾ Az alábbi térképről is látszik ⁽²⁴⁸⁾ (lásd a 3. ábrát), hogy Brüsszel főváros régiójában nem látható jelentős földrajzi átfedés a közkórházak (szaggatott körvonalak) és az általános magán- és egyetemi kórházak (folytonos körvonal) között. Ez arra utal, hogy az a pusztán tény, amely szerint magas a Brüsszel főváros régiójában működő kórházak száma, nem elegendő annak biztosítására, hogy a kórházi ellátás valamennyi lakos számára elérhető legyen. Emellett – amint fentebb kifejtésre került – Brüsszel főváros régiójában csak az IRIS-H kórházak nyújtanak szociális egészségügyi általános gazdasági

⁽²⁴⁵⁾ Utólagos kiemelés.

⁽²⁴⁶⁾ A medián átlagjövedelem Brüsszel főváros régiójának 19 önkormányzatának területén 2012-ben 13 746 EUR/lakos volt. A fennmaradó IRIS-H részleg Ixelles-ben található, ahol az átlagjövedelem 14 513 EUR volt, ami Brüsszel főváros régiójának mediánja és harmadik kvartilise (azaz 75. percentilis) között fekszik. Forrás: Brüsszellel vonatkozó Információk, Dokumentációk és Kutatások Központja (<http://www.briobrusseel.be/ned/webpage.asp?WebpageId=345>).

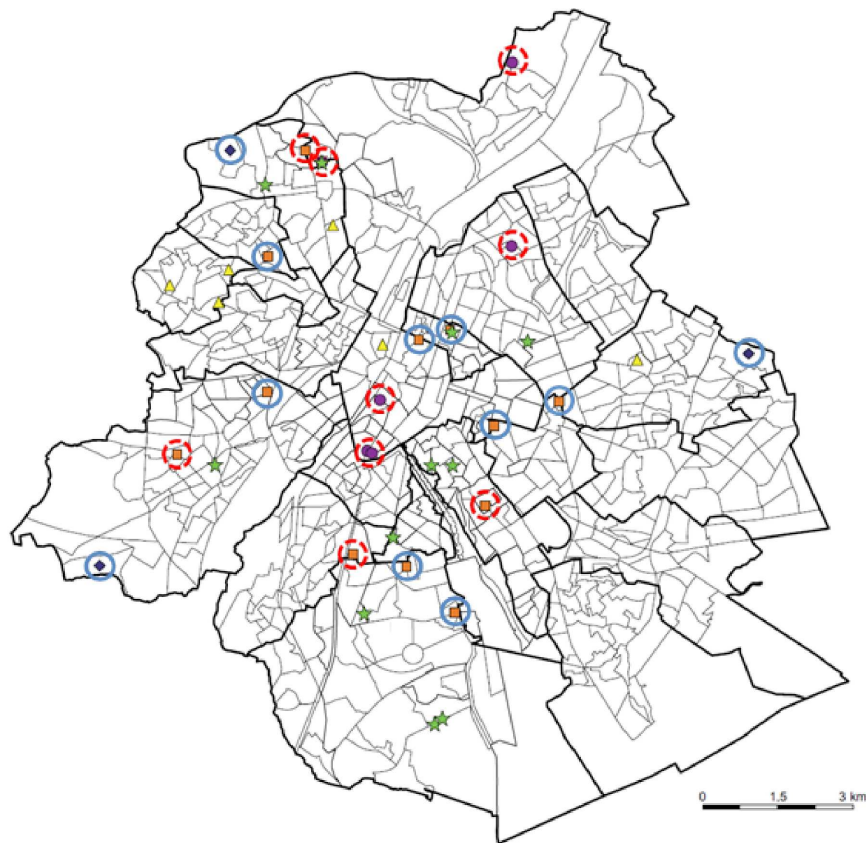
⁽²⁴⁷⁾ Ezen öt magánkórházi részlegről három található olyan önkormányzatok területén, ahol az egy lakosra jutó átlagjövedelem meghaladja Brüsszel főváros régiójának harmadik kvartilisét (azaz 75. percentilist).

⁽²⁴⁸⁾ Az eredeti térképet a *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010* c. kiadványban tették közzé és az a 2009. július 1-i helyzetet mutatja. A Bizottság a térképet kiegészítette a körökkel és törölt arról egy általános kórházat (az Uccle-ban található Clinique des Deux Alice-t), mivel ez 2011. végén bezárt (tevékenységeit áttették a *Cliniques de l'Europe* magánkórház Sainte-Elisabeth részlegére). Az egyik ISH részleget (azaz a Baron Lambert Etterbeekben) a térkép nem jelöli, mivel az csak járóbeteg-ellátást nyújt, és emiatt nincsenek a programozási mechanizmus hatálya alá tartozó kórházi ágyai.

érdekű szolgáltatásokat, és a magánkórházak ennél fogva nem tekinthetők ezzel egyenértékűnek, amikor a helyi lakosság szociális szükségleteinek kielégítéséről van szó. A fentiek alapján a Bizottság megállapítja, hogy Brüsszel főváros régiójában több magánkórház jelenléte nem ok az IRIS-H-ra vonatkozó, a brüsszeli magánkórházakra viszont nem vonatkozó több részlegesen történő ellátási kötelezettség valódi általános gazdasági érdekű szolgáltatási jellegének kétségbe vonására, figyelemmel különösen a szociális egészségügyi általános gazdasági érdekű szolgáltatásokra.

3. ábra

Brüsszel főváros régiója kórházi részlegeinek térképe



Implantations hospitalières

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

A több részlegesen történő ellátás kötelezettségének gyakorlati hatása az IRIS-H-ra

(203) A több részlegesen történő ellátási kötelezettség tehernek is tekinthető az IRIS-H számára, mivel az bizonyos infrastruktúrák megkettőzését igényli és magasabb üzemeltetési költségeket eredményez. Ezek a költségek főként

ahhoz kapcsolódnak, hogy minden egyes részlegben kell olyan szolgáltatásokat biztosítani, mint a sürgősségi segélyszolgálat, a sterilizációs szolgáltatás, a monitoring és a biztonsági szolgáltatás, valamint a saját adminisztráció. Ténylegesen, a BMF-finanszírozást (lásd a (46)(a) preambulumbekendést) minden egyes kórház csak egy ilyen szolgáltatásra kapja, részlegeinek számától függetlenül. A különböző területekhez (karbantartás, fűtés, takarítás stb.) kapcsolódó üzemeltetési költségek eme további infrastruktúra- és felszerelési költségekhez hozzáadódnak. Az IRIS kórházközi szervezet 2009-ben készült tanulmánya alapján a több részlegben történő ellátási kötelezettség BMF-finanszírozással nem fedezett költsége az öt IRIS-H-ra összesen a becslések szerint 2008-ra [...] millió EUR, 2009-re pedig [...] millió EUR volt.

Következtetés az IRIS-H több részlegben történő ellátási kötelezettségéről

- (204) A Bizottság megállapítja, hogy az IRIS stratégiai tervei alapján az IRIS-H-t megbízták azzal az egyértelmű kötelezettséggel, hogy (1) tartsa meg valamennyi kórházi részlegét az érintett helyi lakosság orvosi-szociális szükségleteinek kielégítése érdekében, és (2) mindegyik részlegben nyújtsa az alapellátási tevékenységek teljes skáláját. Az IRIS stratégiai terve megállapítja különösen az alapellátásnak és szakellátásnak minősülő tevékenységeket, és minden egyes IRIS-H részlegre feltünteti, hogy milyen típusú ellátást kell kínálnia. Emellett az IRIS-H belső szabályzata és a Loi CPAS rendelkezései biztosítják, hogy az IRIS-H teljes mértékben tisztában legyen a helyi lakosság orvosi-szociális szükségleteivel és irányítása annak megfelelően. Ezen túlmenően a több részlegre vonatkozó kötelezettség túlmutat az LCH és a programozási mechanizmusok követelményein, mivel ez utóbbi nem veszi figyelembe egy adott lakosság szociális szükségleteit és egy földrajzi terület konkrét szociális viszonyait. A magánkórházak ennél fogva nem kötelesek több részleg üzemeltetésére, sem pedig minden egyes részlegben az alapellátás teljes skálájának nyújtására (amennyiben több részleg mellett döntöttek). Végezetül – az előző preambulumbekendésben kifejtettek szerint – több részlegben történő ellátási kötelezettség jelentős olyan költségeket generál az IRIS-H számára, amelyeket a BMF nem fedez és ennél fogva hozzájárulnak az IRIS-H hiányához.

III. Kiterjedt szociális szolgáltatási kötelezettség

- (205) Végezetül a belga hatóságok szerint az IRIS-H-t kötelezettség terheli a páciensek és családjuk számára kiterjedt szociális szolgáltatások nyújtására. A panaszosok szerint a kötelezettség csak látszólag áll a más kórházak által nyújtottnál nagyobb mennyiségű szociális szolgáltatásból. Ebben az összefüggésben ki kell emelni, hogy sem az LCH, sem pedig a kórházak (1964. október 23-i királyi rendeleten alapuló) engedélyezési feltételei nem írják elő általános kötelezettséget kórházon belüli szociális szolgáltatások nyújtására. Csak konkrét kórházi szolgáltatásokra (azaz a geriátriai és pszichiátriai osztályokra⁽²⁴⁹⁾) vonatkozó néhány elszigetelt szabály írja elő szociális munkások beavatkozását. Ezen túlmenően az egyetemi kórházakra vonatkozó külön szabály csak azt írja elő, hogy minden 2 000 felvételre egy szociális munkásnak kell jutnia.⁽²⁵⁰⁾ E különleges helyzeteken túlmenően a magánkórházakat nem terheli az a kötelezettség, hogy összes páciensüknek szociális szolgáltatásokat nyújtsanak. Ezzel szemben az IRIS-H az IRIS stratégiai tervei alapján köteles olyan szociális szolgáltatásokat fenntartására, amelyek segítik az összes rászoruló páciensét.

Az IRIS-H-ra háruló, kiterjedt szociális szolgáltatási kötelezettség

- (206) Az IRIS 1996–2001-es stratégiai terve állapítja meg az IRIS-H keretében a páciensek átfogó kezelésének általános környezetét, ideértve a pszicho-szociális és környezeti vonatkozásokat is:

„A páciensek átfogó kezelése: A beteg nem redukálható le arra az orvosi állapotra, amely miatt ellátást igényel. A páciensek bizonyos kategóriái különösen igénylik az **átfogó ellátást, amely** nem egyszerűen csak az orvosi vonatkozásokra **terjed ki, de a pszichoszociális és környezeti vonatkozásokra is:** ez a geriátriai pácienseket, pediátriai pácienseket, végső stádiumban lévő pácienseket, pszichiátriai pácienseket, **szociálisan hátrányos helyzetű pácienseket** stb. érinti.”⁽²⁵¹⁾

⁽²⁴⁹⁾ Például az 1964. október 23-i királyi rendelet (Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 1964. november 7., 11709. o.) 19. melléklete előírja, hogy felnőtt páciensek kezelésére szolgáló neuropszichiátriai szolgáltatások esetében minden 120 páciensre legalább egy szociális segítőnek kell jutnia.

⁽²⁵⁰⁾ Az 1978. december 15-i királyi rendelet külön követelményeket rögzít az egyetemi kórházakra, Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 1979. július 4., 7818. o.

⁽²⁵¹⁾ Lásd a „Szervező tengelyek” c. pontot (6. o.). Utólagos kiemelés.

(207) A szociális szolgáltatások szerepét és főbb feladataikat ez a terv tovább részletezi:

„Az [IRIS] kórházaknak olyan szociális szolgáltatásokkal kell rendelkezniük, amelyek fő szerepe a páciensek jólétéhez, az intézmény orvosi minőségéhez és optimális működéséhez való hozzájárulás. A szociális szolgálat a kórházvezető munkatársa és a kórház valamennyi osztályának partnere. Feladata a beteg kórházi tartózkodási feltételeinek humanussá tétele. **Megoldást kell találnia a páciensek szociális nehézségeire, ideális esetben kórházba kerülésük előtt, de kórházi tartózkodásuk során is és a kórház elhagyása után is.** Ez egy kiváltságos kapcsolat a kórház és a beteg, családja és környezete között. Ennek megvalósításához az alábbiak szükségesek:

- az ahhoz szükséges idő és szakmai kapacitás, hogy értékelni lehessen a páciens szükségleteit vele, családjával és kísérőivel, valamint az egészségügyi ellátást végző teamekkel, és vele együtt lehessen a megfelelő válaszokat kialakítani,
- hozzáférés a páciens felvételi és egészségügyi aktájához, amelyben lehetnek az ellátás minőségét javító szociális adatok,
- az átszállítás vagy a hazaengedés időpontjáról kellő időben történő értesítés, hogy meg lehessen tenni a megfelelő intézkedéseket,
- véleménynyilvánítás az összetett profilú és betegségű pácienseknek,
- a pénzügyi szolgálattal együtt jogi konstrukciók kidolgozása, tekintve, hogy beavatkozásának korlátait minden vonatkozásban a páciensközponitú kapcsolat szakmai etikája határozza meg,
- **koordináció a CPAS-sal,**
- a meglévő egészségügyi és szociális hálózatok ismerete,
- javaslattétel a kórház működésének javítására,
- az adatok és adatsere titkosságát garantáló infrastruktúra.

A **szociális orvoslás feladata** – amely a közkórházak hivatása – azzal jár, hogy ellátják a koordinációs szerepkört az egészségügyi érdekeltel között, részt vesznek az egészségügyi és szociális hálózatokban vagy akár létrehozhatnak ilyen hálózatokat, és közvetlenül részt vesznek az IRIS ahhoz szükséges kiegészítő szolgáltatásainak létrehozásában, **hogy a lakosság szükségleteit ki lehessen elégíteni** (hotel de soins, hotel des familles, otthoni palliatív ellátás, drogfüggők és hajléktalanok ellátása, otthoni gondozási szolgáltatások stb.). Ők végzik azon szervezetek akkreditációját, akikkel együtt fognak működni.”⁽²⁵²⁾

(208) E stratégiai terv szerint a szociális szolgálat fontos szerepet tölt be a páciensek felvétele során is:

„A fogadást másként kell értelmezni aszerint, hogy a páciens sürgősséggel, konzultáción vagy felvételen keresztül érkezik; a fogadásnak minden esetben biztosítania kell a páciensek számára a diszkréciót és a kényelmet, és segítenie kell a páciens és családja aggályainak enyhítésében. Kórházaink szociális **szolgáltatásai kulcsszerepet töltenek be ebben a tekintetben.**”⁽²⁵³⁾

(209) A 2002–2014 IRIS stratégiai terv a fentieket az alábbiakkal egészíti ki:

„A **szociális szolgáltatások elengedhetetlenek a közkórházakban** a kórházba érkező és onnan távozó páciensek támogatására egyaránt. Ezeknek része a **páciensek és családjuk segítése a betegséghez, kórházi tartózkodáshoz és kezeléshez** illetve az új prognózishoz és körülményekhez **kapcsolódó adminisztratív, pénzügyi, kapcsolati és szociális problémák megoldásában és kezelésében.**

A szociális szolgálat:

- az autonóm és független pácienseket kíséri,

⁽²⁵²⁾ Lásd a „Rész célkitűzések” c. pontot (54–55. o.). Utólagos kiemelés.

⁽²⁵³⁾ Lásd az 1996–2001-es stratégiai terv „Szervező tengelyek” c. pontját (10. o.). Utólagos kiemelés.

- gondoskodik arról, hogy az átfogó ellátásba beépüljenek a páciens normái, értékei és kultúrája, ezért az adminisztratív segítségnyújtás, pszichoszociális támogatás, a tájékoztató, megelőző, figyelemfelhívó, együttműködő és koordinációs szerep körül forog. A szociális **szolgáltatások ezért eltérő szinteken lépnek fel attól függően, hogy a pácienseknek szociális-anyagi pszicho-szociális, vagy szociális-adminisztratív támogatásra van szüksége,**
- technikai és interperszonális, egyidejűleg elméleti és technikai készségeket, és személyes és kapcsolati kvalitásokat is igényel.

[...]

Összegezve: a **szociális szolgálatok felelőssége többes:**

- a **beteg kórházi felvételének** megszervezése és a **megfelelő helyre történő elbocsátására a lehető legjobb konstrukciók** kidolgozása,
- a **betegnek segítése társadalombiztosítási fedezet szerzésében, hogy fedezhessék orvosi költségeiket.**

Ebben a vonatkozásban a szociális szolgálatot és a szociális munkásokat ugyanazok a célkitűzések és érdekek vezérik, mint a kórházat, és konkrét tevékenységüknek **hatása van a kórházi tartózkodás lerövidítésére és a kórháznál felmerült költségek megtérítésére.**" ⁽²⁵⁴⁾

- (210) A szociális szolgálatok kezelési költségek CPAS-tól való beszedésében való szerepe (lásd még a (187) preambulumbekendést) megjelenik a 2002–2014 IRIS stratégiai terv későbbi szövegében is. A szöveg megjegyzi különösen, hogy a szociális szolgálatok feladatai közé tartozik a páciensek vagyoni helyzete vizsgálatának elvégzése:

„A szociális szolgálat elektronikus aktát hoz létre, amely a pácienseket a teljes [IRIS] hálózaton végigkíséri. **Elvégzi továbbá [a páciensek] vagyoni helyzetének vizsgálatát,** kitölti az RCM ⁽²⁵⁵⁾ „V” kódját és a rendeletekben előírt más nyilvántartásokat. Ez a [szociális] akta a lehető legkorábban összekapcsolásra kerül az orvosi aktával és a központi informatikai rendszerekkel. A szociális akta nyilvántartásba vétele az [IRIS] közközházak szociális feladatának eredménytábláját képezi.” ⁽²⁵⁶⁾

- (211) Ezek a feladatok az annak meghatározásához szükséges ún. „szociális vizsgálat”-hoz szükséges információk összegyűjtését érintik, hogy a páciensek jogosultak-e orvosi költségeik CPAS általi fedezésére (lásd még a (187)–(188) preambulumbekendést). Pontosabban a kórház szociális munkásai gyűjtik össze azokat az érdemi információkat, amelyek a CPAS számára jogi kötelezettségével összhangban ⁽²⁵⁷⁾ lehetővé teszik a páciens rászorultságának ellenőrzését ⁽²⁵⁸⁾, és ennek alapján annak eldöntését, hogy indokolt-e a CPAS általi megtérítés.

Az IRIS-H kiterjedt szociális szolgáltatási kötelezettségének gyakorlati hatása

- (212) Az IRIS-H szociális szolgáltatási részlegei külön képzést kapnak és szakmai etikai kódexet követnek, figyelemmel a különböző szolgálatok közötti kapcsolattartói szerepükre a kórházon belül (ideértve az orvosokat, nővéreket, számlázást és betegfelvételt) vagy azon kívül (például a társadalombiztosítási fedezet, otthoni ellátás és támogatás, nyelvi és kulturális vonatkozások).

⁽²⁵⁴⁾ Lásd a „Közkórház sajátos feladatai” c. pontot (82. o.). Utólagos kiemelés.

⁽²⁵⁵⁾ Az RCM a *résumé clinique minimum* rövidítése, és ez a beteg orvosi adatainak szabványosított és rövid összegzése, amelyet az általános kórházaknak 1990 óta kell nyilvántartásba venniük. Ezt egyebek mellett a kórházi felszerelési szükségletek meghatározására, a kórházak és szolgáltatásai akkreditációja kvalitatív és kvantitatív normáinak meghatározására és a kórház finanszírozásának megszerzésére használják. A „V” kódok a beteg egészségi státusát és az egészségügyi szolgáltatókkal való kapcsolattartását befolyásoló tényezőkre vonatkoznak. Ezek a kódok használhatóak a beteg kórházi tartózkodását esetlegesen érintő szociális-gazdasági, jogi és családi kérdések jelölésére.

⁽²⁵⁶⁾ Lásd a „Közkórház sajátos feladatai” c. pontot (83. o.). Utólagos kiemelés.

⁽²⁵⁷⁾ Ez a kötelezettség a Loi CPAS 60. cikkének (1) bekezdéséből, az 1965. április 2-i törvény 9b. cikkéből (a Szociális Integráció Szövetségi Közszolgálatát a CPAS-nak bizonyos feltételek teljesülése esetén történő megtérítése tekintetében), és a szociális vizsgálatról szóló 2010. március 25-i körlevélből (Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 2010. május 6., 25432. o.) ered.

⁽²⁵⁸⁾ Például 2012-ben az IRIS-H szociális munkásai 25 749 szociális vizsgálatához gyűjtöttek információkat. Ez az abban az évben kórházba felvett páciensek körülbelül 5,4 %-át jelenti.

- (213) Az IRIS-hálózat szociális szolgáltatási részlegeik konkrét költségeinek felméréséhez összehasonlította az IRIS-H-ban foglalkoztatott szociális munkások valós költségét a minden 2 000 betegfelvételre jutó egy szociális munkás (azaz az egyetemi kórházakra vonatkozó kötelezettség) észszerű normájával. Ez az elemzés azt mutatja, hogy az öt IRIS-H 81,1 szociális munkást⁽²⁵⁹⁾ foglalkoztat, míg az észszerű norma alapján csak 36,7-et foglalkoztatna. A különbség ennél fogva 44,4 és mutatja, hogy az IRIS-H több mint kétszer annyi szociális munkást foglalkoztat, mint amennyi az egyetemi kórházakra vonatkozó szabály szerint elvárt lenne. Ez szemlélteti, hogy a stratégiai tervekben szereplő követelmények az IRIS-H-t a minimumnál sokkal szélesebb körű szociális szolgáltatások nyújtására kötelezik (pl.: a geriátria és pszichiátriai részlegek esetében), mint ami más nem egyetemi (köz- vagy magán)kórházakra irányadó. Az a tény, hogy a brüsszeli nem egyetemi magánkórházak is alkalmaznak szociális munkásokat, ezen minimumkövetelmények alapján magyarázható, mintsem a páciensek számára szociális szolgáltatások nyújtásának átfogó kötelezettségével. Hasonlóképpen, amint az fentebb igazolást nyert, az IRIS-H messze túlmegy a brüsszeli egyetemi kórházakra vonatkozó, minden 2 000 betegfelvételre jutó egy szociális munkás alapkövetelményén. Ennek eredményeképpen, az IRIS-H szociális szolgáltatásainak nem finanszírozott költsége 2010-ben körülbelül [...] millió EUR volt.⁽²⁶⁰⁾ A kiterjedt szociális szolgáltatási kötelezettség ezért jelentős olyan terhet jelent az IRIS-H számára, amelyet a brüsszeli magánkórházaknak nem kell viselniük.

Következtetés az IRIS-H kiterjedt szociális szolgáltatási kötelezettségéről

- (214) A fentiek alapján a Bizottság megállapítja, hogy a brüsszeli magánkórházaktól eltérően az IRIS-H-t kötelezettség terheli fejlett szociális szolgáltatási részlegek működtetésére, amelyek segítik a pácienseket és családjukat az adminisztratív, pénzügyi, kapcsolati és szociális problémák megoldásában és kezelésében. Ezt a kötelezettséget az IRIS stratégiai terveiben határozták meg és bízták az IRIS-H-re. Az említett kiterjedt szociális szolgáltatási kötelezettség fennállását tükrözi az IRIS-H által alkalmazott szociális munkások nagy száma, ami jelentősen túlmutat a más belga kórházakra irányadó mértéken. Az IRIS-H szociális szolgáltatási részlegeinek feladatai körébe tartozik a páciensek fent említett nehézségeinek megoldása, nem csak kórházi tartózkodásuk alatt, hanem akkor is, amikor a kórházat elhagyják, segítve a pácienseket az orvosi költségeik fizetését lehetővé tevő társadalombiztosítási fedezet megszerzésében, elkészítve a szociális vizsgálatot és információcserét folytatva más kórházi részlegekkel és a CPAS-sal is. Ez a kötelezettség és annak terhe szorosan kapcsolódik a szociális egészségügyi általános gazdasági érdekű szolgáltatásokat alkotó más kötelezettségekhez (lásd a (167) preambulumbekendést). Valójában ennek az az oka, hogy az IRIS-H-t kötelezettség terheli fizetőképességtől függetlenül valamennyi beteg minden körülmények között történő ellátására, és emiatt nagyobb az igény a szociális munkásokra. Pontosan a szegény páciensek és családjuk azok, akik további szociális szolgáltatásokat igényelnek, és akik számára a szociális vizsgálatot el kell végezni. Emellett oka az is, hogy az IRIS-H-t kötelezettség terheli több részleg fenntartására, és a szociális munkások száma az észszerűen elvártnál (azaz a minden 2 000 betegfelvételre jutó egy szociális munkásnál, lásd a (213) preambulumbekendést) magasabb.

IV. Következtetések a további kötelezettségekről

- (215) A Bizottság megállapítja, hogy az IRIS-H olyan szociális egészségügyi általános gazdasági érdekű szolgáltatást lát el, amelynek az alapvető kórházi ellátás feladataikon túlmenően részét képezik az alábbi kötelezettségek: 1) a páciensek fizetőképességére tekintet nélkül minden páciens minden körülmények között (ideértve a nem sürgősségi helyzeteket) történő kezelése, 2) a kórházi alapszolgáltatások teljes skálájának több részlegesen való nyújtása, és 3) az orvosi ellátás kiterjedt támogatással való kiegészítése fejlett szociális szolgáltatási részlegek révén. A kötelezettségek ilyen együttese biztosítja, hogy Brüsszel lakosságának kórházi szolgáltatásokra vonatkozó konkrét szociális szükségletei le legyenek fedve, és garantálja a kiváló minőségű kórházi ellátást mindenkinek és különösen a legszegényebbeknek. Ilyen további kötelezettségek nem vonatkoznak a brüsszeli magánkórházakra, amelyek megbízása csak az LCH-ban meghatározott alapvető kórházi ellátás feladatára terjed ki. Szociális egészségügyi általános gazdasági érdekű szolgáltatásokat ezért kizárólag az IRIS-H nyújt, mivel csak ez kapott megbízást a Belgiumban az LCH alapján valamennyi kórházra vonatkozó minimumkövetelményeknél (azaz az alapvető kórházi ellátásnál) szigorúbb és szélesebb körű kötelezettségekre. Az említett szociális egészségügyi általános gazdasági érdekű szolgáltatások ellátása jelentős olyan költségekkel jár az IRIS-H számára, amelyeket nem vagy részlegesen fedeznek a köz- és magánkórházakra közös finanszírozási források, és ennek következtében

⁽²⁵⁹⁾ Az ábra a teljes munkaidős állásnak megfelelő alkalmazottak számát mutatja.

⁽²⁶⁰⁾ A BMF nyújt némi finanszírozást a szociális munkásokra (azaz azokra a területekre, például a geriátriára, ahol minimumkövetelmény érvényesül), de ez 2010-ben csak körülbelül 400 000 EUR-t tett ki.

az IRIS-H beszámolóiban szereplő hiányokhoz vezetnek. Közkórházaik folyamatos működésének biztosítása érdekében az érintett brüsszeli CPAS és önkormányzatok ezért ellentételezik az IRIS-H hiányát, a 7.3.4.4. és 7.3.5. szakaszban ismertetettek szerint.

7.3.4.2. A megbízott vállalkozás és adott esetben az érintett terület

- (216) Minden egyes IRIS-H-nak saját belső szabályzata van, amely meghatározza célkitűzését, valamint az IRIS stratégiai tervei az öt IRIS-H mindegyikére vonatkoznak. Ezen túlmenően – az összes belga kórházhoz hasonlóan – az IRIS-H egyedi engedélyt kapott, amelyre szüksége van ahhoz, hogy az állami finanszírozás más formáira (például a BMF-re) jogosult legyen. Ezek a megbízási aktusok nem határoznak meg területet általános gazdasági érdekű szolgáltatásaik teljesítése vonatkozásában.

7.3.4.3. Kizárólagos vagy különleges jogok

- (217) Az IRIS-H kizárólagos vagy különleges jogokra megbízást nem kapott.

7.3.4.4. Az ellentételezési rendszer

- (218) A hiány-ellentételezési rendszert a belső szabályzat 46. cikke ismerteti mind az öt IRIS-H esetében. Ez a cikk jelenleg így szól (lásd még a 48. lábjegyzetet):

„A 109. cikk [LCH] sérelme nélkül a pénzügyi év eredményét az Általános Közgyűlés határozatával azon partnerek között kell felosztani, amelyek az Általános Közgyűlésben legalább a szavazatok egyötödével rendelkeznek.”

- (219) Az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikkéből egyértelmű, hogy:

- Ez a hiány-ellentételezés nem érinti az LCH 109. cikke (az LCH 2008. július 10-i törvény szerinti változatában jelenleg 125. cikke) által meghatározott finanszírozási mechanizmust, amely előírja, hogy az önkormányzatok fedezik közkórházaik hiányát, bizonyos tevékenységek kizárásával⁽²⁶¹⁾. Azonban – ahogy az lentebb kifejtésre kerül (lásd a (235) preambulumbekendést) – a 109. cikk szerinti hiány-ellentételezésnek erre az ügyre valódi hatása nincsen, mivel az IRIS-H ezeket az összegeket kézhezvételkor azonnal teljes mértékben visszafizeti az önkormányzatnak.
- A fedezendő eredmény az, ami a kórház beszámolóiban szerepel (azaz a kórház számviteli hiányának egésze, és ennél fogva tartalmazza az IRIS-H kiegészítő tevékenységeinek eredményét is, lásd még a (41) preambulumbekendést). Az LCH 109. cikkétől eltérően az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke nem zár ki bizonyos tevékenységeket a hiányból. Azonban az is egyértelmű, hogy az ellentételezés nem haladhatja meg a számviteli hiányt, mivel az ellentételezés a pénzügyi év eredményére korlátozott.
- A hiány fedezéséhez csak azok a partnerek kötelesek hozzájárulni, amelyek az Általános Közgyűlésben legalább a szavazatok egyötödével rendelkeznek. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy csak az önkormányzatoknak és a CPAS-nak kell hozzájárulnia.⁽²⁶²⁾

- (220) Azon tény alapján, hogy az IRIS-H csak általános gazdasági érdekű szolgáltatásokat és kiegészítő tevékenységeket végez, minden egyes IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke egyértelmű ellentételezési rendszert hoz létre annak jelzésével, hogy a pénzügyi év eredményét (kivétel nélkül) fedezni kell. Ezt az eredményt egyértelmű számviteli elvek olyan rendszere alapján határozzák meg, amely egyformán vonatkozik a belga köz- és magánkórházakra. Emellett minden egyes kórháznak (az LCH 80–85. cikke alapján) független könyvvizsgálót kell kijelölnie, aki beszámolóját és az eredményt ellenőrzi (lásd a (49) preambulumbekendést).

⁽²⁶¹⁾ Egy királyi rendelet (jelenleg a 2006. március 8-i királyi rendelet) határozza meg azon hiány kiszámításának módszerét, amelynek fedezésére az önkormányzatok az LCH 109. cikke alapján kötelesek.

⁽²⁶²⁾ Az érintett kórházi orvosok érdekképviseleti szervezete és adott esetben az *Université Libre de Bruxelles*, illetve a *Vrije Universiteit Brussel* egyetem mindig 20 % alatti szavazattal rendelkezik az IRIS-H helyi szervezeteiben. Hasonlóképpen, 2000 óta Jette önkormányzata és CPAS-a tagja a CHU Brugmann szervezetnek, de mivel 20 %-nál kevesebb szavazatuk van, nem járulnak hozzá a hiány-ellentételezéshez. Végezetül a 2014-es számviteli év óta Schaerbeek önkormányzata és CPAS-a is 20 % alatti szavazattal rendelkezik a CHU Brugmann szervezetben, és ennél fogva a kórház hiányához már nem kell hozzájárulniuk. Ez azt jelenti, hogy 2014-től kezdve csak Ville de Bruxelles és CPAS-a köteles a CHU Brugmann hiányát fedezni.

- (221) A belső szabályzat 46. cikke túlmegy az LCH 109. cikkének minimumkövetelményén azzal, hogy az IRIS-H teljes hiányának fedezését írja elő. Az általános gazdasági érdekű szolgáltatások és kiegészítő tevékenységek ⁽²⁶³⁾ tekintetében a teljes hiányfedezés oka az, hogy Brüsszel helyi hatóságai mindenkor garantálni akarják az IRIS-H folyamatos működését és életképességét (lásd a (91) preambulumbekendést). A 46. cikk összhangban áll a Loi CPAS 61. cikkével is, amely így szól:

„a CPAS támaszkodhat személyekkel, létesítményekkel vagy szolgáltatásokkal való kooperációra, amelyeket hatósági vagy magánkezdeményezésre hoznak létre, amelyek képesek lesznek megvalósítani a mutatkozó különféle megoldásokat, egyben tiszteletben tartva az érintett személy szabad választását.

A CPAS akkor viselheti a kooperáció potenciális költségeit, amennyiben ezeket más törvény, rendelet, megállapodás vagy bírósági határozat végrehajtása nem fedezi.”

- (222) Végezetül – amint fentebb kifejtésre került (lásd a (22) és (44) preambulumbekendést) – az önkormányzatok kötelesek fedezni CPAS-uk hiányát. Ennek következtében az önkormányzatot terheli a végső felelősség közkórháza teljes hiányának fedezésére.

7.3.4.5. A túlkompensáció elkerülésére és visszafizetésére hozott intézkedések

- (223) Ahogyan az lentebb kifejtésre kerül, a hiány-ellentételezési rendszer olyan módon működik, hogy a túlkompensáció előfordulásának kockázata már eleve igen korlátozott (lásd a (247) preambulumbekendést). Ezen túlmenően az 1983. november 14-i törvény (lásd a (248)–(250) preambulumbekendést) és a Loi CPAS (lásd a (251)–(252) preambulumbekendést) megadja az önkormányzatoknak a szükséges jogi eszközöket a túlkompensáció ellenőrzésére és az esetleges túlkompensáció visszafizettetésére.

7.3.4.6. Hivatkozás az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozatra

- (224) Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 4. cikkének f) pontja előírja, hogy a megbízási aktusnak hivatkozást kell tartalmaznia az említett határozatra. Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 10. cikkének a) pontja előírja egy kétéves átmeneti időszakot azokra a támogatási programokra, amelyeket 2012. január 31. előtt hoztak létre, és amelyek az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2005. évi határozat szerint összeegyeztethetőek voltak. Emiatt a szóban forgó ügyben az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozatra való hivatkozás csak 2014-ben került beiktatásra. Különösen, 2014-től kezdődően az érintett brüsszeli önkormányzatok IRIS-H-nak az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke alapján történő kifizetésre vonatkozó minden határozata úgyszintén az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozatra hivatkozik. Ezen túlmenően meg kell jegyezni, hogy az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozatra való hivatkozást az LCH hatályos változatának 108. cikkébe a 2014. április 10-i törvénnyel építették be ⁽²⁶⁴⁾. Pontosabban ez a cikk azt írja elő, hogy a valamely kórháznak BMF-összeget odaítélő határozatot tartalmazó minden levélnek kifejezett hivatkozást kell tartalmaznia az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozatra. A Bizottság ennek megfelelően úgy ítéli meg, hogy ez az alakisági feltétel teljesül.

7.3.5. Ellentételezés

- (225) Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozatban rögzített második fő összeegyeztethetőségi feltétel az, hogy az általános gazdasági érdekű szolgáltatások nyújtásáért fizetett ellentételezés összege nem haladhatja meg a közszolgáltatási kötelezettségek teljesítéséhez szükséges nettó költségeket, ideértve az észszerű nyereséget is. ⁽²⁶⁵⁾ Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat meghatározza továbbá, hogy a nettó költséget miként kell kiszámítani (ideértve a figyelembe vehető költségek és árbevétel meghatározását), megadja, miként kell az észszerű nyereséget meghatározni, és előírja, hogy az általános gazdasági érdekű szolgáltatások körébe tartozó és azon kívüli tevékenységet is végző vállalkozásnak elkülönített belső számlákat kell vezetnie az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokra és más tevékenységekre. ⁽²⁶⁶⁾
- (226) Ebben az ügyben az IRIS-H csak általános gazdasági érdekű szolgáltatásokat és a fent ismertetett, ezen általános gazdasági érdekű szolgáltatásokat kiegészítő (lásd a (41) és (155) preambulumbekendést) korlátozott tevékenységeket végez. Mindezen tevékenységek (az általános gazdasági érdekű szolgáltatások és a korlátozott kiegészítő tevékenységek) végzésekor az IRIS-H-nál olyan költségek merülnek fel, amelyeket nagyrészt ⁽²⁶⁷⁾ fedeznek a fent ismertetett különféle állami és magán finanszírozási források (lásd a (46) preambulumbekendést). Ennek ellenére –

⁽²⁶³⁾ Az általános gazdasági érdekű szolgáltatások és kiegészítő tevékenységek ellátása során felmerült összes költség közszolgáltatási költség, ideértve a kiegészítő tevékenységek költségét.

⁽²⁶⁴⁾ Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 2014. április 30., 35442. o. 2014. május 10-től kezdődően alkalmazandó.

⁽²⁶⁵⁾ Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 5. cikke.

⁽²⁶⁶⁾ Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 5. cikkének (2)–(9) bekezdése.

⁽²⁶⁷⁾ A 2007–2011-es időszakban ez a finanszírozás az IRIS-H költségeinek átlagban mintegy [...] %-át fedezte.

ahogyan az alább szemléltetésre kerül (lásd a 3–7. táblázatot), 1996 óta a legtöbb évben e tevékenységek IRIS-H általi ellátása hiányt generált. A Bizottság megítélése szerint ez a hiány az IRIS-H által végzett általános gazdasági érdekű szolgáltatások és korlátozott kiegészítő tevékenységek fennmaradó nettó költsége (azaz (46) preambulumbekzdésben ismertetett finanszírozási forrásokból nem fedezett nettó költség). E hiányok ellentételezésével az önkormányzatok legfeljebb az IRIS-H-nál az általános gazdasági érdekű szolgáltatások és kiegészítő tevékenységek végzésekor felmerült fennmaradó nettó költséget fedezik, és még nem is adják meg az észszerű nyereséget. Ezért az IRIS-H-nál felmerült hiány ellentételezése – fogalmából eredően – nem vezethet és nem is vezetett tényleges túlkompenzációhoz (lásd még a (234)–(245) preambulumbekzdést).

- (227) Az LCH 77. cikke szerint minden kórház köteles elkülönített számlákat vezetni, amelyek mutatják minden egyes szolgáltatás költségét. A köz- és magánkórházakra egyaránt vonatkozó számviteli elveket a 2007. június 19-i királyi rendelet iktatta be. ⁽²⁶⁸⁾ E királyi rendelet alapján, a nem kórházi tevékenységeket (azaz ebben az ügyben a fenti (41) és (155) preambulumbekzdésben ismertetett kiegészítő tevékenységeket) elkülönítetten kell kimutatni (konkrétan azokat a 900–999. számlaosztályon kell kimutatni, lásd még a (49) preambulumbekzdést). A Bizottság tanúsítványokat kapott minden egyes IRIS-H független könyvvizsgálójától, amelyek megerősítették, hogy az elkülönített elszámolást a belga jog követelményeinek megfelelően végrehajtották. ⁽²⁶⁹⁾ Ennek alapján a Bizottság megállapítja, hogy az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 5. cikkének (9) bekezdése szerinti, elkülönített számlán való kimutatás követelménye teljesült.
- (228) Amint fentebb kifejtésre került (lásd a (44) preambulumbekzdést), az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke alapján a brüsszeli önkormányzatok és a CPAS köteles kórházaiak teljes számviteli hiányát fedezni. Az IRIS-H létrehozása óta fennálló e kötelezettség túlmutat az LCH 109. cikkében előírányzott részleges hiány-ellentételezési rendszeren (lásd a (47) preambulumbekzdést). Mindazonáltal az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke szerinti ellentételezés soha nem haladhatja meg a pénzügyi év számviteli hiányát. Végezetül a 46. cikk – miközben egyértelmű kötelezettséget hoz létre a hiány ellentételezésére – nem határozza meg kifejezetten, hogy az önkormányzatoknak és a CPAS-nak mely időpontban kell a pénzt ténylegesen átutalniuk ⁽²⁷⁰⁾.
- (229) A gyakorlatban az IRIS-H-nak történő önkormányzati kifizetések időzítése mindig az önkormányzati kasszában rendelkezésre álló forrásoktól függött. Mivel általában nincs elegendő pénz, az önkormányzatok hajlamosak a kórházi hiány kifizetését halogatni. Elméletben mindaddig a pillanatig elhalaszthatják ezt, amikor a Szövetségi Közegészségügyi Közszolgálat meghatározza az LCH 109. cikke szerinti hiányt, mivel ez rákényszerítené az önkormányzatokat a kórházak hiányának (egy részének) kifizetésére. Azonban a számviteli hiány ismertté válása és az LCH 109. cikke szerinti hiány kiszámítása között hosszú idő (akár 10 év is) eltelt. Ez azt jelentette, hogy 1996 és 2002 között az IRIS-H hatalmas (azaz 50 millió EUR feletti) hiányt halmozott fel. Az IRIS-H finanszírozási résének fedezésére bankhitel felvételére kényszerült, amelynek költségei a hiányt tovább növelték.
- (230) Az önkormányzatok felismerték, hogy ez a helyzet káros számukra, mivel végül a hitelek kamatait is ők fizették a hiány fedezésén keresztül, és ennél fogva gyorsabban akartak fizetni az IRIS-H-nak, ahelyett, hogy kivárták volna azt, amikor a Szövetségi Közegészségügyi Közszolgálat kényszeríti őket az LCH 109. cikke szerinti hiány kifizetésére. Az önkormányzati szint megfelelő pénzügyi forrásainak hiánya miatt Brüsszel főváros régiójának kellett beavatkoznia, hogy ez lehetővé váljon. A régió különösen finanszírozást nyújtott az érintett önkormányzatoknak (1) közvetlenül, az FRBRTC-n keresztül (lásd a (231) preambulumbekzdést) és (2) 2003-tól kezdődően közvetlenül is, külön támogatások adásával (lásd a (232)–(233) preambulumbekzdést). Ez lehetővé tette az önkormányzatoknak, hogy gyorsabban, bár részlegesen ⁽²⁷¹⁾ teljesítsék az IRIS-H felé fennálló hiány-ellentételezési kötelezettségüket. Amint fentebb kifejtésre került (lásd a 7.1. pontot), Brüsszel főváros régiója csak az érintett brüsszeli önkormányzatoknak és nem az IRIS-H-nak adott és ad továbbra is állami finanszírozást.

⁽²⁶⁸⁾ Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 2007. június 29., 35929. o. 2007. július 9-től kell alkalmazni. Ez a királyi rendelet váltotta fel a kórházak éves pénzügyi kimutatásairól szóló, 1987. december 14-i királyi rendeletet, amely igen hasonló követelményeket állapított meg.

⁽²⁶⁹⁾ Ebben az összefüggésben meg kell jegyezni, hogy a kórházi tevékenységekhez kapcsolódó egyes számviteli folyamatokat is a 900–999. számlaosztályban kell kimutatni. Ez azokra a folyamatokra vonatkozik, amelyeket a BMF finanszírozás meghatározásakor (amely a pénzforgalmi, és nem a kórházi számvitelre vonatkozó eredményszemléletű számviteli megközelítést követi) nem vettek figyelembe.

⁽²⁷⁰⁾ Elvileg az IRIS-H kérheti az önkormányzatokat, hogy a hiány-ellentételezést a pénzügyi év eredményének meghatározása után rögtön fizessék ki. A gyakorlatban az IRIS-H ezt nem teszi, mivel az önkormányzatok ellenőrzik és azoknak nincsenek (nem mindig vannak) elérhető forrásaik az azonnali fizetéshez.

⁽²⁷¹⁾ Ténylegesen, az önkormányzatoknak adott regionális finanszírozás nem volt elegendő az IRIS-H 1996–2014-es időszakban keletkezett hiányának teljes fedezésére (lásd még a 143. lábjegyzetet).

- (231) Az IRIS-H 1996–2002 közötti számviteli években keletkezett hiányát az önkormányzatok csak 2002-től ellentételezték, az FRBRTC-től kapott finanszírozásból. Az erre az időszakra vonatkozó ellentételezés csak 2008-ban fejeződött be. A 2003 óta keletkezett hiány ellentételezése vonatkozásában az önkormányzatok már nem hagytak az FRBRTC-finanszírozásra.
- (232) A 2003-as számviteli évtől kezdődően Brüsszel főváros régiója elkezdett átlagban évi 10 millió EUR-t (a pontos összegeket lásd a 2. táblázatban) odaítélni az önkormányzatoknak, külön támogatások formájában. Cserébe minden egyes önkormányzat rendszerint a következő év elején (pl.: a 2014-es pénzügyi év vonatkozásában 2015 elején) kifizette a külön támogatás ráeső részét, a kórház becsült hiánya alapján. A hiány becslése a kórház tevékenységeinek könyvvizsgálata és az év első kilenc hónapjának előzetes eredménye alapján történt. A pénzügyi év végétől számított hat hónapon belül (azaz június végéig) minden IRIS-H Általános Közgyűlése jóváhagyja a kórház pénzügyi beszámolóját és elfogadja a végleges számviteli hiányt. A számviteli hiány külön támogatási rész kifizetése után fennmaradó része az önkormányzati kassa szabad forrásai függvényében kerül rendezésre. A teljes elszámolás több évet is igénybe vehet, és az értékelés teljes időszaka (1996–2014) alatt az IRIS-H folyamatosan az önkormányzatok kifizetéseire várt (a hátralékos összeg részletezését lásd a (234) preambulumbekzdés táblázataiban).

2. táblázat

Az önkormányzatok (külön támogatással finanszírozott) kifizetései az IRIS-H részére

(EUR-ban)

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

- (233) Számviteli szempontból a külön támogatást néhány évben közvetlenül a kórház eredményében számolták el (ezzel csökkentve a fennmaradó hiányt), míg más években az összeget a hiány ellentételezésében (azaz az eredmény elfogadásakor). Ezen túlmenően 2004-ben számviteli késelem is történt a CHU Saint-Pierre esetében, így annak a külön támogatásból való részesedését csak a következő évi beszámolóban számolták el. Ez magyarázza, hogy öt IRIS-H külön támogatásának teljes összege 2004-ben csak 8 867 072 EUR, míg 2005-ben 11 132 928 EUR, a kettő összege 20 millió EUR (vagy a szándék szerinti évi 10 millió EUR). A számviteli kezelés e különbségei ellenére az említett kifizetések mögött meghúzódó elv mindig is az volt, hogy gyors (és rendszerint részleges) ellentételezést adjanak a hiányra, anélkül, hogy az túlkompenzációhoz vezetne (lásd a pont további részét).

(234) Az alábbi 3–7. táblázat feltünteti mind az öt IRIS-H esetében az egyes években keletkezett számviteli hiányt (összesítve ez a hiány csaknem 250 millió EUR az 1996–2014-es időszakra) és az önkormányzatok egyes években teljesített kifizetéseit (ezek a kifizetések korábbi évek hiányához is kapcsolódhatnak). A 3–7. táblázat feltünteti, hogy az önkormányzatok mikor (azaz melyik években) teljesítettek kifizetéseket az érintett IRIS-H hiányának ellentételezésére, de azt nem, hogy ezek a kifizetések melyik év hiányát ellentételezik. ⁽²⁷²⁾ Ezek a táblázatok szemléltetik a hiány 1996–2002-es időszakban történő felhalmozódását, és az önkormányzatok általi kifizetések késedelmét. Emellett egyértelmű, hogy az 1996–2014-es időszakban bármely időpontban az érintett önkormányzatok az IRIS-H jelentős összegű kifizetetlen hiány-ellentételezéssel tartoztak. Az öt IRIS-H kifizetetlen egyenlege 2014 végéig összesítve meghaladja a 15 millió EUR-t. Ebben az összefüggésben érdemes kiemelni, hogy amikor az IRIS-H nyereséget termel, a nyereséget felhalmozza és korábbi vagy jövőbeli hiány fedezésére használja, ami csökkenti az önkormányzati beavatkozást. Végezetül az is egyértelmű ezekből a táblázatokból, hogy – amint a belga hatóságok állítják (lásd a (89) preambulumbekendést) és a panaszos állításával szemben – nem létezik előlegkifizetési mechanizmus (lásd az (55) preambulumbekendést). Valójában az önkormányzati kifizetésekre a hiány keletkezése és az IRIS-H belső szabályzata 46. cikke szerinti kötelezettség hatálybalépése után jelentős késedelemmel kerül sor. Ezért az általános gazdasági érdekű szolgáltatások és kiegészítő tevékenységek ellátása tekintetében a hiány-ellentételezés kifizetésének ideje nem tekinthető úgy, hogy az IRIS-H-nak előnyt biztosít.

3. táblázat

A hiány kifizetésének időpontja és a nyitóegyenleg a CHU Saint-Pierre esetében

(EUR-ban)

CHU Saint-Pierre	Könyvelési hiány	Önkormányzati kifizetés	Nyitóegyenleg
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⁾ Például a 3. táblázat szemlélteti, hogy miközben CHU Saint-Pierre-nél 1996 óta minden évben hiány keletkezett, az első önkormányzati hiány-ellentételezési kifizetésekre (3 368 351 EUR összegben) csak 2002-ben került sor. Ami a táblázatból nem állapítható meg, az, hogy a 2002-es kifizetéssel 1996 óta melyik év veszteségének ellentételezése történt meg. Azonban a Bizottságnak a belga hatóságok által nyújtott részletes információk azt mutatják, hogy a kifizetéseket ténylegesen az 1996 évben keletkezett hiány egy részének fedezésére adták.

(EUR-ban)

CHU Saint-Pierre	Könyvelési hiány	Önkormányzati kifizetés	Nyitóegyenleg
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
Összesen	- 38 423 575	34 855 148	- 3 568 427

4. táblázat

A hiány kifizetésének időpontja és a nyitóegyenleg a CHU Brugmann esetében ⁽¹⁾

(EUR-ban)

CHU Brugmann	Könyvelési hiány	Önkormányzati kifizetés	Nyitóegyenleg
1996	Nem alkalmazandó	Nem alkalmazandó	Nem alkalmazandó
1997	Nem alkalmazandó	Nem alkalmazandó	Nem alkalmazandó
1998	Nem alkalmazandó	Nem alkalmazandó	Nem alkalmazandó
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
Összesen	- 72 568 385	71 633 373	- 935 012

⁽¹⁾ Lásd a (236) preambulumbekendést annak magyarázatáért, hogy miért hiányoznak az 1996., 1997. és 1998. évre vonatkozó számadatok.

5. táblázat

A hiány kifizetésének időpontja és a nyitóegyenleg a HUDERF esetében

(EUR-ban)

HUDERF	Könyvelési hiány	Önkormányzati kifizetés	Nyitóegyenleg
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
Összesen	- 23 038 788	22 324 124	- 714 664

6. táblázat

A hiány kifizetésének időpontja és a nyitóegyenleg az Institut Bordet esetében

(EUR-ban)

Institut Bordet	Könyvelési hiány	Önkormányzati kifizetés	Nyitóegyenleg
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-ban)

Institut Bordet	Könyvelési hiány	Önkormányzati kifizetés	Nyitóegyenleg
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
Összesen	- 24 277 858	23 007 626	- 1 270 232

7. táblázat

A hiány kifizetésének időpontja és a nyitóegyenleg az ISH esetében ⁽¹⁾

(EUR-ban)

ISH	Könyvelési hiány	Önkormányzati kifizetés	Nyitóegyenleg
1996	Nem alkalmazandó	Nem alkalmazandó	Nem alkalmazandó
1997	Nem alkalmazandó	Nem alkalmazandó	Nem alkalmazandó
1998	Nem alkalmazandó	Nem alkalmazandó	Nem alkalmazandó
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-ban)

ISH	Könyvelési hiány	Önkormányzati kifizetés	Nyitőegyenleg
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
Összesen	- 89 312 036	80 043 767	- 9 268 269

(¹) Lásd a (236) preambulumbekendést annak magyarázatáért, hogy miért hiányoznak az 1996., 1997. és 1998. évre vonatkozó számadatok.

- (235) A gyakorlatban az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke szerinti hiány-ellentételezés elsőbbséget élvez az LCH 109. cikke szerinti hiány-ellentételezéssel szemben. Ténylegesen, miután a közegészségért felelős szövetségi miniszter meghatározta az LCH 109. cikke szerinti hiányt (lásd a (47) preambulumbekendést), egy levelet küld az önkormányzatnak és bankját utasítja az összeg érintett kórháznak történő azonnali kifizetésére, figyelembe véve az önkormányzat által az adott IRIS-H-nak belső szabályzatának 46. cikke alapján teljesített hiány-ellentételezési kifizetéseket. Ezen túlmenően az önkormányzatok és az IRIS-H megállapodnak, hogy az utóbbi haladéktalanul visszafizeti a részére az LCH 109. cikke alapján fizetett összegeket az önkormányzatoknak, ugyanazon hiány kettős fedezetét megelőzendő. Ebben a tekintetben a Bizottság kapott egy levelet és egy táblázatot a BELFIUS önkormányzati banktól, amely megerősítette, hogy minden egyes évre és mind az öt IRIS-H esetében ezek a visszafizetések haladéktalanul megtörténtek, és ennél fogva a kétszeres hiányfedezés kizárható. Az alábbi 8. táblázat az önkormányzatok által az IRIS-H részére kifizetett és haladéktalanul visszafizetett (amellyel ezek az ügyletek semlegesítették egymást), valamennyi LCH 109. cikke szerinti hiány-ellentételezési összeg teljes áttekintését tartalmazza. Ennek következtében az IRIS-H-nak nem származott előnye ezekből az LCH 109. cikke szerinti kifizetésekből, és ennél fogva ebben a határozatban a további értékelés szempontjából csak az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke szerinti hiány-ellentételezés bír jelentőséggel. A 8. táblázat csak a 2006-os számviteli évig tartalmazza a kifizetéseket, mivel ez az utolsó év, amelyre az LCH 109. cikke szerinti hiányt a Szövetségi Közegészségügyi Közszolgálat meghatározta. Ez szemlélteti azt a jelentős késedelmet, amely a gyakorlatban fennáll az LCH 109. cikke szerinti mechanizmusban a hiány-ellentételezésnek kifizetése terén, és azt is megmagyarázza, hogy az IRIS-H nem arra támaszkodik (és ennél fogva azt kézhezvétel után haladéktalanul visszafizeti). Valójában az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke alapján történő ellentételezés egy gyorsabb mechanizmus (különösen a külön támogatások önkormányzatok számára történő bevezetése óta, lásd a (232) preambulumbekendést), mint az LCH 109. cikke szerinti. Emellett az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke szerinti hiányfedezés túlmutat a hiány LCH 109. cikke szerinti részleges fedezésén (lásd a (47)-(48) preambulumbekendést), mivel az IRIS-H-nál keletkezett teljes számviteli hiányt ellentételezi. Ezen okok miatt ez a határozat az értékeléskor csak a 46. cikk szerinti hiány-ellentételezési rendszerre összpontosít, és nem végez további értékelést az LCH 109. cikke szerinti hiány-ellentételezési rendszer vonatkozásában, eltérően az 2009. évi megsemmisített bizottsági határozattól, amely értékelte az LCH 109. cikke szerinti mechanizmust.

8. táblázat

Az LCH 109. cikke szerinti, kifizetett és haladéktalanul visszafizetett hiány⁽¹⁾ összegeinek teljes áttekintése (2015. november 9-i állapot)

(EUR-ban)

	CHU St. Pierre	CHU Brugmann	ISH	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⁾ Ezek a ténylegesen kifizetett és visszafizetett összegek, az önkormányzat által már teljesített hiány-ellentételezési kifizetések figyelembevétele után.

- (236) A Bizottság értékelte azt is, hogy az 1996–2014-es időszak ⁽²⁷³⁾ során az IRIS-H ténylegesen túlkompenzációban részesült-e. Az 1999. július 1-jén történt egyesülések (lásd még a (28) preambulumbekendést) és az azóta eltelt hosszú idő miatt a túlkompenzáció elemzése a CHU Brugmann esetében nem terjedhet ki az 1996–1998-as évekre, mivel a vonatkozó nyilvántartások nem voltak visszakereshetőek. Ugyanezen okok miatt ez az elemzés az 1996–1998-as évekre az ISH-ra csak összesítve végezhető el. Ebben az összefüggésben ki kell emelni, hogy a belga hatóságok csak a rendelkezésre álló számadatok erejéig adták meg az IRIS-H-ra vonatkozó összes releváns számviteli információt és az önkormányzati hiánykifizetéseket. Valójában az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2005. évi határozat 2005. decemberi 19-i hatálybalépéséig a tagállamoknak csak öt évig kellett az információkat a Bizottság számára elérhetővé tenniük ⁽²⁷⁴⁾ (szemben az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokra vonatkozó határozatok szerinti 10 évvel ⁽²⁷⁵⁾). Azon tény ellenére, hogy a Bizottság az első tájékoztatási kérelmet csak 2006. március 22-én küldte ki, a belga hatóságoknak mégis sikerült megadniuk az információkat 1996-tól kezdődően a CHU St. Pierre, a HUDERF és az Institut Bordet esetében, 1999-től kezdődően az ISH (1996–1998-ra összesített számadatokat) és a CHU Brugmann esetében.
- (237) A Bizottság megvizsgálta, hogy az önkormányzati hiány-ellentételezési kifizetések (az FRBRTC-finanszírozás, Brüsszel főváros régiójának külön támogatásai, és saját forrásai felhasználásával) egy adott év vonatkozásában meghaladták-e az adott év számviteli hiányát. Ebben az összefüggésben a Bizottság emlékeztet arra, hogy az IRIS-H csak az általános gazdasági érdekű szolgáltatások és egyes korlátozott kiegészítő tevékenységek végzése során keletkezett hiányért kap ellentételezést. Az alábbi 9–13. táblázat tünteti fel a vonatkozó számadatokat minden egyes IRIS-H-ra. Fontos azonban szem előtt tartani azt, hogy ezek a táblázatok nem jelzik, hogy az

⁽²⁷³⁾ 2014 az a legutolsó számviteli év, amelyre számadatok rendelkezésre álltak.

⁽²⁷⁴⁾ Lásd a tagállamok és közvállalkozások közötti pénzügyi kapcsolatok átláthatóságáról szóló, 1980. június 25-i 80/723/EGK bizottsági irányelv 5. cikkét (HL L 195., 1980.7.29., 35. o.).

⁽²⁷⁵⁾ Lásd ezzel összefüggésben az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2005. évi határozat 7. cikkét és az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 8. cikkét.

önkormányzat mely időpontban ellentételezte a hiányt (annak egy részét). Valójában a fenti 3–7. táblázat (lásd a (234) preambulumbekendést) mutatja, hogy az önkormányzatok melyik években teljesítettek hiány-ellentételezési kifizetéseket az IRIS-H-nak. A 9–13. táblázat ezzel szemben azt mutatja, hogy az önkormányzatok mennyit fizettek (rendszerint több részletben) az IRIS-H-nak egy adott év hiányának ellentételezésére, figyelmen kívül hagyva, hogy ezekre a kifizetésekre ténylegesen mikor került sor. Noha a 9–13. táblázat azért készült, hogy értékelni lehessen azt, hogy történt-e túlkompensáció elkülönítve az adott évre, a gyakorlatban egyik IRIS-H sem kapott tényleges túlkompensációt, ahogy az lentebb kifejtésre kerül (lásd a (238) preambulumbekendést).

(238) Amint azt a következő táblázatok szemléltetik, a számviteli hiány és az adott évre fizetett ellentételezés csak akkor tár fel⁽²⁷⁶⁾ technikai túlkompensációt, amikor az adott évet elkülönítve vizsgáljuk. Azonban a (234) preambulumbekendésben a 3–7. táblázat egyértelművé teszi, hogy a gyakorlatban egyik IRIS-H sem kapott tényleges túlkompensációt, mivel az önkormányzatok a vizsgált időszakban (1996–2014) mindvégig nagy összegű kifizetetlen hiány-ellentételezéssel tartoztak az IRIS-H-nak. A technikai túlkompensációkat az a tény indokolhatta, hogy egy adott évben az önkormányzat nem csak azon év számviteli hiányát kívánta fedezni, hanem le kívánta dolgozni a korábbi évek hiánya fedezésében mutatkozó hátralékát. Még ha ez a szándék nem is bizonyítható, továbbra is tény az, hogy minden évben, amikor az IRIS-H olyan kifizetéseket kapott, amelyek az adott év elszigetelt vizsgálata esetén technikailag az adott évben végzett általános gazdasági érdekű szolgáltatások és korlátozott kiegészítő tevékenységek túlkompensációjának minősülnek, a fogadó IRIS-H összesítésben ténylegesen alulkompensált volt a korábbi években és a tárgyévben végzett ugyanazon általános gazdasági érdekű szolgáltatások és korlátozott kiegészítő tevékenységek vonatkozásában.⁽²⁷⁷⁾

(239) A CHU Saint-Pierre esetében az alábbi 9. táblázatban megfigyelhető, hogy ha minden évet külön vizsgálunk, korlátozott technikai túlkompensáció volt az 1996., 1997., és 2012. évben. Ezek a túlkompensált összegek minden évben az adott évre odaítélt ellentételezés 1,5 %-ánál kevesebbet tettek ki, és ennek következtében azokat át lehetett volna vinni a következő évre, az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló határozatnak megfelelően⁽²⁷⁸⁾. Ahogy fentebb igazolást nyert (lásd a 3. táblázatot a (234) preambulumbekendésben), a gyakorlatban a CHU Saint-Pierre összesítve az 1996–2014-es időszakban mindvégig alulkompensált volt, és az önkormányzat mindvégig tartozott a CHU Saint-Pierre-nek. A CHU Saint-Pierre alulkompensációja a teljes 1996–2014-es időszakban 3 666 541 EUR összeget tett ki. Az érintett önkormányzatoknak az IRIS-H belső szabályzatának 46. cikke szerinti kötelezettségüknek megfelelően a jövőben ellentételezniük kell ezt a fennmaradó számviteli hiányt⁽²⁷⁹⁾.

⁽²⁷⁶⁾ Különösen, az öt IRIS-H vonatkozásában értékelt 89 év közül csak 4-ben haladta meg az adott évre külön vonatkozó technikai túlkompensáció az éves ellentételezés összegének 10 %-át.

⁽²⁷⁷⁾ Ezen túlmenően szem előtt kell tartani azt is, hogy a hiány-ellentételezési összegek az IRIS-H által a végzett általános gazdasági érdekű szolgáltatásokra tekintettel kapott összes állami finanszírozásnak csak kis részét képezték. A 2007–2011-es időszakban a szövetségi kormány részéről az átlagos éves BMF-kifizetések mintegy 323 millió EUR-t tettek ki az összes IRIS-H-ra együttesen. Ugyanebben az időszakban az IRIS-H beszámolóit összesítve évi 13,4 millió EUR átlagos számviteli hiány mutattak, miközben az önkormányzatok átlagban évi 16,4 millió EUR-t fizettek hiány-ellentételezésként (amely a korábbi évek hiányát is fedezte). A hiány-ellentételezés ennélfogva az IRIS-H szövetségi BMF-finanszírozásának csak mintegy 5 %-át tette ki. Ezért ha a BMF-en keresztül történő és jelentős összegű állami finanszírozást figyelembe vettük volna annak kiszámításakor, hogy a túlkompensáció túllépte-e az adott évre kifizetett ellentételezés 10 %-át (és ennélfogva azt, hogy az a következő évre átvihető-e az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 6. cikkének (2) bekezdésében megengedett módon), a túlkompensáció százalékos mértéke valószínűleg sokkal alacsonyabb lett volna. Ennek a következtetésnek az alapját a BMF-kifizetések hiányhoz viszonyított nagysága és az a tény képezi, hogy a BMF-en keresztül történő túlkompensáció kockázata minimális. Különösen amiatt, mert a BMF-et főként a korábbi évek valós kórházi költségein alapuló átalányfinanszírozásként hajtották végre (túlkompensáció nélkül). Emellett a Szövetségi Közegészségügyi Közszolgálat részletes utóellenőrzéseket végez az egyes kórházaknál felmerült tényleges költségek vonatkozásában, és átszámítja azt a BMF-összeget, amelyre jogosultak. Végezetül meg kell jegyezni, hogy az IRIS-H-nál keletkezett számviteli hiány és az önkormányzatok által fizetett ellentételezés összevetésekor észszerű nyereség nem került figyelembevételre.

⁽²⁷⁸⁾ Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 6. cikkének (2) bekezdése így szól: „Amennyiben a túlkompensáció összege nem haladja meg az átlagos éves ellentételezés összegének 10 %-át, a túlkompensáció átvihető a következő időszakra, és levonható az arra az időszakra fizetendő ellentételezés összegéből.” Figyelemmel a tényleges túlkompensáció hiányára (azaz mivel a kórház összesítve az 1996–2014-es időszakban mindvégig alulkompensált volt), ezt az átvitelt a gyakorlatban soha nem kellett végrehajtani. Ez a megjegyzés valamennyi IRIS-H-ra érvényes (lásd még a (240)–(243) preambulumbekendést).

⁽²⁷⁹⁾ Ehelyett, ha a CHU Saint-Pierre az elkövetkező években nyereséges lenne, a nyereséget rendszerint visszatartaná és a múltbeli veszteségek fedezésére használná fel. Ilyen esetben az önkormányzatoknak nem vagy csak részlegesen kellene a fennmaradó számviteli hiányt ellentételezniük. Ez a forgatókönyv azonban elméleti, mivel a CHU Saint-Pierre a teljes 1996–2014-es időszakban csak egy évben számolt be kisebb nyereségről (2006-ban).

9. táblázat

Számviteli hiány és a CHU Saint-Pierre-nek odaítélt kompenzáció

(EUR-ban)

CHU St. Pierre	Könyvelési hiány	Az FRBRTC-n keresztül vagy régiós külön támogatásból finanszírozott ⁽¹⁾	Önkormányzati többlet-hozzájárulás	Teljes odaítélt ellentételezés	Túlkompenzáció (+) vagy alulkompenzáció (-) az évre	Összesített túlkompenzáció (+) vagy alulkompenzáció (-)
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) Amint az a (104) preambulumbekkezdésben kifejtésre került, az FRBRTC és a Brüsszel főváros régiója által az önkormányzatoknak adott külön támogatások államon belüli olyan finanszírozás intézkedések, amelyek az önkormányzati hiány-ellentételezési rendszer finanszírozási forrását képezik. Ezek az összegek külön oszlopban szerepelnek annak szemléltetésére, hogy az önkormányzatok ezeket a regionális finanszírozásokat teljes egészében a hiány-ellentételezési kifizetésekre használják fel. Ez a bemutatás nem értékelhető annak jeleként, hogy az FRBRTC vagy Brüsszel főváros régiója bármely összeget átutalt volna az IRIS-H-nak. Ezek a transzferek az önkormányzatoknak szóltak, amelyek viszont ezeket a pénzeszközöket az IRIS-H felé fennálló hiány-ellentételezési kötelezettségük finanszírozására használták fel.

(240) Amint fentebb kifejtésre került (lásd a (236) preambulumbekendést), az ISH esetében a túlkompensációs vizsgálat nem volt egyedileg elvégezhető az 1996–1998-as évekre, a vonatkozó számadatok hiánya miatt. Ennek ellenére a belga hatóságok vissza tudták keresni az erre az időszakra (amikor az ISH még négy független kórház volt) vonatkozó összesített összegeket. E három év során némelyik ISH veszteséges volt, összesen 2 622 714 EUR összegben, míg a többi ISH összesen 703 624 EUR nyereségről számolt be. A veszteségek fedezése teljes egészében az önkormányzatnak adott FRBRTC-finanszírozás felhasználásával történt. A nyereséget átvitték a következő évre, ami megmagyarázza, hogy az 1999-ben keletkezett hiány ellentételezése miatt csak az adott hiány egy része. A hiány fennmaradó részét az 1996–1998-os időszak visszatartott nyeresége fedezte. A 10. táblázat azt is mutatja, hogy a 2000., 2010., 2011., 2013. és 2014. évben előfordult igen csekély technikai túlkompensációtól (ez egy esetben sem haladja meg az érintett évekre odaítélt ellentételezés 0,12 %-át) eltekintve az ISH minden egyes évben alulkompensált volt. Az 1999–2014-es időszakban az összesített alulkompensáció több mint 9 millió EUR-t tett ki.

10. táblázat

Számviteli hiány és az ISH-nak odaítélt ellentételezés

(EUR-ban)

ISH	Könyvelési hiány	Az FRBRTC-n keresztül vagy régiós külön támogatásból finanszírozott	Önkormányzati többlet-hozzájárulás	Teljes odaítélt ellentételezés	Túlkompensáció (+) vagy alulkompensáció (-) az évre	Összesített túlkompensáció (+) vagy alulkompensáció (-)
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	

(*) Az 1996–1998-as időszakból visszatartott 703 624 EUR nyereség hozzáadása után.

- (241) A HUDERF esetében az alábbi 11. táblázat az 1998., 2002. és 2007. évben igen csekély technikai túlkompensációt mutat (ez egy esetben sem haladja meg az érintett évekre odaítélt ellentételezés 0,15 %-át). 2013-ban jelentősebb technikai túlkompensáció történt (az adott évre odaítélt ellentételezés csaknem 17 %-a). Azonban, a 2010. és 2011. évi jelentős alulkompensációval együtt a HUDERF 2013-ban összesítve továbbra is jelentősen alulkompensált volt az addig elvégzett általános gazdasági érdekű szolgáltatások és korlátozott kiegészítő tevékenységek vonatkozásában. A teljes 1996–2014-es időszakra az összes tényleges alulkompensáció több mint 700 000 EUR-t tett ki. Ezen túlmenően – ahogyan az fent bizonyítást nyert (lásd az 5. táblázatot a (234) preambulumbekkezdésben), a gyakorlatban a HUDERF egy időpontban sem volt olyan helyzetben, amikor ténylegesen túlkompensációban részesült volna és vissza kellett volna fizetnie a hiány-ellentételezést (egy részét). Ténylegesen a HUDERF összesítve mindig alulkompensált volt és az 1996–2014-es időszakban az önkormányzat mindvégig tartozott neki.

11. táblázat

Számviteli hiány és a HUDERF-nak odaítélt kompenzáció

(EUR-ban)

HUDERF	Könyvelési hiány	Az FRBRTC-n keresztül vagy régiós külön támogatásból finanszírozott	Önkormányzati többlet-hozzájárulás	Teljes odaítélt ellentételezés	Túlkompensáció (+) vagy alulkompensáció (-) az évre	Összesített túlkompensáció (+) vagy alulkompensáció (-)
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) Az Institut Bordet esetében a számviteli eredmény 1996 és 2001. között pozitív volt és ennél fogva ezekre az évekre önkormányzati beavatkozás nem történt. Azonban 2002-től kezdődően a számviteli eredmény negatív lett és ennél fogva kifizetések történtek a hiány ellentételezésére. Az alábbi 12. táblázat 2005. és 2011. évben csekély technikai túlkompenzációt mutat (ez nem haladja meg az érintett évekre odaítélt ellentételezés 4, illetve 0,15 %-át). 2009-ben látszik a legjelentősebb technikai túlkompenzáció, mintegy 580 000 EUR összegben (amely az adott évre odaítélt ellentételezés csaknem 46 %-át teszi ki). Azonban 2008. évben körülbelül 533 000 EUR alulkompenzáció történt (ez összesítetten csaknem 505 000 EUR). Együttesen véve emiatt az összesített technikai túlkompenzáció csak 73 702 EUR (a 2009-re odaítélt ellentételezés kevesebb mint 6 %-a), amely 2010-re átvihető volt⁽²⁸⁰⁾ (miközben 2010-re mindezidáig ellentételezést nem adtak). Emellett az Institut Bordet az értékelés tárgyát képező minden évben várta a keletkezett hiány ellentételezését (lásd a 6. táblázatot a (234) preambulumbekzdésben). 2009-ben az önkormányzat körülbelül 3 millió EUR-val tartozott az Institut Bordetnek. A teljes 1996–2014-es időszakra az összes tényleges alulkompenzáció több mint 2,4 millió EUR-t tett ki. A (234) preambulumbekzdésben kifejtettek szerint az 1996–2001. évi nyereség alacsonyabb az önkormányzatok nyitóegyenlegénél, mivel a beavatkozás előtt ezeket a nyereségeket levonják.

12. táblázat

Számviteli hiány és a Institut Bordet-nak odaítélt ellentételezés

(EUR-ban)

Institut Bordet	Könyvelési hiány	Az FRBRTC-n keresztül vagy régiós külön támogatásból finanszírozott	Önkormányzati többlet-hozzájárulás	Teljes odaítélt ellentételezés	Túlkompenzáció (+) vagy alulkompenzáció (-) az évre	Összesített túlkompenzáció (+) vagy alulkompenzáció (-)
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⁾ Lásd e tekintetben az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2005. évi határozat 6. cikkét és az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 6. cikkének (2) bekezdését.

(EUR-ban)

Institut Bortet	Könyvelési hiány	Az FRBRTC-n keresztül vagy régiós külön támogatásból finanszírozott	Önkormányzati többlet-hozzájárulás	Teljes odaítélt ellentételezés	Túlkompenzáció (+) vagy alulkompenzáció (-) az évre	Összesített túlkompenzáció (+) vagy alulkompenzáció (-)
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) Amint fentebb kifejtésre került (lásd a (236) preambulumbekendést), a CHU Brugmann esetében a túlkompensációs vizsgálat nem volt egyedileg elvégezhető az 1996–1998-as évekre, a vonatkozó számadatok hiánya miatt. Az alábbi 13. táblázat a 2000., 2003., 2004., 2008. és 2011. évben csekély technikai túlkompensációt mutat (ez egy esetben sem haladja meg az érintett évekre odaítélt ellentételezés 7 %-át). Két évben, nevezetesen 1999-ben és 2012-ben, a technikai túlkompensáció az adott évre odaítélt ellentételezés több mint 10 %-át tette ki (15,3 % és 12,9 %). Azonban 2012-ben a 2009-re és 2010-re vonatkozó jelentős alulkompensációval együtt ténylegesen összesítetten (azaz 558 858 EUR összegben) alulkompensáció állt fenn. Az 1999-es évet illetően nem voltak az előző évekből rendelkezésre álló olyan számadatok, amelyeket figyelembe lehetett volna venni a CHU Brugmann 1999-es összesített ellentételezési helyzetének értékelésére. Azonban fontos megjegyezni, hogy az első önkormányzati kifizetések (az FRBRTC-finanszírozás alapján) csak 2003-ban indultak el, és a (234) preambulumbekendésben a 4. táblázat igazolja, hogy a CHU Brugmann egy időpontban sem volt olyan helyzetben, hogy tényleges túlkompensációban részesült volna és vissza kellett volna az önkormányzatnak fizetnie a hiány-ellentételezést (annak egy részét). Valójában a CHU Brugmann az 1996–2014-es időszakban összesített alapon mindvégig alulkompensált volt, és az önkormányzat mindvégig tartozott a CHU Brugmann-nak a múltbeli hiány fedezésére járó összegekkel. Az említett idősakra összesítve a tényleges alulkompensáció mintegy 935 000 EUR-t tett ki.

13. táblázat

Számviteli hiány és a CHU Brugmann-nak odaítélt kompenzáció

(EUR-ban)

CHU Brugmann	Könyvelési hiány	Az FRBRTC-n keresztül vagy régiós külön támogatásból finanszírozott	Önkormányzati többlethozzájárulás	Teljes odaítélt ellentételezés	Túlkompenzáció (+) vagy alulkompenzáció (-) az évre	Összesített túlkompenzáció (+) vagy alulkompenzáció (-)
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-ban)

CHU Brugmann	Könyvelési hiány	Az FRBRTC-n keresztül vagy régións külön támogatásból finanszírozott	Önkormányzati többlethozzájárulás	Teljes odaítélt ellentételezés	Túlkompenzáció (+) vagy alul- kompenzáció (-) az évre	Összesített túlkompenzáció (+) vagy alul- kompenzáció (-)
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) Végezetül, az IRIS-H kórházak némelyike által (azaz a CHU Saint-Pierre 2006-ban, a HUDERF 1999-ben és az Institut Bordet 1996 és 2001 között) jelentett mérsékelt nyereség nem tekinthető a túlkompenzáció jelének. Valójában az ezekben az IRIS-H kórházakban a számlák fennálló elkülönítése alapján (lásd a (226) preambulumbekendést) a Bizottság megállapítja, hogy ezek a nyereségek egy eset kivételével az ezen IRIS-H kórházak által végzett kiegészítő tevékenységek nyereségének tudhatóak be (lásd a (41), (116) és (117) preambulumbekendést). Az Institut Bordet általános gazdasági érdekű szolgáltatási tevékenységei 1996-ban voltak mérsékelt nyereségesek, a nyereség a kórház adott évi teljes árbevételének mintegy 1 %-a volt. A Bizottság megítélése szerint egy ilyen mérsékelt nyereség minden esetben észszerű lenne, és emiatt nem okoz túlkompenzációt. Emellett a fentebb kifejtettek szerint (lásd a (234) preambulumbekendést) minden nyereség (függetlenül attól, hogy az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokból vagy kiegészítő tevékenységekből ered) visszatartásra kerül és azt a jövőbeli (vagy kifizetetlen múltbeli) hiány fedezésére, és ennélfogva az önkormányzati hozzájárulás csökkentésére használják fel.
- (245) A fentiek alapján a Bizottság megállapítja, hogy a hiány-ellentételezés kifizetésének késedelme miatt azon tény következtében, hogy az 1996–2014-es időszakban az érintett önkormányzatok mindvégig jelentős összegű meg nem fizetett hiány-ellentételezéssel tartoztak minden IRIS-H-nak, valamint azon tény miatt, hogy minden IRIS-H összesítetten alulkompenzált volt, a gyakorlatban az IRIS-H esetében túlkompenzáció nem történt.

7.3.6. A túlkompenzáció ellenőrzése

- (246) Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozatban rögzített harmadik fő összegegyeztetettség feltétel előírja a tagállamoknak az annak biztosítását szolgáló lépések megtételét, hogy az általános gazdasági érdekű szolgáltatások nyújtásával megbízott vállalkozás ne részesüljön túlkompenzációban, és kötelezi a tagállamokat rendszeres ellenőrzések elvégzésére vagy annak biztosítására, hogy ilyen ellenőrzésekre legalább háromévente sor kerüljön. ⁽²⁸¹⁾ Emellett, ha tényleges túlkompenzáció történt, a tagállam köteles az érintett vállalkozást annak visszafizetésére kötelezni. ⁽²⁸²⁾

⁽²⁸¹⁾ Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 6. cikkének (1) bekezdése.

⁽²⁸²⁾ Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 6. cikkének (2) bekezdése.

- (247) Először és mindenekelőtt meg kell jegyezni, hogy az ebben a határozatban tárgyalt hiányfedezés vonatkozásában már maga az ellentételezési rendszer jellege erősen mérsékli a túlkompensáció esélyét, és emiatt az a túlkompensáció megelőzését támogató intézkedés. Valójában az önkormányzatok nem fedezhetnek többet, mint az IRIS-H-nál az általános gazdasági érdekű szolgáltatások nyújtása és a korlátozott kiegészítő tevékenységek végzése miatt keletkezett tényleges hiány. Az ellentételezés ennélfogva csak ezen általános gazdasági érdekű szolgáltatások és kiegészítő tevékenységek nyújtása során felmerült maradvány nettó költségeket fedezi (lásd a (226) preambulumbekendést), és még csak észszerű nyereséget sem tartalmaznak. Minden kifizetés utólagos, azaz a hiány keletkezése utáni (lásd ezzel összefüggésben a (234) preambulumbekendés táblázatait). A kifizetésekre részletekben kerül sor (amint azt a (234) preambulumbekendés táblázatai is szemléltetik), ami biztosítja, hogy az önkormányzatok a kifizetéseket visszatarthassák, ha fennállna a túlkompensáció kockázatának bármiféle jele. Az önkormányzatok az IRIS-H-nak történő kifizetés előtt ellenőrzik a kifizetetlen hiány összesített összegét is. Amint fentebb kifejtésre került (lásd a (235) preambulumbekendést), az önkormányzatok és az IRIS-H megállapodott abban, hogy ez utóbbi haladéktalanul visszafizeti az LCH 109. cikke szerinti hiány ellentételezését, ezzel megelőzve ugyanazon hiány kétszeres fedezését. Ennélfogva a technikai túlkompensáció tekintetében csak korlátozott és elméleti maradványkockázat áll fenn akkor, ha az ellentételezést évente külön-külön elemezzük (lásd a (237)–(238) preambulumbekendést). Azonban a gyakorlatban összesített alapon egyik IRIS-H sem kapott tényleges túlkompensációt, mivel az 1996–2014-es időszakban az önkormányzatok mindvégig nagy összegű kifizetetlen hiány-ellentételezési összegekkel tartoztak az IRIS-H-nak (ahogy azt a (234) preambulumbekendés táblázatai megerősítik).
- (248) Másodszor, az egyes támogatások odaítéléséről és felhasználásának ellenőrzéséről szóló, 1983. november 14-i törvény ⁽²⁸³⁾ a különösen a helyi hatóságok által odaítélt támogatások ellenőrzésére vonatkozó szabályokat állapít meg. Ebben ugyanazok a szabályok szerepelnek, mint a költségvetésre, elszámolásokra és ellenőrzésekre vonatkozó rendelkezésekről szóló, 2006. február 23-i sarkalatos brüsszeli *Ordonnance*-ban ⁽²⁸⁴⁾, amely beépíti Brüsszel főváros régiója vonatkozásában a költségvetésre, a települések és régiók támogatásainak és elszámolásainak ellenőrzésére, és a belga Számvevőszék általi auditszabályokra vonatkozó általános rendelkezés megállapításáról szóló, 2003. május 16-i törvényben ⁽²⁸⁵⁾ meghatározott általános szabályokat. Az 1983. augusztus 1-i törvény 1. cikke kimondja:

„Ez a törvény vonatkozik az alábbiak által nyújtott minden támogatásra:

- 1.^o tartományok, önkormányzatok, jogi személy tartományi vagy önkormányzati érdekű létesítmények, agglomerációk, önkormányzati szövetségek, kulturális bizottságok, tartományi szervezetek és önkormányzati szervezetek;
- 2.^o az 1. pontban említettek által közvetlenül vagy közvetetten 1.^o támogatásban részesített jogi vagy természetes személyek.”

Ugyanezen törvény 2. cikke meghatározza annak igen általános hatályát is, kimondva az alábbiakat:

„Támogatás [...] minden hozzájárulás, előny vagy támogatás, függetlenül formájától vagy megnevezésétől, ideértve az általános érdekű tevékenységek előmozdítása érdekében odaítélt kamatmentes visszafizetendő pénzeszközök folyósítását [...]”

A fenti cikkekből egyértelmű, hogy a brüsszeli önkormányzatok által az IRIS-H-nak az általános gazdasági érdekű szolgáltatások és kiegészítő tevékenységek nyújtásáért odaítélt hiány-ellentételezés a törvény hatálya alá tartozik.

- (249) Az 1983. november 14-i törvény 3. cikke hozza létre azt az elvet, hogy a támogatás kizárólag arra a célra használható fel, amelyre azt adták, és a kedvezményezettnek képesnek kell lennie a felhasználás indoklására. A 4. és az 5. cikk további szabályokat állapít meg az említett támogatások nyújtására és a kedvezményezettre előírt átláthatósági kötelezettségekre. Ezután a 6. és a 7. cikk határozza meg a támogatás felhasználásának a támogatást nyújtó vagy megbízottja általi ellenőrzésének szabályait. A 6. cikk különösen az alábbiakat írja elő:

„Minden támogatást nyújtónak jogosultnak kell lennie az adott támogatás felhasználásának helyszíni ellenőrzésére.”

⁽²⁸³⁾ Az 1983. december 6-i Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 15009. o.

⁽²⁸⁴⁾ Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 2006. március 23., 16710. o.

⁽²⁸⁵⁾ Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 2003. június 25., 33692. o.

A 7. cikk rendelkezik a támogatás visszafizetéséről és visszafizettetéséről. A szóban forgó cikk így szól:

„A támogatásra vonatkozó vitarendezési rendelkezésektől függetlenül a kedvezményezett köteles a támogatást visszafizetni a következő körülmények fennállása esetén:

- 1.^o amennyiben a támogatást nem arra a célra használta fel, amelyre azt adták;
- 2.^o amennyiben nem ad arra a 4. és 5. cikkben említett indokot;
- 3.^o amennyiben megtagadja a 6. cikkben említett ellenőrzés megengedését.

Azonban az 1.^o és 2.^o pont szerinti esetben a kedvezményezett a támogatásnak csak a nem indokolt részét köteles visszafizetni.

A közvetlen adókivetési hatáskörrel rendelkező közjogi jogi személyek felhatalmazást kapnak a visszafizetendő támogatások visszafizettetésének elrendelésére. Az utasítást a visszafizettetésért felelős könyvelő adja ki. Azt azon közigazgatási hatóság által végrehajthatóvá kell tenni, amely jogosult az adott közjogi jogi személy rendelkezéseinek végrehajtására.”

(250) Ennélfogva az említett törvény lehetővé teszi az önkormányzatok számára annak biztosítását, hogy a támogatások nyújtása a szükséges feltételeknek megfeleljen, és ellenőrizhessék a felhasználást és visszafizetethessék a nem szükséges összegeket. Ezért a hiány-ellentételezés önkormányzatok általi kifizetésére igen szigorú szabályok vonatkoznak. Ezek – az érintett kórházak általi elfogadás révén – kiterjednek a független hatóság általi ellenőrzés jogára, ami biztosíthatja, hogy a támogatást ténylegesen arra a célra fordítsák, amelyre azt adták. Egyébként a kórház azt köteles haladéktalanul visszafizetni, ami garantálja az IRIS-H esetleges túlkompensációjának visszafizettetését.

(251) Ezt megerősíti a Loi CPAS, amelynek 60. cikke (6) bekezdése előírja a következőket:

„A beruházási vagy működési támogatásban részesíthető létesítmények és szolgáltatások létrehozása vagy fejlesztése tárgyában csak azt igazoló dokumentáció alapján hozható döntés, hogy a támogatás nyújtásáról szóló alkotmányos törvényben vagy rendelkezésben meghatározott feltételek teljesülnek.”

Ennélfogva, ha a CPAS közkórházat létesít, bizonyítania kell, hogy a finanszírozás odaítélésére vonatkozó szabályokat be fogják tartani.

(252) Hasonlóképpen, a Loi CPAS 135h. cikke szabályokat állapít meg a XII. fejezet szerinti helyi szervezet (ebben az esetben az IRIS-H) kórházközi szervezete (ez esetben az IRIS) negyedéves monitoringjára. Ez különösen azt jelenti, hogy az IRIS ellenőrzi, hogy az IRIS-H által hozott határozatok megfelelnek-e az alábbiaknak:

- „1.^o a kórházi tevékenység általános és konkrét stratégiai terve és a tervek szerint hozott határozatok;
- 2.^o a helyi szervezet által a kórházközi szervezet által meghatározott iránymutatások alapján elfogadott konkrét terv és pénzügyi terv, és e tervek minden módosítása és frissítése;
- 3.^o a helyi szervezet által a kórházközi szervezet által meghatározott iránymutatások alapján elfogadott éves költségvetés.

Nem megfelelés esetében a kórházközi szervezet megteszi az általa a nem megfelelés megszüntetésére megfelelőnek ítélt intézkedéseket, és értesíti a helyi szervezetet az általa meghatározott időn belüli végrehajtásról.

Ha az érintett helyi szervezet az intézkedéseket a megadott határidőre nem hajtja végre, a kórházközi szervezet haladéktalanul utasíthatja a 135i. cikkben említett könyvvizsgálót a mulasztó helyi szervezet leváltására.”

(253) A fenti rendelkezésekből nyilvánvaló, hogy a Loi CPAS és az 1983. november 14-i törvény egyaránt lehetővé teszi a brüsszeli önkormányzatok számára annak biztosítását, hogy az IRIS-H-nak fizetett támogatás felhasználása megfelelően történjen és ne eredményezzen túlkompensációt. E rendelkezések együttes alkalmazása teszi lehetővé a túlkompensáció ellenőrzését és előírja a túlkompensáció visszafizettetését. Emellett nem megfelelés esetében

a leváltási hatáskör harmadik személyre kerül átruházásra az IRIS-H-ra rótt kötelezettségek teljesítésének biztosítására, különösen a költségvetés tekintetében. Az önkormányzatok, a CPAS és az IRIS kórházközi szervezete messzire nyúló ellenőrzési hatáskörökkel rendelkezik még akkor is, ha az ebben a határozatban tárgyalt hiány-ellentételezési rendszerben túlkompenzáció veszélye jóformán egyáltalán nem áll fenn.

- (254) Ezen túlmenően, amennyiben a kórház üzemeltetési számlái hiányt mutatnak, az önkormányzati vezető(k) a Loi CPAS 111. cikkének (2) bekezdése és 126. cikke alapján felfüggesztheti(k) a végrehajtást „a CPAS minden olyan határozata esetében, amely az önkormányzati érdekekre és különösen az önkormányzat pénzügyi érdekeire káros.”
- (255) Végezetül érdemes kiemelni, hogy a szóban forgó támogatási intézkedést nyújtó hatóságok (azaz az önkormányzatok és a CPAS) a kedvezményezetteket közvetlenül ellenőrzik. Ezeknek a hatóságoknak különösen többségi szavazatuk van az IRIS-H Igazgatási Tanácsában, amely egyebek mellett kinevezi az adott kórház főigazgatóját. Abban a valószínűtlen esetben, ha valamely IRIS-H kórház elméletben megtagadná a túlkompenzáció visszafizetését, a hatóságok a helyzet orvoslására egyszerűen leválthatják a főigazgatót. Emellett – amint azt minden egyes IRIS-H belső szabályzata előírja – az Igazgatási Tanács évente legalább nyolc alkalommal ülésezik, ami lehetővé teszi a támogatást nyújtó hatóságoknak az IRIS-H pénzügyi helyzetének szoros figyelemmel kísérését (egyebek mellett a negyedéves jelentéseken keresztül, amelyek a belső szabályzat előírása alapján erre a témakörre is kiterjednek).
- (256) A fentiek alapján a Bizottság megállapítja, hogy megfelelő szabályok léteznek a túlkompenzáció megelőzésére, kimutatására és visszafizettetésére, miközben a tényleges túlkompenzáció veszélye a szóban forgó támogatási intézkedés jellege miatt igen csekély.

7.3.7. A megbízások időtartama

- (257) Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 2. cikkének (2) bekezdése előírja, hogy a határozat csak legfeljebb tízéves időtartamú megbízásokra vonatkozik, kivéve, ha az ennél hosszabb időtartam azzal indokolható, hogy a megbízott vállalkozásnak hosszabb időszakokra van szüksége a jelentős beruházás általánosan elfogadott számviteli elvek szerinti leírásához.
- (258) Az IRIS-H belső szabályzatának – amely az ebben az ügyben releváns önkormányzati szintű megbízási alapaktus – hatálya 30 évben került meghatározásra. A Bizottság megítélése szerint ezt a hosszú időtartamot indokolja az IRIS-H mint általános gazdasági érdekű szolgáltatások nyújtásával megbízott által végrehajtandó jelentős beruházás. Pontosabban, az IRIS-H legfontosabb eszközei épületei (eszközértékének több mint 60 %-át teszik ki), amelyek leírása az általánosan elfogadott számviteli elvek szerint 30 éves időtartam alatt történik. ⁽²⁸⁶⁾ Emellett korlátozott és még rövidebb időtartamra szólnak az IRIS stratégiai tervei, amelyek tovább részletezik azokat a további kötelezettségeket, amelyekre az IRIS-H megbízása szól. Az első stratégiai terv az 1996–2001 közötti hatéves időszakra szól. A második stratégiai terv eredetileg a 2002–2006-os időszakra szól, de később módosították és 2014-ig meghosszabbították. A 2015–2018-as időszakra szóló új stratégiai terv 2015. januárban került elfogadásra.
- (259) Emellett a 2014. április 10-i törvény ⁽²⁸⁷⁾ korlátozta az alapvető kórházi ellátási feladatra vonatkozó szövetségi megbízási aktus tartamát ⁽²⁸⁸⁾ az LCH hatályos változata 105. cikkének módosításával ⁽²⁸⁹⁾. A 105. cikk most előírja különösen, hogy az az időtartam, amelyre a BMF-t odaítélik, a tíz évet nem haladhatja meg, a BMF azon elemei kivételével, amelyek az olyan jelentős kórházi beruházások költségét fedezik, amelyek leírását az általánosan elfogadott számviteli elvek szerint hosszabb idő alatt kell elvégezni. Végezetül korlátozott idejű az az egyedi engedély is, amelyre a kórházaknak a BMF-finanszírozásra jogosultsághoz rendelkezniük kell (régitől függő, de általában öt év körüli, és egy esetben sem tíz évnél hosszabb).
- (260) A Bizottság ezért úgy ítéli meg, hogy az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 2. cikkének (2) bekezdése szerinti, a megbízási aktus időtartamának korlátozására és ezen időtartam indokolására vonatkozó követelmény teljesül.

⁽²⁸⁶⁾ Ezt a leírási időtartamot a 2007. június 19-i királyi rendelet írja elő, amely az összes belga kórházra vonatkozik (lásd még a (226) preambulumbekendést).

⁽²⁸⁷⁾ Lásd a 264. lábjegyzetet.

⁽²⁸⁸⁾ A (166) preambulumbekendésben kifejtettek szerint a Bizottság úgy ítéli meg, hogy a három további kötelezettségre vonatkozó megbízásra az alapvető kórházi ellátás feladata hiányában nem került volna sor. Ebben az összefüggésben a Bizottság helyénvalónak tartja az alapvető kórházi ellátás feladatára vonatkozó megbízás időtartamának értékelését.

⁽²⁸⁹⁾ Azaz a 2008. július 10-i koordinált kórházról törvény (Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 2008. november 7., 58624. o.).

7.3.8. Átláthatóság

- (261) Végezetül az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat előírja a tagállamok számára bizonyos információk közzétételét. Pontosabban, az olyan vállalkozásnak adott, 15 millió EUR feletti ellentételezés esetében, amelynek az általános gazdasági érdekű szolgáltatástól eltérő tevékenységei is vannak, az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 7. cikke előírja a tagállamok számára a megbízási aktusnak (vagy annak az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 4. cikkében felsorolt elemeket tartalmazó összefoglalásának) és évente a megbízott vállalkozásnak adott támogatás összegének interneten vagy más megfelelő módon történő közzétételét.
- (262) Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat szerinti átláthatósági követelmény „Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokon kívül eső tevékenységekkel is rendelkező vállalkozásnak nyújtott 15 millió EUR feletti összegű ellentételezés”-re vonatkozik. Amint az a 9–13. táblázatban megfigyelhető, az egyes IRIS-H kórházaknak adott önkormányzati hiány-ellentételezés egy évben sem érte el a 15 millió EUR-t. Ezért a Bizottság megítélése szerint az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat 7. cikke szerinti átláthatósági követelményt ebben az ügyben nem kell alkalmazni.

7.3.9. Összefoglaló következtetések a belső piaccal való összeegyeztethetőségről

- (263) A fentiek alapján a Bizottság megállapítja, hogy a brüsszeli IRIS közkórházak hiányának brüsszeli önkormányzatok általi, 1996-tól történő, e határozat tárgyát képező ellentételezése megfelel az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat követelményeinek, és ezért az EUMSZ 106. cikkének (2) bekezdése alapján a belső piaccal összeegyeztethető.
- (264) A fenti következtetésekből és a (148)–(152) preambulumbekkezdésben adott magyarázatból következik, hogy a Bizottságnak nem kell értékelnie, hogy a brüsszeli IRIS közkórházak hiányának a brüsszeli önkormányzatok általi ellentételezése a belső piaccal az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2005. évi határozat (a 2005. december 9. és 2012. január 31. között adott támogatás esetében) vagy az általános gazdasági érdekű szolgáltatások 2012. évi keretszabálya alapján is összeegyeztethető-e.

7.4. Záró megjegyzések

- (265) Amint fentebb kifejtésre került (lásd a (159) preambulumbekkezdést), a Törvényszék 2012. november 7-i megsemmisítő ítéletében hivatkozott az egyenlő bánásmód elvére. Ebben az összefüggésben a Bizottság emlékeztet arra, hogy a megkülönböztetésmentesség/egyenlő bánásmód elvét az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokról szóló 2012. évi határozat az összeegyeztethetőség kritériumaként nem említi. Ennek ellenére a Bizottság ebben az ügyben megállapítja, hogy az elv mindenképpen teljesül, mivel az állami IRIS-H és a brüsszeli magánkórházak jogilag és ténybelileg is eltérő helyzetben vannak azon tény miatt, hogy az állami IRIS-H általános gazdasági érdekű szolgáltatási feladata a magánkórházakénál tágabb terjedelmű, és ennél fogva annak ellátása is költségesebb (ahogy az fentebb kifejtésre került, lásd a 7.3.4.1. pontot). A Bizottság a teljesség kedvéért megjegyzi, hogy az IRIS-H-ra számos korlátozás vonatkozik és további költségei is vannak (lásd a (42)–(43) preambulumbekkezdést) a rábízott általános gazdasági érdekű szolgáltatások ellátása során.
- (266) Mivel az IRIS-H és a brüsszeli magánkórházak helyzete eltérő/nem összehasonlítható, az IRIS-H hiányának ellentételezése nem tekinthető az egyenlő bánásmód elvébe ütközőnek.

8. KÖVETKEZTETÉS

- (267) A Bizottság a fenti értékelés alapján úgy határozott, hogy az ebben az ügyben szóban forgó állami támogatás az EUMSZ 106. cikkének (2) bekezdése alapján a belső piaccal összeegyeztethető,

ELFOGADTA EZT A HATÁROZATOT:

1. cikk

A brüsszeli IRIS közkórházak hiányának ellentételezése formájában a brüsszeli önkormányzatok által 1996 óta nyújtott állami támogatás az Európai Unió működéséről szóló szerződés 106. cikkének (2) bekezdése alapján a belső piaccal összeegyeztethető.

2. cikk

Ennek a határozatnak a Belga Királyság a címzettje.

Kelt Brüsszelben, 2016. július 5-én.

a Bizottság részéről
Margrethe VESTAGER
a Bizottság tagja
