

V

(Ogłoszenia)

POSTĘPOWANIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ POLITYKI KONKURENCJI

KOMISJA EUROPEJSKA

POMOC PAŃSTWA – BELGIA

Pomoc państwa SA.19864 (2014/C) (ex NN54/2009)

Publiczne finansowanie brukselskich szpitali publicznych sieci IRIS

Zaproszenie do zgłaszania uwag zgodnie z art. 108 ust. 2 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

(2014/C 437/03)

Pismem z dnia 1 października 2014 r., zamieszczonym w autentycznej wersji językowej na stronach następujących po niniejszym streszczeniu, Komisja powiadomiła Królestwo Belgii o swojej decyzji w sprawie wszczęcia postępowania określonego w art. 108 ust. 2 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (dalej „TFUE”) dotyczącego wyżej wspomnianych środków finansowania publicznego.

Uwagi należy kierować do Dyrekcji Generalnej ds. Konkurencji Komisji Europejskiej na następujący adres lub numer faksu:

European Commission
Directorate-General for Competition
Directorate F
State Aid Greffe
MADO 12/063 -1049 Brussels
Belgia
Nr faksu: + 32 2 296 12 42
E-mail: stateaidgreffe@ec.europa.eu

Otrzymane uwagi zostaną przekazane Królestwu Belgii. Zainteresowane strony zgłaszające uwagi mogą wystąpić z odpowiednio uzasadnionym pisemnym wnioskiem o objęcie ich tożsamości klauzulą poufności.

PROCEDURA

W pismach z dnia 7 września i 17 października 2005 r. Komisja otrzymała skargę przeciwko państwu belgijskiemu w odniesieniu do domniemanego przyznania od 1995 r. pomocy niezgodnej z prawem i rynkiem wewnętrznym na rzecz pięciu szpitali publicznych należących do sieci IRIS w regionie stołecznym Brukseli (zwanym dalej „szpitalami IRIS”). Skargę złożyły dwa stowarzyszenia reprezentujące szpitale zarządzane przez osoby prawne podlegające prawu prywatnemu (tj. szpitale prywatne) oraz indywidualnie szereg członków tych stowarzyszeń.

W dniu 28 października 2009 r. Komisja podjęła decyzję o niewnoszeniu zastrzeżeń w kwestii pomocy na finansowanie szpitali IRIS, ponieważ odnośne finansowanie publiczne uznano za zgodne z rynkiem wewnętrznym zgodnie z warunkami określonymi w decyzji Komisji (2005/842/WE) z dnia 28 listopada 2005 r. w sprawie stosowania art. 86 ust. 2 Traktatu WE do pomocy państwa w formie rekompensaty z tytułu świadczenia usług publicznych, przyznawanej przedsiębiorstwu zobowiązanym do zarządzania usługami świadczonymi w ogólnym interesie gospodarczym („decyzja w sprawie UOIG z 2005 r.”) oraz bezpośrednio na podstawie art. 86 ust. 2 Traktatu WE (obecnie art. 106 ust. 2 TFUE) w odniesieniu do zarządzania usługami powierzonymi przed wejściem w życie decyzji w sprawie UOIG z 2005 r. w dniu 19 grudnia 2005 r.

Następnie skarżący wniósł skargę o stwierdzenie nieważności tej decyzji Komisji do Sądu Unii Europejskiej („Sąd”). Sąd stwierdził nieważność decyzji Komisji wyrokiem z dnia 7 listopada 2012 r., stwierdzając, że decyzja ta została wydana z naruszeniem praw proceduralnych skarżących, a w szczególności, że Komisja powinna była mieć poważne wątpliwości co do zgodności przedmiotowych środków z rynkiem wewnętrznym.

W związku z tym w wyniku wydania przez Sąd wyroku unieważniającego decyzję Komisja jest obecnie zobowiązana do wszczęcia formalnego postępowania wyjaśniającego na podstawie art. 108 ust. 2 TFUE w odniesieniu do środków finansowania publicznego na rzecz szpitali IRIS.

ŚRODKI BĘDĄCE PRZEDMIOTEM OCENY

Skarga dotyczy kwestii: (i) braku lub niewystarczająco precyzyjnej definicji i powierzania określonych zadań w zakresie świadczenia usługi publicznej, które przyznawane są jedynie szpitalom IRIS, (ii) rekompensaty przez organy publiczne strat ponoszonych przez szpitale IRIS, (iii) nadmiernej rekompensaty kosztów związanych z zadaniami w zakresie świadczenia usług publicznych przez szpitale IRIS za pośrednictwem brukselskiego regionalnego funduszu refinansowania gminnych środków pieniężnych (fr. *Fonds Régional Bruxellois de Refinancement des Trésoreries Communales*, „FRBRTC”), (iv) brak przejrzystości w sposobie finansowania publicznego szpitali IRIS oraz (v) subsydiowania krzyżowego działalności pozaszpitalnej szpitali IRIS poprzez finansowanie ze środków publicznych otrzymanych na realizację zadań szpitalnych.

Zgodnie z belgijskim prawem federalnym dotyczącym szpitali publicznego i prywatnego szpitalom w Belgii powierza się takie same podstawowe zadania szpitalne. Ponieważ szpitale IRIS są pod kontrolą publicznych ośrodków działalności społecznej (*Centres Publics d'Action Sociale*, „CPAS”) i ich odnośnych gmin, szpitale IRIS podlegają również ustawie z dnia 8 lipca 1976 r. („ustawa CPAS”). Pod względem podstawowych zadań szpitalnych belgijskie szpitale publiczne i prywatne korzystają z tych samych podstawowych środków finansowania publicznego. W tym kontekście należy zauważyć, że ani skarżący, ani Sąd nie zgłaszali wątpliwości co do zgodności publicznego finansowania podstawowych zadań szpitalnych.

Jednak zgodnie z belgijskim prawem federalnym dotyczącym szpitali tylko szpitale publiczne (takie jak szpitale IRIS) mogą czerpać korzyści z tego, że ich deficyt musi zostać pokryty przez gminy sprawujące nad nimi kontrolę. Według skarżących region stołeczny Brukseli postanowił przejąć *de facto* rolę gmin brukselskich w zakresie finansowania wspomnianego deficytu. W skardze wymienia się interwencje ze strony FRBRTC oraz przyznanie specjalnych dotacji na rzecz gmin (sięgających 10 mln EUR rocznie), których domniemanym przeznaczeniem miało być przekazanie ich jako pomocy dla szpitali IRIS. W związku z tym Komisja domaga się wyjaśnień, czy jakiegokolwiek fundusze FRBRTC, względnie dotacje specjalne, zostały przekazane bezpośrednio szpitalom IRIS, lub czy FRBRTC i dotacje specjalne są jedynie mechanizmami finansowania wykorzystywanymi w stosunkach między regionem stołecznym Brukseli a gminami.

W celu uzasadnienia szczególnego charakteru finansowania deficytu z korzyścią dla szpitali IRIS władze belgijskie twierdzą, że podstawowe zadania szpitalne są jedynie wymogiem minimalnym dla szpitali publicznych. Podkreślają one, że w przeciwieństwie do prywatnych szpitali w przypadku szpitali publicznych ten wymóg minimalny można rozszerzyć na poziomie poszczególnych gmin o obowiązek świadczenia dodatkowych UOIG na podstawie ustawy CPAS. W związku z tym Komisja pragnie uzyskać wyjaśnienia dotyczące wymogów ustawy CPAS dotyczących zakładania szpitala publicznego, możliwości zamknięcia szpitala publicznego oraz różnicy w stosunku do mechanizmu finansowania szpitali mającego zastosowanie do wszystkich szpitali w Belgii.

Według władz belgijskich odnośne gminy brukselskie i CPAS postanowiły powierzyć szpitalom IRIS następujące dodatkowe UOIG, co wiąże się z kosztami, które nie są w pełni objęte finansowaniem przewidzianym przez prawo federalne dotyczące szpitali:

- 1) obowiązek oferowania pomocy medycznej wszystkim pacjentom, bez względu na to, czy są oni w stanie zapłacić za tę pomoc, niezależnie od okoliczności (tj. nawet wtedy, gdy nie jest wymagana pilna opieka medyczna);
- 2) obowiązek oferowania pełnego zakresu usług szpitalnych w wielu miejscach w Brukseli (mimo że jest to rozwiązanie mniej wydajne niż skupienie tych usług w mniejszej liczbie lokalizacji); oraz

- 3) obowiązek świadczenia usług społecznych dla pacjentów i ich rodzin przez pracowników socjalnych (w zakresie przekraczającym minimalne wymogi prawne dotyczące takich usług).

OCENA

Komisja jest zdania, że część środków publicznych przyznanych w odniesieniu do działalności szpitalnej prowadzonej przez szpitale IRIS stanowi pomoc państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE. W odniesieniu do trzeciego wymienionego rodzaju dodatkowych UOIG (usług społecznych) świadczonych przez szpitale IRIS, na podstawie informacji dostępnych na obecnym etapie Komisja oczekuje dalszych wyjaśnień, aby móc ustalić, czy mają one charakter gospodarczy czy inny niż gospodarczy.

W swoim wyroku Sąd stwierdził, że Komisja powinna była mieć poważne wątpliwości co do dodatkowych UOIG, w szczególności co do istnienia jasno określonych aktów przewidujących powierzenie tych UOIG, istnienia ustalonych w trybie *ex ante* jasnych parametrów przyznawania rekompensaty oraz istnienia metod umożliwiających uniknięcie nadmiernej rekompensaty. Komisja zwraca się zatem o wyjaśnienie następujących kwestii:

- jaka jest dokładna definicja powyższych trzech dodatkowych UOIG powierzonych szpitalom IRIS i na jakich dokumentach oparto powierzenie odnośnym szpitalom tych dodatkowych UOIG;
- jaka jest podstawa prawna rekompensaty deficytów szpitali IRIS;
- czy dalsze przekazanie dotacji specjalnych (od regionu stołecznego Brukseli na rzecz gmin) przez gminy na rzecz szpitali IRIS można uznać za odrębną transakcję w stosunku do mechanizmu finansowania deficytu; w przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę podać odnośny akt prawny określający szczegółowe procedury;
- czy istnieje mechanizm płatności zaliczkowych, jaka jest jego podstawa prawna i jak dokonuje się takich płatności (o ile w ogóle) oraz czy uznaje się je za odrębny środek pomocy w stosunku do mechanizmu finansowania deficytu; proszę również wyjaśnić, czy takie płatności zaliczkowe (o ile w ogóle) były finansowane za pośrednictwem FRBRTC;
- czy obowiązują (wystarczające) środki w celu unikania nadmiernej rekompensaty dodatkowych UOIG oraz czy szpitale IRIS są prawnie zobowiązane do spłaty otrzymanych zaliczek w celu unikania nadmiernej rekompensaty;
- w przypadku gdy płatności w wysokości do 10 mln EUR rocznie mają zostać uznane za odrębne transakcje w stosunku do pokrycia deficytu szpitali IRIS, czy obowiązują wystarczające środki gwarantujące, że nie prowadzi to do nadmiernej rekompensaty;
- czy faktycznie od 1996 r. szpitalom IRIS nigdy nie przyznano nadmiernej rekompensaty;
- wszelkie dalsze konkretne i szczegółowe argumenty i dokumentacja uzasadniające, czy, dlaczego i w jakim zakresie środki finansowania publicznego na rzecz szpitali IRIS podlegają decyzji w sprawie UOIG z 2012 r. (2012/21/UE) lub ramom prawnym UOIG z 2012 r. (2012/C 8/03), względnie decyzji w sprawie UOIG z 2005 r., oraz czy, dlaczego i w jakim zakresie spełnione zostałyby wszystkie określone w nich kryteria zgodności;

Komisja przypomina o ustaleniu Sądu, zgodnie z którym dodatkowe środki finansowe otrzymane przez szpitale IRIS mogą być „uzasadnione innymi względami niż względy związane z istnieniem ich dodatkowych zobowiązań” oraz że „wyrównanie deficytów szpitali publicznych może okazać się konieczne z powodów natury zdrowotnej i społecznej w celu zapewnienia ciągłości i zdolności do funkcjonowania systemu szpitalnego”. W związku z tym Komisja zauważa, że władze belgijskie argumentują, że zawsze należy zapewnić ciągłość i rentowność działalności szpitali publicznych (fr. *pérennité*). Argumentują one, że właśnie z tego powodu gmina, podejmując decyzję o świadczeniu usług opieki zdrowotnej (poprzez założenie szpitala publicznego zgodnie z ustawą CPAS, jest również zobowiązana do pokrywania deficytu swoich szpitali publicznych, aby zapewnić ciągłość i rentowność ich usług (*pérennité*). Władze belgijskie wskazały również, że głównym celem utworzenia sieci IRIS było zapewnienie ciągłości i rentowności świadczenia usług szpitali publicznych w regionie stołecznym Brukseli.

W związku z tym Komisja oczekuje dalszych wyjaśnień dotyczących pojęcia *pérennité*, jego podstawy prawnej (w szczególności na poziomie sieci IRIS i szpitali IRIS), odnośnych implikacji oraz tego, jak pojęcie *pérennité* uzasadnia mechanizmy finansowania deficytu, z których korzystają szpitale IRIS. Komisja zwraca się również do władz belgijskich i zainteresowanych stron o zgłaszanie uwag na temat istnienia (lub nie) innych przyczyn niż te wymienione powyżej, które mogą uzasadniać dodatkowe finansowanie przyznane szpitalom IRIS.

Komisja zwraca uwagę, że środki objęte niniejszą decyzją, w stopniu w jakim stanowią pomoc państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE, nie zostały objęte zgłoszeniem na podstawie art. 108 ust. 3 TFUE.

W związku z powyższym Komisja podjęła decyzję o wszczęciu w odniesieniu do wspomnianych powyżej środków pomocy formalnego postępowania wyjaśniającego określonego w art. 108 ust. 2 TFUE.

Zgodnie z art. 14 rozporządzenia Rady (WE) nr 659/1999, wszelka niezgodna z prawem pomoc może podlegać odzyskaniu od beneficjenta.

TEKST PISMA

«Par la présente, la Commission a l'honneur informer la Belgique qu'à la suite de l'Arrêt rendu par le Tribunal de l'Union européenne le 7 novembre 2012 dans l'affaire T-137/10, annulant la décision de la Commission du 28 octobre 2009, elle est maintenant tenue d'ouvrir la procédure prévue à l'article 108, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) au sujet des mesures susmentionnées.

1. LA PROCÉDURE

- (1) Par lettres du 7 septembre 2005 et du 17 octobre 2005, enregistrées respectivement le 12 septembre 2005 et le 19 octobre 2005, la Commission a reçu une plainte à l'encontre de l'État belge concernant l'octroi présumé, depuis 1995, d'aides illégales et incompatibles avec le marché intérieur aux cinq hôpitaux publics (ci-après les "hôpitaux IRIS")⁽¹⁾ du réseau IRIS⁽²⁾ (ci-après "IRIS") de la Région de Bruxelles-Capitale. La plainte a été déposée par deux associations [à savoir la Coordination bruxelloise d'institutions sociales et de santé (CBI) et l'Association bruxelloise des institutions de soins privées (ABISP)] représentant des hôpitaux gérés par des personnes morales de droit privé (ci-après les "hôpitaux privés") et, *ut singuli*, par plusieurs hôpitaux membres de ces associations⁽³⁾.
- (2) La plainte se concentre sur les arguments suivants: i) l'absence ou le manque de clarté de la définition et du mandatement des missions de service public spécifiques conférées uniquement aux hôpitaux IRIS; ii) la compensation des pertes desdits hôpitaux par les autorités publiques; iii) la surcompensation des coûts liés aux missions de service public des hôpitaux IRIS par l'intermédiaire du Fonds régional bruxellois de refinancement des trésoreries communales (ci-après le "FRBRTC"); iv) le manque de transparence dans le mode de financement public des hôpitaux IRIS; et v) l'existence de subventions croisées en faveur des activités non hospitalières des hôpitaux IRIS du fait des compensations reçues pour l'exercice de leurs missions hospitalières⁽⁴⁾.
- (3) Faisant à la suite des informations complémentaires transmises par les autorités belges, le 10 janvier 2008, les services de la Commission ont informé les plaignants de leur avis préliminaire sur la plainte par courrier⁽⁵⁾ et ont invité les plaignants à soumettre de nouvelles informations pour leur permettre de réexaminer l'appréciation préliminaire faite de la plainte, à défaut de quoi cette dernière serait considérée comme retirée. Après avoir reçu la réponse des plaignants, les services de la Commission ont confirmé leur appréciation préliminaire dans leur lettre du 10 avril 2008.
- (4) Par la suite, les plaignants ont informé la Commission qu'ils avaient introduit un recours en annulation auprès du Tribunal de première instance des Communautés européennes (ci-après le "TPICE") contre la lettre du 10 janvier 2008, qu'ils considéraient comme une décision de la Commission⁽⁶⁾. Par ailleurs, le 20 juin 2008, les plaignants ont introduit un recours en annulation contre la lettre des services de la Commission du 10 avril 2008⁽⁷⁾. Les deux procédures engagées devant le TPICE ont été suspendues par ce dernier jusqu'au 31 octobre 2009, la Commission ayant informé le Tribunal qu'elle avait l'intention d'adopter une décision en vertu du règlement (CE) n° 659/1999 du Conseil⁽⁸⁾. En vue d'adopter cette décision, les services de la Commission ont demandé des renseignements complémentaires aux autorités belges ainsi qu'aux plaignants.
- (5) Dans sa décision du 28 octobre 2009, la Commission a décidé de ne pas soulever d'objections à l'égard de l'aide au financement des hôpitaux publics du réseau IRIS de la région de Bruxelles-Capitale au motif que le financement en cause était jugé compatible avec le marché commun au regard des conditions énoncées dans la décision de la Commission du 28 novembre 2005 concernant l'application des dispositions de l'article 86, paragraphe 2, du traité CE aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général (ci-après la "Décision SIEG de 2005")⁽⁹⁾ ainsi que directement au regard de l'article 86, paragraphe 2, du traité CE (devenu l'article 106, paragraphe 2, du TFUE) pour ce qui est des missions de service public confiées avant l'entrée en vigueur de la décision SIEG de 2005 le 19 décembre de la même année.

⁽¹⁾ Voir la section 2.1 pour de plus amples informations sur ces hôpitaux publics.

⁽²⁾ L'abréviation IRIS correspond à Interhospitalière régionale des infrastructures de soins.

⁽³⁾ Les plaignants avaient demandé que leurs identités respectives demeurent confidentielles. Cependant, en raison des recours en annulation introduits par ces parties et de l'Arrêt en annulation rendu par le Tribunal dans l'affaire T-137/10, ces identités sont désormais publiques [voir les points (4) et (6)]. Il convient aussi de noter que l'ABISP a retiré sa plainte.

⁽⁴⁾ Ce dernier argument a été avancé par les plaignants pour la première fois vers la fin 2008.

⁽⁵⁾ En substance, les services de la Commission ont estimé, à titre préliminaire, que les hôpitaux IRIS étaient, de toute évidence, dûment chargés de missions de service public, que la compensation qu'ils percevaient était clairement définie et que cette compensation n'était pas excessive. En conséquence, les services de la Commission ont conclu à l'absence de problème au regard des règles relatives aux aides d'État. Ils ont, en outre, constaté que les exigences en matière de transparence semblaient également respectées. Les services de la Commission ont donc conclu qu'il n'existait pas de raisons suffisantes de poursuivre l'enquête en l'absence de nouveaux éléments transmis par les plaignants.

⁽⁶⁾ Affaire T-128/08, non encore publiée.

⁽⁷⁾ Affaire T-241/08, non encore publiée.

⁽⁸⁾ JO L 83 du 27.3.1999, p. 1. Règlement modifié par le règlement (UE) n° 734/2013 du Conseil du 22.7.2013.

⁽⁹⁾ JO L 312 du 29.11.2005, p. 6.

- (6) Par la suite, les plaignants ont formé un recours en annulation de cette décision de la Commission devant le Tribunal de l'Union européenne (ci-après le "Tribunal")⁽¹⁰⁾. Ce dernier a annulé la décision de la Commission par son Arrêt du 7 novembre 2012, jugeant que cette décision avait été adoptée en violation des droits procéduraux des plaignants. En particulier, le Tribunal a conclu que la Commission aurait dû exprimer des doutes sérieux quant à la compatibilité des mesures en cause avec le marché intérieur, compte tenu des arguments avancés par les plaignants à cet égard. Selon le Tribunal, ces doutes auraient dû porter sur l'existence d'un mandat clairement défini relatif aux SIEG complémentaires spécifiques aux hôpitaux IRIS [voir le point (28) pour les SIEG en question], l'existence de paramètres de compensation clairs préalablement établis et l'existence de modalités permettant d'éviter toute surcompensation. Le Tribunal a, dès lors, conclu que la Commission était tenue d'ouvrir la procédure formelle d'examen, afin de recueillir tout élément pertinent pour la vérification de la compatibilité de l'ensemble des mesures d'aide en cause avec le marché intérieur, ainsi que de permettre aux plaignants et aux autres parties intéressées de présenter leurs observations dans le cadre de ladite procédure⁽¹¹⁾. Dans ce contexte, il convient de noter que ni les plaignants ni le Tribunal n'ont émis le moindre doute quant à la compatibilité avec le marché intérieur du financement public de la mission hospitalière dite "de base" [voir ci-dessous, les points (22), (87), (90) et (94)] qui est commune aux hôpitaux tant publics que privés en Belgique.
- (7) L'Arrêt en annulation du Tribunal oblige ainsi la Commission à ouvrir la procédure formelle d'examen prévue à l'article 108, paragraphe 2, du TFUE à l'égard des mesures de financement public des hôpitaux IRIS.

2. DESCRIPTION DE LA MESURE

2.1. Les hôpitaux publics IRIS

- (8) La présente décision concerne les hôpitaux publics de la Région de Bruxelles-Capitale qui font partie du réseau IRIS. Il s'agit plus précisément des cinq hôpitaux publics généraux suivants: le CHU Brugmann (CHU-B), le CHU Saint-Pierre (CHU-SP), l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF), Iris-Sud (IS) et l'Institut Bordet (IB)⁽¹²⁾. Ensemble, ces cinq hôpitaux publics (les hôpitaux IRIS) exploitent environ 2 600 des 8 800 lits d'hôpitaux que compte la Région de Bruxelles-Capitale et emploient près de 10 000 professionnels. Les hôpitaux IRIS donnent plus de un million de consultations médicales par an⁽¹³⁾.
- (9) Les hôpitaux IRIS n'existent sous leur forme actuelle que depuis la fin de l'année 1995. Avant 1996, les hôpitaux publics bruxellois n'avaient pas de personnalité juridique propre et étaient placés sous la tutelle des Centres publics d'action sociale (ci-après "CPAS"), qui les géraient. Les CPAS sont des organismes publics, dotés d'une personnalité juridique, institués par la Loi organique du 8 juillet 1976⁽¹⁴⁾ (ci-après la "Loi CPAS", voir également la section 2.3.2). Chaque commune belge a son propre CPAS. Ce dernier fournit une aide sociale aux personnes qui ne disposent pas des ressources nécessaires pour leur permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine et qui ne peuvent pas bénéficier d'autres formes de sécurité sociale. Si le CPAS est en déficit, il revient à la commune dont il dépend de compenser ce dernier.
- (10) Les communes et les CPAS⁽¹⁵⁾ de la Région de Bruxelles-Capitale présentaient tous des déficits financiers structurels, principalement causés par les déficits des hôpitaux publics placés sous leur tutelle. Afin de mettre un terme à cette situation de déficits permanents et pour garantir la continuité et la viabilité des hôpitaux publics bruxellois, en 1994, le gouvernement régional bruxellois a décidé de restructurer ces derniers. Les modalités juridiques et pratiques nécessaires à cette restructuration ont été adoptées en 1994 et 1995.
- (11) En ce qui concerne le volet structurel, le plan de restructuration prévoyait la liquidation des anciens hôpitaux publics et le transfert de leurs activités vers de nouvelles structures juridiques autonomes (à savoir les hôpitaux IRIS). Pour chacun de ces hôpitaux, une association de droit public a été établie sur la base des dispositions du Chapitre XII de la Loi CPAS. Les hôpitaux IRIS ont ainsi obtenu leur autonomie juridique et financière en janvier 1996. Pour chaque hôpital, ces associations ont été formées entre la ou les communes concernées, le ou les CPAS compétents, l'association représentant les médecins de l'hôpital et, là où il y avait lieu, l'Université libre de Bruxelles (ULB) et/ou la Vrije Universiteit Brussel (VUB). Chacun des cinq hôpitaux IRIS dispose d'une assemblée générale et d'un conseil d'administration au sein desquels ces différentes parties sont représentées, mais dans chaque cas, les représentants des pouvoirs publics (c'est-à-dire la commune et le CPAS) détiennent une grande majorité des sièges de ces organes de décision. Il ne fait donc aucun doute que chacun des hôpitaux IRIS est contrôlé par les autorités publiques.

⁽¹⁰⁾ Anciennement le Tribunal de première instance des Communautés européennes (TPICE), renommé le Tribunal de l'Union européenne à partir du 1^{er} décembre 2009 avec l'entrée en vigueur du traité de Lisbonne.

⁽¹¹⁾ Affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, point 313).

⁽¹²⁾ Certains de ces hôpitaux exercent leurs activités sur plusieurs sites. Le CHU-B est ainsi actif sur trois sites (Victor Horta, Paul Brien et Reine Astrid), le CHU-SP sur deux sites (Porte de Hal et César de Paeppe) et l'IS sur quatre sites (Etterbeek-Ixelles, J. Bracops, Molière-Longchamp et Baron Lambert).

⁽¹³⁾ Ces chiffres se fondent sur les informations fournies par les autorités belges pour l'année 2012 et sur les informations figurant sur le site internet d'IRIS (<http://www.iris-hopitaux.be>).

⁽¹⁴⁾ Moniteur Belge du 5 août 1976, p. 9876.

⁽¹⁵⁾ Sont concernées les communes et les CPAS d'Anderlecht, de la Ville de Bruxelles, d'Etterbeek, d'Ixelles, de Schaerbeek et de Saint-Gilles, puisque seules ces communes ont des hôpitaux publics généraux sous leur tutelle.

- (12) Les hôpitaux IRIS sont membres d'IRIS, une organisation faitière qui a été établie le 1^{er} janvier 1996. IRIS contrôle et coordonne les activités de ces hôpitaux ⁽¹⁶⁾. IRIS est placée sous le contrôle des autorités locales et régionales (c'est-à-dire les communes, les CPAS et la Région de Bruxelles-Capitale), qui détiennent une large majorité des voix au sein de son assemblée générale et de son conseil d'administration. IRIS a pour principal objectif d'atteindre un équilibre financier durable pour les activités hospitalières exercées par les hôpitaux IRIS. En conséquence, ses tâches principales consistent à coordonner les activités des hôpitaux IRIS, à fixer un plan stratégique pour le réseau IRIS, à améliorer la qualité des services offerts et à contrôler le budget du réseau. Le volet financier de la restructuration sera décrit plus en détail à la section 2.4 de la présente décision.

2.2. Financement des hôpitaux IRIS

2.2.1. Financement général

- (13) La Loi du 7 août 1987 ⁽¹⁷⁾ (Loi coordonnée sur les hôpitaux, ci-après la "LCH") décrit les différentes sources de financement des hôpitaux belges, qu'il s'agisse d'établissements publics ou privés. Au total, on distingue cinq sources de financement différentes pour les hôpitaux. Les frais d'exploitation des hôpitaux belges sont principalement couverts par les trois premières ⁽¹⁸⁾, tandis que les quatrième et cinquième sources de financement concernent les frais d'investissement des hôpitaux.

- a) La première source de financement est le budget des moyens financiers (ci-après le "BMF") ⁽¹⁹⁾, qui est établi par le Ministre fédéral en charge de la santé publique et qui ne tient uniquement compte que des soins hospitaliers donnant lieu à un remboursement par la sécurité sociale. Le BMF est établi pour chaque hôpital dans les limites du budget global de l'État fédéral. Depuis 2002, le budget pour chaque hôpital est déterminé principalement en tenant compte du nombre de jours durant lesquels des soins ont été dispensés lors de l'année précédente. Ce montant spécifique est alors versé à chacun des hôpitaux de deux façons différentes. Plus précisément, environ 85 % (la partie fixe) de ce montant sont versés aux hôpitaux mensuellement, tandis que les 15 % restants (la partie variable) sont versés sur la base des admissions réelles et des jours de soins dispensés dans l'hôpital au cours de l'année. À la fin de chaque année, le BMF est recalculé sur la base des chiffres réels de l'année et en fonction du résultat de ce calcul, l'hôpital perçoit ou doit rembourser un certain montant.

Le BMF est régi par l'Arrêté royal du 25 avril 2002, qui définit les conditions et les règles applicables à la fixation du BMF octroyé aux hôpitaux. En particulier, l'Arrêté royal détermine les modalités de fixation du BMF, les coûts qui sont admis et les critères qu'il convient d'appliquer à cet égard ⁽²⁰⁾. Le BMF contient notamment une sous-partie B8 prévoyant un financement complémentaire (limité) pour les hôpitaux qui accueillent une grande proportion de patients défavorisés sur le plan socio-économique. Le financement accordé au titre de la sous-partie B8 du BMF ne compense cependant pas les coûts réels supportés par les hôpitaux. Dans la pratique, un montant forfaitaire est réparti (sur la base de critères définis dans l'Arrêté royal) entre les hôpitaux qui remplissent les conditions fixées ⁽²¹⁾.

- b) La deuxième source de financement provient des montants reçus de la part de la sécurité sociale, c'est-à-dire versés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ci-après l'"INAMI") aux hôpitaux pour les soins qu'ils dispensent à leurs patients. Ce mode de financement est prévu par la Loi Assurance maladie-invalidité (ci-après la "Loi AMI"), qui est la Loi qui instaure le système de sécurité sociale belge en ce qui concerne l'assurance maladie-invalidité ⁽²²⁾. Les hôpitaux facturent directement à l'INAMI une partie des honoraires des médecins et des frais correspondant aux médicaments fournis aux patients. Les montants versés par l'INAMI ne couvrent toutefois pas la totalité des frais supportés par les hôpitaux dans la réalisation de leurs prestations hospitalières.
- c) La troisième source de financement se compose des paiements effectués directement aux hôpitaux par les patients ou leur organisme d'assurance-maladie privé. Ces paiements sont nécessaires parce que la sécurité sociale ne couvre pas la totalité des honoraires des médecins ni le prix des médicaments et autres fournitures (implants, par exemple). En outre, lorsque les patients choisissent une chambre individuelle, des suppléments peuvent être facturés en plus du prix normal de l'hospitalisation et des honoraires normaux des médecins (les tarifs standard facturés pour chaque traitement sont majorés). Enfin, les patients peuvent se voir facturer des suppléments pour l'utilisation de certains services complémentaires (par exemple, la location d'un téléviseur, l'utilisation du parking de l'hôpital, etc.).

⁽¹⁶⁾ Ce contrôle est soumis aux conditions précisées dans l'Ordonnance (de la Région de Bruxelles-Capitale) du 22 décembre 1995 (Moniteur Belge du 7 février 1996, p. 2737).

⁽¹⁷⁾ Moniteur Belge du 7 octobre 1987, p. 14652. Remplacée par la Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008 (Moniteur Belge du 7 novembre 2008, p. 58624).

⁽¹⁸⁾ En septembre 2013, la Mutualité chrétienne, une des mutuelles belges les plus importantes (les mutuelles sont des organismes responsables du remboursement des frais médicaux pris en charge par la sécurité sociale) a publié un article selon lequel, en 2011, les recettes des hôpitaux belges se répartissaient en moyenne comme suit entre ces trois sources de financement: 1) BMF: 49 %; 2) INAMI: 42 %; et 3) patients (ou leurs assureurs privés): 9 %.

⁽¹⁹⁾ Voir les articles 87 et suivants de la Loi du 7 août 1987.

⁽²⁰⁾ Voir les articles 24 à 87 de l'Arrêté royal du 25 avril 2002 (Moniteur Belge du 5 juillet 2002, p. 30290).

⁽²¹⁾ Voir l'article 102, paragraphe 2, de la Loi du 7 août 1987.

⁽²²⁾ Voir la Loi du 9 août 1963, telle que modifiée (Moniteur Belge du 1^{er} novembre 1963, p. 10555).

Tous les paiements effectués par les patients ou des tiers qui sont destinés à rémunérer les prestations des médecins hospitaliers se rapportant aux patients hospitalisés, doivent être perçus de façon centralisée⁽²³⁾. Les hôpitaux et leurs médecins concluent des accords qui déterminent le pourcentage des retenues que les hôpitaux peuvent appliquer pour couvrir les frais de perception des honoraires et les autres frais occasionnés par les prestations médicales qui ne sont pas financés par le BMF⁽²⁴⁾. De la même manière que pour les honoraires normaux des médecins, les hôpitaux peuvent appliquer des retenues sur une partie des suppléments mentionnés ci-dessus afin de couvrir une partie de leurs frais (à nouveau conformément à l'accord conclu entre l'hôpital et ses médecins). Une partie des honoraires des médecins ne sert donc pas à rémunérer ces derniers, mais à couvrir les frais d'exploitation des hôpitaux.

- d) La quatrième source de financement est spécifiquement destinée à couvrir les frais d'investissement supportés par les hôpitaux. Les investissements des hôpitaux sont principalement financés par l'État (le gouvernement fédéral et la région concernée paient chacun une partie) et la partie restante est financée par les fonds propres des hôpitaux combinés à des prêts bancaires. Le financement accordé par les pouvoirs publics est destiné à couvrir les frais de construction et de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service, ainsi que les frais de premier équipement et de première acquisition d'appareils⁽²⁵⁾. Les subventions à l'investissement sont plafonnées (par exemple, à un montant forfaitaire par mètre carré ou par unité).
- e) La cinquième et dernière source de financement public est liée aux investissements et concerne les frais d'étude et d'élaboration de projets de construction, mais aussi les frais de fermeture ou de non-exploitation d'un hôpital ou d'un service hospitalier⁽²⁶⁾.

2.2.2. Financement complémentaire accordé aux hôpitaux IRIS

- (14) L'article 109 de la LCH (devenu l'article 125 de la LCH dans sa version du 10 juillet 2008) prévoit un mécanisme de financement complémentaire dont seuls peuvent bénéficier les hôpitaux publics (tels que les hôpitaux IRIS). Plus précisément, les déficits des hôpitaux publics doivent être couverts par les communes qui les contrôlent (par l'intermédiaire de leur CPAS ou de structures centrales telles qu'IRIS). Le principe de la couverture des déficits par les communes était déjà inclus dans la Loi qui a précédé la LCH, à savoir la Loi du 23 décembre 1963⁽²⁷⁾, et a été confirmé par l'article 34 de la Loi du 28 décembre 1973⁽²⁸⁾. Les critères à prendre en compte pour la fixation des déficits que les communes sont tenues de couvrir sont définis par Arrêté royal⁽²⁹⁾. Sur cette base, le Ministre fédéral en charge de la santé publique détermine chaque année le montant de ces déficits. Dans la pratique, le déficit qui doit être couvert tel que déterminé par le Ministre n'est pas exactement identique au déficit constaté dans les comptes de gestion de l'hôpital, étant donné que certains éléments de coûts (par exemple, le résultat des activités non hospitalières) contenus dans ces derniers sont exclus du premier⁽³⁰⁾.
- (15) Selon les plaignants, la Région de Bruxelles-Capitale a choisi de reprendre *de facto* le rôle des communes bruxelloises concernées pour ce qui est du financement des déficits. Si les plaignants ne remettent pas en cause la compétence de la Région de Bruxelles-Capitale sur ces communes, les plaignants considèrent toutefois que ce qu'ils qualifient de financement régional des hôpitaux IRIS va au-delà de ce que prévoit la couverture des déficits telle qu'établie par l'article 109 (devenu l'article 125) de la LCH.
- (16) En particulier, les plaignants mentionnent spécifiquement les interventions du Fonds régional bruxellois de refinancement des trésoreries communales (ci-après le "FRBRTC")⁽³¹⁾. Ils avancent, en outre, que la Région de Bruxelles-Capitale elle-même aurait aussi octroyé des subventions spéciales aux communes⁽³²⁾ (jusqu'à 10 millions d'euros par an depuis 2003), qui, selon eux, auraient été versées aux hôpitaux en tant qu'aide. Les plaignants concluent que les hôpitaux IRIS ont largement bénéficié des financements régionaux accordés aux communes dans lesquelles ils sont situés, et que ces financements ne peuvent être justifiés sur la base du système fédéral de financement des hôpitaux.

⁽²³⁾ Voir les articles 133 à 135 de la Loi du 7 août 1987.

⁽²⁴⁾ Voir l'article 140 de la Loi du 7 août 1987.

⁽²⁵⁾ Voir les articles 46 et suivants de la Loi du 7 août 1987.

⁽²⁶⁾ Voir l'article 47 de la Loi du 7 août 1987.

⁽²⁷⁾ Moniteur Belge du 1^{er} janvier 1964, p. 2. Cette Loi exigeait que 10 % du déficit soient couverts par la commune dans laquelle l'hôpital était situé et que les 90 % restants le soient par les communes belges de résidence des patients.

⁽²⁸⁾ Moniteur Belge du 29 décembre 1973, p. 15027.

⁽²⁹⁾ Ils l'ont été initialement dans l'Arrêté royal du 8 décembre 1986 (Moniteur Belge du 12 décembre 1986, p. 17023), modifié par l'Arrêté royal du 10 novembre 1989 et remplacé par l'Arrêté royal du 8 mars 2006 (Moniteur Belge du 12 avril 2006, p. 20232).

⁽³⁰⁾ Dans ce contexte, il convient de noter que jusqu'en 1982, les communes devaient même couvrir la totalité du déficit causé par les activités hospitalières.

⁽³¹⁾ Le FRBRTC a été institué par l'Ordonnance du 8 avril 1993, Moniteur Belge du 12 mai 1993, p. 10889 (modifiée par l'Ordonnance du 2 mai 2002).

⁽³²⁾ Ces subventions spéciales ont été accordées sur le fondement de l'Ordonnance du 13 février 2003 (Moniteur Belge du 5 mai 2003, p. 24098).

- (17) La Commission fait observer que le mécanisme de financement du FRBRTC ne constitue vraisemblablement pas, en soi, un financement public des hôpitaux IRIS. À première vue, il semble que le FRBRTC redistribue simplement les fonds alloués par la Région de Bruxelles-Capitale aux communes responsables des hôpitaux IRIS, mais qu'aucun financement ne soit octroyé directement à ces derniers par le FRBRTC. De même, la Région de Bruxelles-Capitale accorde de toute évidence les subventions spéciales (jusqu'à 10 millions d'euros) uniquement aux communes et non aux hôpitaux IRIS eux-mêmes. Les mesures de financement en cause en l'espèce constituent de simples transferts de ressources publiques vers les hôpitaux IRIS et non des transferts de fonds entre la Région de Bruxelles-Capitale et les communes de Bruxelles. En conséquence, la Commission souhaite qu'il lui soit précisé si des fonds quelconques du FRBRTC, en l'occurrence les subventions spéciales, ont été directement transférés aux hôpitaux IRIS, ou si le FRBRTC et les subventions spéciales constituent de simples mécanismes de financement mis en place entre la Région de Bruxelles-Capitale et les communes de Bruxelles.

2.2.3. Obligations comptables générales

- (18) Tous les hôpitaux (tant publics que privés) sont soumis à certaines obligations en matière de comptabilité et de transparence. En particulier, chaque hôpital doit tenir une comptabilité distincte qui fait apparaître le prix de revient de chaque service et qui respecte certains éléments de la Loi du 17 juillet 1975⁽³³⁾ relative à la comptabilité et aux comptes annuels des entreprises⁽³⁴⁾. Les activités non hospitalières doivent obligatoirement être enregistrées séparément dans la comptabilité, étant donné que ces activités ne sont pas admissibles aux mécanismes de financement prévus par la LCH. Les hôpitaux sont également tenus de désigner un réviseur d'entreprise ayant pour tâche de certifier leur comptabilité et leurs comptes annuels⁽³⁵⁾. Enfin, les hôpitaux sont tenus de communiquer certaines informations (financières) au Ministre fédéral en charge de la santé publique⁽³⁶⁾ et le Ministère de la santé publique est également chargé de contrôler le respect des dispositions de la LCH⁽³⁷⁾.

2.3. Cadre légal régissant le fonctionnement des hôpitaux IRIS

- (19) Les hôpitaux IRIS étant des hôpitaux publics, le cadre légal régissant leur fonctionnement est fixé par deux Lois organiques et leurs Arrêtés d'exécution. Il s'agit, en particulier, de la LCH et de la Loi CPAS. Alors que la première s'applique aux hôpitaux tant publics que privés, la seconde ne s'applique qu'aux hôpitaux publics.

2.3.1. La LCH

- (20) En vertu de la LCH, tous les hôpitaux belges (à l'exception des hôpitaux militaires) sont chargés de certaines obligations de service public⁽³⁸⁾. L'article 2 de la LCH dispose que:

“Pour l'application de la présente Loi coordonnée sont considérés comme hôpitaux, les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admises et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais”

- (21) Cette Loi définit plus précisément, entre autres, les types d'hôpitaux qui peuvent être agréés officiellement⁽³⁹⁾; les conditions de gestion d'un hôpital et la structure de l'activité médicale⁽⁴⁰⁾; la programmation hospitalière⁽⁴¹⁾; les normes et conditions d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers⁽⁴²⁾; les rapports légaux entre un hôpital et les médecins hospitaliers, le statut pécuniaire des médecins hospitaliers, comprenant, notamment, la perception et la fixation des honoraires, le contenu des honoraires et l'affectation des honoraires perçus de façon centrale⁽⁴³⁾.
- (22) Les hôpitaux qui remplissent les obligations énoncées dans la LCH sont considérés par l'État belge comme chargés de la prestation d'un service d'intérêt économique général (ci-après le “SIEG”), c'est-à-dire de la prestation de services hospitaliers, et ont dès lors droit à une compensation de la part de l'État [pour une description des types de compensation, voir le point (13) ci-dessus]⁽⁴⁴⁾. Cette **“mission hospitalière de base”** est la mission de service public de base dont sont chargés tous les hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés.

⁽³³⁾ Moniteur Belge du 4 septembre 1975, p. 10847.

⁽³⁴⁾ Voir les articles 77 et 78 de la Loi du 7 août 1987.

⁽³⁵⁾ Voir les articles 80 à 85 de la Loi du 7 août 1987.

⁽³⁶⁾ Voir les articles 86 à 86 ter de la Loi du 7 août 1987.

⁽³⁷⁾ Voir l'article 115 de la Loi du 7 août 1987.

⁽³⁸⁾ Cette Loi, adoptée le 7 août 1987, est devenue applicable le 17 octobre 1987 et a été modifiée et remplacée par la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008 (qui n'a pas modifié les dispositions de l'article 2).

⁽³⁹⁾ Voir les articles 2 à 7 de la Loi du 7 août 1987.

⁽⁴⁰⁾ Voir les articles 10 à 17 de la Loi du 7 août 1987.

⁽⁴¹⁾ Voir les articles 23 à 45 de la Loi du 7 août 1987.

⁽⁴²⁾ Voir les articles 68 à 76 sexies de la Loi du 7 août 1987.

⁽⁴³⁾ Voir les articles 130 à 142 de la Loi du 7 août 1987.

⁽⁴⁴⁾ La question de savoir si les hôpitaux sont, dans les faits, chargés d'exercer des activités constituant des services d'intérêt économique général au sens de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE sera appréciée ci-dessous (à la section 3.4).

2.3.2. La Loi CPAS

- (23) Étant donné que les hôpitaux IRIS sont contrôlés par les CPAS et leurs communes respectives, ils sont également soumis à la Loi CPAS ⁽⁴⁵⁾. Les autorités belges expliquent que pour ces hôpitaux publics, la “mission hospitalière de base” s’inscrit dans un SIEG plus large, à savoir l’obligation de fournir l’aide sociale requise par la Loi CPAS, ou est complémentaire de ce SIEG. En substance, elles considèrent que la “mission hospitalière de base”, telle qu’elle est définie par la LCH, constitue une exigence minimale pour les hôpitaux publics, qui peut toutefois être complétée au niveau de chaque commune belge par des SIEG complémentaires sur le fondement de la Loi CPAS.
- (24) L’article 1^{er} de la Loi CPAS dispose que toute personne a droit à l’aide sociale et crée des CPAS qui ont pour mission d’assurer cette aide. L’article 57 de cette même Loi précise que l’aide sociale peut prendre la forme d’une aide financière, d’une aide en nature (repas, vêtements, etc.), d’une aide sociale et relative au marché de l’emploi, ainsi que d’une aide médicale. L’article 60, paragraphe 6, de la Loi CPAS prévoit que le CPAS crée, là où cela se révèle nécessaire, des établissements ou services à caractère social, curatif ou préventif. C’est sur cette base qu’un CPAS peut établir un hôpital public (sous réserve de certaines conditions).
- (25) Dans ce contexte, les autorités belges font observer que lorsqu’un CPAS souhaite créer un hôpital (ou tout autre établissement nécessaire à la réalisation de ses missions), il doit remplir les conditions énoncées à l’article 60, paragraphe 6, de la Loi CPAS. En particulier, le CPAS doit établir la nécessité de créer un établissement (en l’espèce, un hôpital) en tenant compte, notamment, des besoins de la commune et/ou de la région et des établissements ou services similaires déjà en fonction. Selon les autorités belges, dans la pratique, cela signifie que si un CPAS décide que les établissements gérés par le secteur privé sont insuffisants, compte tenu de la répartition géographique des prestations de soins de santé, des besoins physiques et sociaux et de la liberté de choix des patients, ce CPAS est libre de décider de créer un hôpital. Les motifs qui justifient l’ouverture d’un hôpital constituent ensuite, selon les autorités belges, une contrainte pour le CPAS qui, pour fermer l’établissement, doit démontrer de la même façon que les raisons qui avaient justifié la décision initiale de le créer n’existent plus ⁽⁴⁶⁾.
- (26) La Commission n’a, à ce stade, pas pu établir clairement en quoi l’obligation pour les CPAS d’établir la nécessité de créer un hôpital diffère du mécanisme belge de programmation hospitalière prévu par la LCH, qui s’applique tant aux hôpitaux publics qu’aux hôpitaux privés. Le mécanisme de programmation consiste à déterminer, sur la base d’un besoin évalué par le pouvoir fédéral, un nombre maximal de lits d’hôpitaux répartis par région géographique. Il en résulte qu’à moins que la demande de lits d’hôpitaux n’augmente, toute création de lits (et, en ce sens, toute création d’hôpital) n’est autorisée que si des lits sont supprimés ailleurs. Les autorités belges indiquent que la décision d’un CPAS de fermer un hôpital doit nécessairement découler du constat que le besoin de création d’un hôpital qu’il avait préalablement établi est satisfait ailleurs. Elles concluent en affirmant que la lecture combinée de la LCH et de la Loi CPAS implique que contrairement à un hôpital privé, un hôpital public ne pourra fermer s’il n’y a pas création simultanée d’une offre de soins équivalente, que celle-ci soit privée ou publique. La Commission souhaite des précisions sur la nature exacte de l’obligation prévue à l’article 60, paragraphe 6, de la Loi CPAS, sur les possibilités de fermeture d’un hôpital public et sur la différence avec le mécanisme de programmation hospitalière.
- (27) Le chapitre XII de la Loi CPAS ⁽⁴⁷⁾ autorise les CPAS à former une association avec un ou plusieurs autres CPAS, avec d’autres pouvoirs publics et/ou avec des personnes morales sans but lucratif. L’organisation faïtière IRIS et les hôpitaux IRIS sont considérés comme de telles associations [voir le point (11)]. La Loi CPAS précise ⁽⁴⁸⁾ que les statuts de ces associations doivent mentionner, entre autres, l’objet ou les objets en vue desquels elles sont formées. L’article 135 *quinquies* de la Loi CPAS prévoit, en outre, que les associations faïtières (telles qu’IRIS) arrêtent des plans stratégiques qui s’imposent aux hôpitaux IRIS, qui ne peuvent y déroger (ces derniers devant, pour leur part, élaborer des plans d’établissement et financiers). Les autorités belges affirment que les SIEG complémentaires confiés aux hôpitaux IRIS en plus du SIEG que constitue la “mission hospitalière de base” [telle que définie par la LCH, voir le point (22)] sont issus de la Loi CPAS, des statuts IRIS et des plans stratégiques IRIS, ainsi que des statuts des hôpitaux IRIS ⁽⁴⁹⁾. La Commission observe à cet égard, que les CPAS et les hôpitaux IRIS ont aussi conclu des conventions “domicile de secours” (en 1996 ainsi qu’en 1998) qui pourraient être considérées comme déléguant certaines tâches des CPAS à ces hôpitaux.

⁽⁴⁵⁾ L’article 147 de la LCH précise en effet explicitement que les dispositions de cette Loi complètent la Loi CPAS en ce qui concerne les hôpitaux gérés par un CPAS (ce qui est le cas des hôpitaux IRIS).

⁽⁴⁶⁾ À ce sujet, les autorités belges renvoient à un Arrêt du Conseil d’État belge du 9 décembre 2002 qui a annulé la cession, par un CPAS, d’une maison de repos publique à des propriétaires privés. Le Conseil d’État a jugé que la décision de fermer ou de céder un établissement créé par un CPAS ne peut nécessairement être prise qu’après une évaluation de la nécessité d’offrir des soins (de santé). Cette évaluation ne peut faire fi de l’évaluation faite conformément à l’article 60, paragraphe 6, de la Loi CPAS au moment où le CPAS a décidé de créer l’établissement.

⁽⁴⁷⁾ En particulier, son article 118 (dans la version de la Loi qui s’applique à la Région de Bruxelles-Capitale).

⁽⁴⁸⁾ Voir l’article 120 de cette Loi (idem).

⁽⁴⁹⁾ Les statuts et les plans stratégiques IRIS ainsi que les statuts des hôpitaux IRIS peuvent être considérés comme des actes de puissance publique parce que tant l’association IRIS que chaque hôpital IRIS sont contrôlés par les autorités locales et régionales (à savoir que la Région de Bruxelles-Capitale, les communes et les CPAS détiennent ensemble la majorité des voix au sein des organes de décision). Voir aussi, à ce sujet, l’affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, points 114 à 118). La question de savoir si ces SIEG ont été confiés aux hôpitaux au moyen d’un acte de mandatement dûment établi sera appréciée ci-dessous (à la section 3.4).

- (28) Selon les autorités belges, les communes et CPAS concernés de Bruxelles ont choisi de confier aux hôpitaux IRIS les **SIEG complémentaires** ⁽⁵⁰⁾ suivants, qui contribuent au respect de l'obligation de fournir une aide sociale conforme à la Loi CPAS [voir le point (23) pour de plus amples informations]:
- a) l'obligation de prise en charge de tout patient en toute circonstance (ci-après la **“mission de soins universelle”**): les hôpitaux IRIS ne peuvent pas refuser de prendre en charge les patients qui ne sont pas en mesure de payer leurs services, même si ces patients ne nécessitent pas de soins médicaux urgents. Les hôpitaux privés ne seraient obligés de prendre en charge que les patients qui nécessitent des soins médicaux urgents, mais n'auraient pas cette obligation dans les cas non urgents;
 - b) l'obligation de fournir une offre complète de soins hospitaliers sur de multiples sites (ci-après la **“mission multisite”**): les communes et les CPAS ont fait le choix délibéré de maintenir des sites hospitaliers multiples proposant une offre complète de soins, afin de garantir l'accessibilité des soins à tous les patients. L'option de rechange consistant à regrouper les lits et les services d'accompagnement sur un nombre plus restreint de sites et à réduire ainsi les coûts a été délibérément écartée. Ce choix est particulièrement pertinent pour les patients défavorisés et leurs familles, étant donné que les hôpitaux IRIS sont principalement situés à proximité ou dans des quartiers comptant une importante population défavorisée;
 - c) l'obligation d'assistance sociale aux patients et à leurs familles (ci-après la **“mission sociale complémentaire”**): les assistants sociaux fournissent une aide aux patients défavorisés et à leurs familles pour résoudre et gérer des difficultés administratives, financières, relationnelles et sociales. En outre, les assistants sociaux établissent des rapports sociaux préalables en vue de faciliter l'intervention financière du CPAS. Alors que tous les hôpitaux publics et privés sont tenus d'employer des assistants sociaux dans certains services hospitaliers (en gériatrie et en psychiatrie, par exemple), les autorités belges affirment que les hôpitaux IRIS ont une mission complémentaire spécifique qui se traduit par le recours à des services sociaux bien plus importants et qui entraîne des coûts plus élevés donnant lieu à compensation conformément à la LCH.
- (29) Pour résumer, on peut dire que, selon les autorités belges, tous les hôpitaux publics et privés sont investis, par la LCH, d'une "mission hospitalière de base". Par ailleurs, seuls les hôpitaux publics sont réputés avoir des missions hospitalières complémentaires, à savoir la "mission de soins universelle" et la "mission multisite". Conjointement avec la "mission hospitalière de base", ces missions hospitalières complémentaires forment la **“mission hospitalière étendue”** des hôpitaux publics. Les hôpitaux publics sont également présentés comme investis d'une "mission sociale complémentaire" que les hôpitaux privés ne sont prétendument pas tenus d'assumer.
- (30) Enfin, pour être exhaustif, il convient de préciser que les hôpitaux publics exercent aussi un certain nombre d'activités non hospitalières (par exemple, transport de patients en ambulance entre les hôpitaux; maisons de repos et de retraite; écoles infirmières; location de chambres; habitations protégées; et maisons de soins psychiatriques; ci-après les **“activités non hospitalières”**), qui ne relèvent pas d'une obligation de service public. Ces activités non hospitalières comprennent certaines activités économiques/commerciales telles que la vente de boissons aux visiteurs, la location de téléviseurs aux patients, la location de chambres à des tiers, l'exploitation d'une cafétéria et d'un parking. Il convient de noter que tous les hôpitaux (tant publics que privés) ont la possibilité d'exercer ce type d'activités et que ces dernières ne représentent habituellement qu'un très faible pourcentage de leurs recettes. En tout état de cause, la législation belge exige que les produits et charges correspondant à ces activités soient enregistrés dans des comptes séparés [voir aussi le point (18)].

2.4. Aide à la restructuration de 1995

- (31) Comme indiqué plus haut (voir la section 2.1.), la restructuration des hôpitaux publics bruxellois placés sous la tutelle des CPAS et gérés par ceux-ci comportait deux volets, l'un structurel et l'autre financier. L'intervention financière des pouvoirs publics avait pour but de réduire le passif des hôpitaux publics (tel qu'il se présentait à la date du 31 décembre 1995) et, en particulier, de couvrir les déficits générés durant la période 1989-1995. Cette intervention a consisté en un prêt de 4 milliards de francs belges (100 millions d'euros environ), d'une durée de 20 ans ⁽⁵¹⁾, accordé par la Région de Bruxelles-Capitale, par l'intermédiaire du FRBRTC mentionné plus haut, aux communes qui gèrent un hôpital public (par l'intermédiaire de leur CPAS). Ces communes ont ensuite reversé ces fonds à leurs hôpitaux publics afin de couvrir une partie de leur passif financier (le montant de 100 millions d'euros ne suffisant pas à couvrir la totalité de ce passif).

⁽⁵⁰⁾ La question de savoir si ces activités constituent bien des services d'intérêt économique général au sens de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE ou non, et si ces activités ont été confiées aux hôpitaux au moyen d'un acte de mandatement dûment établi sera appréciée ci-dessous (à la section 3.4).

⁽⁵¹⁾ Voir l'accord de coopération conclu le 19 mai 1994 entre l'État fédéral, la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire commune, ainsi que la décision du gouvernement de la Région Bruxelles-Capitale du 23 novembre 1995.

- (32) Le 6 juin 1996, la Région de Bruxelles-Capitale a décidé de ne pas exiger le remboursement du prêt et des intérêts à condition que les accords sur la restructuration soient pleinement mis en œuvre et que les plans financiers soient respectés. Ces conditions ont été inscrites le même jour dans six conventions conclues entre la Région de Bruxelles-Capitale, les six communes concernées⁽⁵²⁾ et leurs CPAS respectifs, ainsi que les hôpitaux publics. En 1999, le gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale a constaté que les communes avaient respecté les plans financiers et a par conséquent confirmé que le prêt de 100 millions d'euros environ ne serait pas recouvré. Les hôpitaux publics ont contribué à la restructuration et à la consolidation en réduisant leur déficit cumulé, qui était de près de 200 millions d'euros initialement⁽⁵³⁾ (fin 1995), pour parvenir à des budgets quasiment à l'équilibre à la fin de l'année 1999.

3. APPRÉCIATION PRÉLIMINAIRE

3.1. Le délai de prescription de dix ans

- (33) L'article 15, paragraphes 1 et 2, du règlement (CE) n° 659/1999 du Conseil, tel que modifié, prévoit que les pouvoirs de la Commission en matière de récupération de l'aide sont soumis à un délai de prescription de dix ans. Ce délai affecte l'exercice des pouvoirs conférés à la Commission pour ce qui est de la récupération potentielle des aides illégales.
- (34) En outre, en vertu de l'article 15, paragraphe 3, de ce même règlement, tel que modifié, toute aide à l'égard de laquelle le délai de prescription a expiré est réputée être une aide existante.
- (35) Le délai de prescription commence le jour où l'aide illégale est accordée au bénéficiaire, à titre d'aide individuelle ou dans le cadre d'un régime d'aides. Toute mesure prise par la Commission à l'égard de l'aide illégale présumée interrompt le délai de prescription et fait courir de nouveau le délai.
- (36) L'aide à la restructuration a été octroyée le 6 juin 1996 [voir les points (31) et (32)]. La Commission a pris une première mesure à l'égard de cette aide le 26 octobre 2006⁽⁵⁴⁾, soit après l'expiration du délai de prescription applicable le 6 juin 2006.
- (37) En ce qui concerne le financement récurrent des déficits [voir les points (14) à (16)] des hôpitaux IRIS, la Commission a pris une première mesure le 22 mars 2006⁽⁵⁵⁾. Une récupération éventuelle de l'aide illégale ne pourrait par conséquent couvrir que la période débutant le 22 mars 1996.
- (38) Dans le cadre de la procédure formelle d'examen, la Commission ne se penchera par conséquent que sur le financement public reçu par les cinq hôpitaux publics généraux bruxellois visés par la plainte qui sont énumérés au point (8), à l'exclusion de l'aide à la restructuration de 1995, afin de déterminer si cette mesure constitue une aide d'État et, dans l'affirmative, si elle est compatible avec le marché intérieur.

3.2. Aide d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE

- (39) L'article 107, paragraphe 1, du TFUE dispose que "*sont incompatibles avec le marché intérieur, dans la mesure où elles affectent les échanges entre États membres, les aides accordées par les États ou au moyen de ressources d'État sous quelque forme que ce soit qui faussent ou qui menacent de fausser la concurrence en favorisant certaines entreprises ou certaines productions*". En conséquence, une mesure constitue une aide d'État si les quatre conditions cumulatives suivantes sont réunies⁽⁵⁶⁾:
- a) elle doit conférer un avantage économique sélectif à une entreprise;
 - b) elle doit être financée au moyen de ressources d'État;
 - c) elle doit fausser ou menacer de fausser la concurrence;
 - d) elle doit être de nature à affecter les échanges entre États membres.

⁽⁵²⁾ Voir la note de bas de page 15 concernant ces communes.

⁽⁵³⁾ Il s'agit d'une estimation datant de 2001, car les déficits finaux des hôpitaux publics bruxellois pour la période 1989-1995 n'étaient pas encore connus à l'époque.

⁽⁵⁴⁾ Le 26 octobre 2006, la Commission a, pour la première fois, informé les autorités belges des éléments de la plainte ayant trait à cette restructuration et les a invitées à lui faire part de leurs observations.

⁽⁵⁵⁾ La Commission a pris une première mesure à l'égard des autorités belges en leur adressant le 22 mars 2006 une demande de renseignements concernant le financement récurrent des déficits.

⁽⁵⁶⁾ Affaire C-222/04, Ministero dell'Economia e delle Finanze/Cassa di Risparmio di Firenze SpA, Fondazione Cassa di Risparmio di San Miniato, Cassa di Risparmio di San Miniato SpA (Rec. 2006, p. I-289, point 129).

3.2.1. **Avantage économique sélectif conféré à une entreprise**

3.2.1.1. **La notion d'entreprise**

Principes généraux

- (40) L'octroi de fonds publics à une entité ne peut être qualifié d'aide d'État que si cette entité est une "entreprise" au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE. Selon une jurisprudence constante de la Cour de justice, les entités visées doivent exercer une activité économique⁽⁵⁷⁾. La qualification d'une entité en tant qu'entreprise dépend donc de la nature de son activité, indépendamment du statut juridique de cette entité ou de son mode de financement⁽⁵⁸⁾. Une activité doit généralement être considérée comme ayant un caractère économique dès lors qu'elle consiste à offrir des biens et des services sur un marché⁽⁵⁹⁾. Une entité exerçant à la fois des activités économiques et des activités non économiques doit être considérée comme une entreprise uniquement pour ce qui est des premières activités⁽⁶⁰⁾. Le simple fait qu'une entité ne poursuive pas de but lucratif ne signifie pas nécessairement que ses activités n'ont pas un caractère économique⁽⁶¹⁾.

La mission hospitalière étendue [telle que définie au point (29)]

- (41) Lorsque des soins de santé sont fournis par des hôpitaux et d'autres prestataires de soins de santé contre rémunération⁽⁶²⁾, que celle-ci soit versée directement par les patients ou qu'elle émane d'autres sources, ces soins doivent généralement être considérés comme constituant une activité économique⁽⁶³⁾. Le financement dont bénéficient les hôpitaux IRIS par l'intermédiaire de diverses subventions des autorités fédérales ou locales [voir, par exemple, le point (13) a), b), d) et e), en ce qui concerne le financement public consenti à l'ensemble des hôpitaux et les points (14) à (17) pour ce qui est du financement complémentaire octroyé aux hôpitaux IRIS], auquel s'ajoutent les paiements directs des patients [voir le point (13) c)], rétribue les hôpitaux IRIS pour les services médicaux fournis et peut par conséquent, dans ce contexte, être considéré comme la contrepartie économique des services hospitaliers fournis. Un tel système implique un certain degré de concurrence entre les hôpitaux pour ce qui est de la prestation des services de soins de santé. Le fait qu'un hôpital fournissant de tels services contre rémunération soit un hôpital public ne supprime en rien le caractère économique de ces activités.
- (42) En l'espèce, les activités principales des hôpitaux IRIS sont des activités hospitalières consistant en la fourniture de services de soins de santé. Ces activités sont également exercées par d'autres types d'entités, et notamment par des cliniques, des hôpitaux privés et d'autres centres spécialisés, dont les hôpitaux privés des plaignants. Ces activités hospitalières, exercées par les hôpitaux IRIS contre rémunération et dans un environnement concurrentiel, doivent donc être considérées comme ayant un caractère économique.

⁽⁵⁷⁾ Affaires jointes C-180/98 à C-184/98, Pavel Pavlov e.a./Stichting Pensioenfond Medische Specialisten (Rec. 2000, p. I-6451, point 74).

⁽⁵⁸⁾ Affaire C-41/90, Höfner & Fritz Elser/Macrotron GmbH (Rec. 1991, p. I-1979, point 21) et affaires jointes C-180/98 à C-184/98, Pavel Pavlov e.a./Stichting Pensioenfond Medische Specialisten (Rec. 2000, p. I-6451, point 74).

⁽⁵⁹⁾ Affaire C-118/85, Commission des Communautés européennes/République italienne (Rec. 1987, p. 2599, point 7).

⁽⁶⁰⁾ Affaire C-82/01 P, Aéroports de Paris/Commission des Communautés européennes (Rec. 2002, p. I-9297, point 74) et affaire C-49/07, Motosykletistiki Omospondia Ellados NPID (MOTOE)/Elliniko Dimosio (Rec. 2008, p. I-4863, point 25). Voir également la communication de la Commission relative à l'application des règles de l'Union européenne en matière d'aides d'État aux compensations octroyées pour la prestation de services d'intérêt économique général (JO C 8 du 11.1.2012, p. 4, point 9).

⁽⁶¹⁾ Affaire C-49/07, Motosykletistiki Omospondia Ellados NPID (MOTOE)/Elliniko Dimosio (Rec. 2008, p. I-4863, point 27) et affaire C-244/94, Fédération française des sociétés d'assurance, Société Paternelle-Vie, Union des assurances de Paris-Vie et Caisse d'assurance et de prévoyance mutuelle des agriculteurs/Ministère de l'agriculture et de la Pêche (Rec. 1995, p. I-4013, point 21).

⁽⁶²⁾ Affaire C-157/1999, B.S.M. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. Peerbooms/Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen (Rec. 2001, p. I-5473, point 58), dans le cadre de laquelle la Cour de justice a considéré que le fait qu'un traitement médical dispensé par un hôpital soit financé directement par les caisses de maladie sur la base de conventions et de tarifs préétablis n'est pas de nature à exclure ce traitement du champ d'application des activités économiques au sens du TFUE et que les paiements effectués par les caisses de maladie, "fussent-ils forfaitaires, constituent bien la contrepartie économique des prestations hospitalières et présentent indubitablement un caractère rémunérateur dans le chef de l'établissement hospitalier qui en bénéficie et qui est engagé dans une activité de type économique". La Cour de justice a également ajouté à cet égard qu'il n'était pas nécessaire qu'une telle rémunération soit payée par celle et ceux qui bénéficient de ce service.

⁽⁶³⁾ Affaire C-157/1999, B.S.M. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. Peerbooms/Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen (Rec. 2001, p. I-5473, point 53); affaires jointes 286/82 et 26/83, Graziana Luisi et Giuseppe Carbone/Ministero del Tesoro (Rec. 1984, p. 377, point 16); affaire C-159/90, The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd/Stephen Grogan e.a. (Rec. 1999, p. I-4685, point 18); affaire C-368/98, Abdon Vanbraekel e.a./Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC) (Rec. 2001, p. I-5363, point 43); affaire T-167/04, Asklepios Kliniken GmbH/Commission des Communautés européennes (Rec. 2007, p. II-2379, points 49 à 55).

- (43) Les éléments de solidarité sous-tendant le système national de santé belge ne remettent pas en cause le caractère économique de ces activités hospitalières. Il convient en effet de rappeler que le Tribunal a constaté, concernant un système national de santé géré par des Ministères et d'autres entités et fonctionnant "conformément au principe de solidarité dans son mode de financement par des cotisations sociales et autres contributions étatiques et dans sa prestation gratuite de services à ses affiliés sur la base d'une couverture universelle", que les organismes de gestion en question n'agissaient pas en tant qu'entreprises dans leur activité de gestion du système national de santé⁽⁶⁴⁾. La Commission considère toutefois qu'il y a lieu d'établir une distinction entre la gestion du système de santé national, exercée par des organismes publics mettant en œuvre à cet effet des prérogatives d'autorité publique, et la prestation de soins hospitaliers contre rémunération dans un environnement concurrentiel [qui est en cause en l'espèce, comme indiqué aux points (41) et (42) ci-dessus].
- (44) En conséquence, en ce qui concerne la prestation des services de soins de santé et l'exercice des activités directement liées à ceux-ci [c'est-à-dire la mission hospitalière étendue ainsi que les activités non hospitalières, voir les points (29) et (30) ci-dessus], les hôpitaux IRIS doivent être considérés comme constituant des entreprises au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE

La mission sociale complémentaire

- (45) Comme expliqué aux points (23), (28) et (29) ci-dessus, les autorités belges considèrent que les hôpitaux IRIS sont tenus de fournir, et fournissent, des services dépassant le cadre de leur "mission hospitalière étendue". En vertu de la Loi CPAS, en particulier, les hôpitaux IRIS sont supposés contribuer à l'objectif des CPAS, qui est d'apporter une aide sociale aux citoyens qui en ont besoin. En dehors de leurs activités hospitalières, les hôpitaux IRIS exerceraient donc aussi des activités non hospitalières à vocation sociale afin de fournir aux patients et à leurs proches, en fonction de leurs besoins, une aide socio-matérielle, socio-administrative ou psychosociale en sus d'une assistance médicale. Le caractère spécifique de ces services complémentaires implique que les acteurs qui peuvent les offrir disposent de ressources spécifiques, telles qu'un personnel spécifiquement formé à cet effet.
- (46) Il est indéniable que la mission sociale complémentaire que les hôpitaux IRIS sont prétendument dans l'obligation d'assumer sert un objectif exclusivement social. Néanmoins, ainsi qu'il ressort de la jurisprudence de la Cour de justice, la vocation purement sociale d'un système en vertu duquel une entité se voit confier des tâches spécifiques ne suffit pas en soi à exclure d'une manière générale un caractère économique en ce qui concerne lesdites tâches⁽⁶⁵⁾.
- (47) En l'espèce, toutefois, la Commission se demande si l'exercice des activités sociales complémentaires en question peut, à juste titre, être qualifié d'"offre de biens et de services sur un marché". Bien qu'il semble théoriquement possible de proposer l'assistance sociale complémentaire prétendument fournie par les hôpitaux IRIS sur un marché concurrentiel, le contexte législatif particulier (à savoir, la Loi CPAS) dans lequel ces services sont fournis semble rendre l'existence d'un tel marché improbable. Les CPAS doivent, en particulier, offrir ces services gratuitement; les perspectives en matière de profits semblent donc très restreintes pour une entreprise qui souhaiterait proposer des services similaires.
- (48) En conclusion, les possibles spécificités du système d'assistance sociale et de l'environnement législatif de la Belgique requièrent une analyse approfondie de la nature (économique ou non économique) d'assistance sociale complémentaire fournie par les hôpitaux IRIS. Sur la base des informations disponibles à ce stade, la Commission peut difficilement déterminer le caractère économique ou non économique des activités concernées. Elle souhaite donc se pencher sur cette question dans le cadre d'une procédure formelle d'examen. Elle invite par conséquent les autorités belges et toute partie intéressée à lui communiquer des renseignements ou à formuler des observations sur le caractère (économique ou non économique) de cette assistance complémentaire.
- (49) La Commission observe à cet égard que, pour des raisons d'économie de procédure, les doutes concernant l'un des éléments d'une partie de la mesure examinée qui sont constitutifs d'une aide d'État ne l'empêchent pas de recueillir et d'examiner simultanément, dans le cadre de sa procédure formelle d'examen, toutes les informations concernant les autres éléments de ladite aide, ainsi que des renseignements utiles aux fins de l'appréciation de la compatibilité de cette potentielle aide avec le marché intérieur.

⁽⁶⁴⁾ Affaire T-319/1999, *Federación Nacional de Empresas de Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental (FENIN)/Commission des Communautés européennes* (Rec. 2003, p. II-357, point 39).

⁽⁶⁵⁾ Voir, à cet égard, l'affaire C-355/00, *Freskot AE/Elliniko Dimosio* (Rec. 2003, p. I-5263, point 53). Dans cette affaire, la Cour de justice a également souligné que les services et contributions fournis au titre d'un régime d'assurance obligatoire n'étaient pas établis de façon circonstanciée par le législateur national.

3.2.1.2. *Avantage économique*

Appréciation générale

- (50) Un avantage, au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE, correspond à tout profit économique qu'une entreprise n'aurait pas obtenu dans les conditions normales du marché, c'est-à-dire sans l'intervention de l'État⁽⁶⁶⁾. Seul l'effet de la mesure sur l'entreprise est pertinent, et non la raison ni l'objectif de l'intervention de l'État⁽⁶⁷⁾. Un avantage existe dès lors que la situation financière d'une entreprise est améliorée du fait de l'intervention de l'État.
- (51) En l'espèce, dans la mesure où les hôpitaux IRIS constituent des entreprises au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE, il convient de noter que les divers systèmes de financement public couvrant les activités hospitalières générales et complémentaires, dont le financement des déficits, ont permis aux hôpitaux IRIS de bénéficier d'un ensemble de mesures visant à alléger les charges normalement supportées par les prestataires de ce type d'activités. En conséquence, les différentes mesures de financement public faisant l'objet de la présente décision doivent être considérées comme conférant aux hôpitaux IRIS un avantage économique que ceux-ci n'auraient pas obtenu dans les conditions normales du marché, c'est-à-dire sans l'intervention de l'État.

Altmark

- (52) La Commission fait observer que le financement public des hôpitaux IRIS peut être considéré comme n'ayant conféré aucun avantage à ces derniers s'il a simplement consisté en l'octroi d'une compensation pour les services fournis par ces hôpitaux conformément aux obligations de service public leur incombant, dans la mesure où les conditions fixées dans l'Arrêt *Altmark* étaient réunies.
- (53) Dans cet Arrêt, la Cour de justice a précisé que la compensation accordée au moyen de ressources d'État pour les coûts liés à la fourniture d'un service d'intérêt économique général ne constitue pas un avantage pour autant que quatre conditions cumulatives soient réunies⁽⁶⁸⁾:
- l'entreprise bénéficiaire doit effectivement être chargée de l'exécution d'obligations de service public et ces obligations doivent être clairement définies;
 - les paramètres sur la base desquels est calculée la compensation doivent être préalablement établis de façon objective et transparente;
 - la compensation ne peut dépasser ce qui est nécessaire pour couvrir tout ou partie des coûts occasionnés par l'exécution des obligations de service public, en tenant compte des recettes y relatives ainsi que d'un bénéfice raisonnable pour l'exécution de ces obligations;
 - lorsque le choix de l'entreprise en charge de l'exécution d'obligations de service public n'est pas effectué dans le cadre d'une procédure de marché public permettant de sélectionner le candidat capable de fournir ces services au moindre coût pour la collectivité, le niveau de la compensation nécessaire doit être déterminé sur la base d'une analyse des coûts qu'une entreprise moyenne, bien gérée et adéquatement équipée, aurait encourus pour exécuter ces obligations.
- (54) Les principes et considérations énoncés dans l'Arrêt *Altmark* s'appliquent *ex tunc*, c'est-à-dire qu'ils s'appliquent également aux rapports juridiques nés et constitués avant l'Arrêt en question⁽⁶⁹⁾. En conséquence, les critères d'évaluation exposés dans l'Arrêt *Altmark* sont pleinement applicables à la situation factuelle et juridique du cas d'espèce, même en ce qui concerne les aides accordées aux hôpitaux IRIS avant la date du prononcé de l'Arrêt *Altmark*⁽⁷⁰⁾.

⁽⁶⁶⁾ Affaire C-39/94, Syndicat français de l'Express international (SFEI) e.a./La Poste e.a. (Rec. 1996, p. I-3547, point 60), et affaire C-342/96, Royaume d'Espagne/Commission des Communautés européennes (Rec. 1999, p. I-2459, point 41).

⁽⁶⁷⁾ Affaire 173/73, République italienne/Commission des Communautés européennes (Rec. 1974, p. 709, point 13).

⁽⁶⁸⁾ Affaire C-280/00, *Altmark Trans GmbH* et *Regierungspräsidium Magdeburg/Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH*, en présence de *Oberbundesanwalt beim Bundesverwaltungsgericht* (Rec. 2003, p. I-7747, points 87 à 95).

⁽⁶⁹⁾ Affaire T-289/03, *British United Provident Association Ltd (BUPA)*, *BUPA Insurance Ltd* et *BUPA Ireland Ltd/Commission des Communautés européennes* (Rec. 2008, p. II-81, point 159). La Cour de justice a déclaré que "... l'interprétation que la Cour donne d'une disposition de droit communautaire se limite à éclairer et à préciser la signification et la portée de celle-ci, telle qu'elle aurait dû être comprise et appliquée depuis le moment de son entrée en vigueur. Il en résulte que la disposition ainsi interprétée peut et doit être appliquée même à des rapports juridiques nés et constitués avant l'arrêt en question et ce n'est qu'à titre exceptionnel que la Cour peut, par application d'un principe général de sécurité juridique inhérent à l'ordre juridique communautaire, être amenée à limiter la possibilité pour tout intéressé d'invoquer une disposition qu'elle a interprétée en vue de mettre en cause des relations juridiques établies de bonne foi".

⁽⁷⁰⁾ Affaire C-209/03, *The Queen*, à la demande de *Dany Bidar/London Borough of Ealing* et *Secretary of State for Education and Skills* (Rec. 2005, p. I-2119, points 66 et 67), et affaire C-292/04, *Wienand Meilicke, Heidi Christa Weyde* et *Marina Stöffler/Finanzamt Bonn-Innenstadt* (Rec. 2007, p. I-1835, points 34 à 36).

- (55) Aux fins de la présente décision, la Commission a décidé d'examiner en premier lieu le quatrième critère *Altmark* (pour lequel il convient de déterminer si le choix de l'entreprise qui fournit un SIEG a été effectué dans le cadre d'une procédure de marché public ou, à défaut, si la compensation versée pour ce SIEG a été déterminée sur la base d'une analyse des coûts supportés par une entreprise moyenne et bien gérée). La Commission constate que les hôpitaux IRIS n'ont pas été sélectionnés dans le cadre d'une procédure de marché public pour aucune des obligations de service public confiées par les autorités belges. En effet, ces obligations leur ont été conférées au moyen d'une procédure d'agrément (telle que prévue par la LCH) ou en vertu de conventions et d'autres documents (comme, par exemple, des plans stratégiques). On peut donc en conclure que la première partie du critère en question n'est pas satisfaite en l'espèce.
- (56) En ce qui concerne la deuxième partie du critère examiné, la Commission constate que les renseignements fournis tant par les autorités belges que par les plaignants ne suffisent pas à établir que les mécanismes de compensation des obligations de service public confiées aux hôpitaux IRIS respectent le critère de l'opérateur efficace au sens de la quatrième condition énoncée dans l'Arrêt *Altmark*. Rien n'indique que la compensation versée s'appuie sur une analyse des coûts d'une entreprise moyenne présentant les caractéristiques requises par la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne. De même, il n'existe pas de preuves suffisantes de ce que les hôpitaux IRIS (ou, à cet égard, les hôpitaux privés qui ont déposé la plainte) peuvent eux-mêmes être considérés comme des entreprises moyennes, bien gérées et adéquatement équipées. Il ne semble pas avoir été tenu compte, aux fins de la détermination de la compensation octroyée, de considérations ayant trait à une gestion saine ou à l'adéquation des équipements. Enfin, il convient d'indiquer qu'un mécanisme de compensation couvrant le déficit des hôpitaux IRIS sans tenir compte de l'efficacité avec laquelle ces hôpitaux sont gérés ne saurait satisfaire au quatrième critère *Altmark*.
- (57) La Commission considère par conséquent que le quatrième critère énoncé dans l'Arrêt *Altmark* n'est pas rempli en l'espèce. Comme les conditions énoncées dans ce dernier sont cumulatives, le non-respect d'une des quatre conditions conduit nécessairement à conclure que les mesures de financement examinées confèrent un avantage économique au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE.

3.2.1.3. *Sélectivité*

- (58) Pour entrer dans le champ d'application de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE, une mesure d'État doit favoriser "certaines entreprises ou certaines productions". En conséquence, seules les mesures favorisant des entreprises qui confèrent un avantage de façon sélective relèvent de la notion d'aide.
- (59) La Commission fait observer que les mesures de financement public visant à couvrir les coûts afférents à l'exercice des activités hospitalières générales (soit la mission hospitalière de base) ne sont accordées qu'aux établissements de soins de santé qui sont des "hôpitaux" au sens de la législation applicable (et notamment de la LCH), ce qui exclut donc tout autre prestataire de soins de santé, ainsi que les opérateurs présents dans d'autres secteurs d'activité. Ces mesures ont par conséquent un caractère sélectif. Les mesures de financement public concernant les SIEG complémentaires que les hôpitaux IRIS sont prétendument chargés d'exécuter [voir le point (28) ci-dessus] sont également sélectives, puisque seuls les hôpitaux publics peuvent en bénéficier. En outre, le mécanisme de financement mis en place afin de couvrir les pertes des hôpitaux publics, mais non celles des hôpitaux privés, doit également être considéré comme ayant un caractère sélectif.

3.2.2. *Ressources d'État*

- (60) Pour qu'une mesure constitue une aide d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE, elle doit être accordée par l'État ou au moyen de ressources d'État. Les ressources d'État comprennent toutes les ressources du secteur public⁽⁷¹⁾, y compris les ressources des entités intra-étatiques (décentralisées, fédérées, régionales ou autres)⁽⁷²⁾.
- (61) En l'espèce, toutes les mesures de financement examinées sont accordées par les autorités publiques, en fonction de leurs compétences respectives, au moyen de ressources publiques, et sont imputables à l'État. Comme indiqué plus haut, les activités de service public prévues par la Loi fédérale sont principalement financées, pour les hôpitaux tant publics que privés, par compensation des coûts d'exploitation au moyen du BMF accordé par l'État, par les montants versés par la sécurité sociale par l'intermédiaire de l'INAMI⁽⁷³⁾, ainsi que par d'autres compensations et aides à l'investissement octroyées par l'État ou les autorités locales. Les fonds supplémentaires que les hôpitaux publics, dont les hôpitaux IRIS, peuvent recevoir de leurs communes respectives afin de couvrir les déficits générés par l'exercice des activités de service public à caractère hospitalier [financement en vertu de l'article 109 (devenu l'article 125) de la LCH] proviennent également de ressources publiques. Les missions sociales confiées par les CPAS aux hôpitaux IRIS seraient financées (en partie) par une subvention annuelle spéciale de 10 millions d'euros au maximum, versée par les communes respectives (qui bénéficient à cet effet de subventions spéciales de la Région de Bruxelles-Capitale) et qui peut s'inscrire dans le cadre du mécanisme de compensation des déficits [voir le point (92) ci-après].

⁽⁷¹⁾ Affaire T-358/94, Compagnie nationale Air France/Commission des Communautés européennes (Rec. 1996, p. II-2109, point 56).

⁽⁷²⁾ Affaire 248/84, République fédérale d'Allemagne/Commission des Communautés européennes (Rec. 1987, p. 4013, point 17), et affaires jointes T-92/00 et T-103/00, Territorio Histórico de Álava — Diputación Foral de Álava (T-92/00), Ramondín, SA et Ramondín Cápsulas, SA (T-103/00)/Commission des Communautés européennes (Rec. 2002, p. II-1385, point 57).

⁽⁷³⁾ L'INAMI est une institution fédérale placée sous la tutelle du Ministre fédéral des Affaires sociales.

3.2.3. Distorsion de la concurrence et effets sur les échanges

- (62) Les aides publiques aux entreprises ne constituent des aides d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE que si elles "faussent ou menacent de fausser la concurrence", et ce uniquement dans la mesure où elles "affectent les échanges entre États membres".

Distorsion de la concurrence

- (63) Une mesure octroyée par l'État est considérée comme faussant ou menaçant de fausser la concurrence lorsqu'elle est de nature à renforcer la position concurrentielle du bénéficiaire par rapport à d'autres entreprises concurrentes⁽⁷⁴⁾. Dans la pratique, une distorsion de la concurrence est donc présumée dès lors que l'État octroie un avantage financier à une entreprise dans un secteur libéralisé où la concurrence existe ou pourrait exister.
- (64) Compte tenu du fait qu'il existe un certain degré de concurrence entre les hôpitaux publics, les hôpitaux privés et d'autres établissements de soins de santé, le financement public accordé à certains établissements de soins de santé (dont les hôpitaux IRIS), aux fins du financement des activités hospitalières, qu'ils exercent en vertu des obligations de services publics leur incombant, est susceptible de fausser la concurrence. Il en va de même pour ce qui est des activités sociales complémentaires des hôpitaux IRIS (dans la mesure où elles constituent des activités économiques).

Effets sur les échanges entre États membres

- (65) Selon la jurisprudence des juridictions européennes, toute aide octroyée à une entreprise exerçant ses activités dans le marché intérieur peut être susceptible d'affecter les échanges entre États membres⁽⁷⁵⁾. En ce qui concerne les règles en matière d'aides d'État, une incidence sur les échanges n'est a priori pas exclue du fait du caractère local ou régional du service fourni. Bien qu'il n'existe pas de seuil ou de pourcentage stricts en deçà desquels il peut être considéré que les échanges entre États membres ne sont pas affectés, la portée limitée de l'activité économique, telle qu'elle peut être attestée par un chiffre d'affaires très faible, rend une incidence sur le marché moins probable.
- (66) La Commission observe en l'espèce que le secteur des soins de santé, en général, et des soins de santé dispensés en milieu hospitalier, en particulier, fait l'objet d'échanges au sein de l'Union européenne. Les acteurs hospitaliers et les médecins du secteur privé d'autres États membres peuvent entrer sur le marché sur lequel les hôpitaux IRIS sont présents. Il s'ensuit que toute mesure améliorant la position concurrentielle de ces derniers est susceptible de limiter les possibilités qu'ont des entreprises établies dans d'autres États membres d'entrer sur le même marché belge que celui où ces hôpitaux exercent des activités, affectant en cela les échanges entre États membres.
- (67) La Commission note également que la mobilité transfrontière des patients croît. Certes, les soins de santé continuent de relever de la compétence des États membres, et la mobilité des patients fait l'objet de dispositions strictes régissant les interventions des systèmes de sécurité sociale nationaux. En effet, dans la pratique, les soins hospitaliers sont généralement fournis à proximité du lieu de résidence du patient, dans un environnement culturel qui lui est familier et qui lui permet d'établir une relation de confiance avec les médecins qui le soignent. Les déplacements transfrontières se produisent surtout dans les régions frontalières ou lorsque des patients souhaitent bénéficier d'un traitement hautement spécialisé pour un problème de santé spécifique. Enfin, l'étendue selon laquelle les aides consenties aux hôpitaux publics qui sont examinées en l'espèce sont susceptibles d'encourager la mobilité transfrontière des patients n'est pas clairement établie. Néanmoins, considérant que, parmi les hôpitaux IRIS, figurent des hôpitaux hautement spécialisés de renommée internationale⁽⁷⁶⁾ et que la Région de Bruxelles-Capitale accueille de très nombreux citoyens d'autres États membres ayant généralement le choix en ce qui concerne le lieu de prestation des services médicaux, la Commission considère que la mobilité des patients peut concourir à une éventuelle incidence des mesures examinées sur les échanges.
- (68) En conclusion, la Commission ne peut exclure en l'espèce que les mesures de financement des activités hospitalières des hôpitaux IRIS aient une incidence sur les échanges entre États membres.
- (69) Enfin, en ce qui concerne les activités sociales complémentaires des hôpitaux IRIS, à savoir les missions sociales déléguées par les CPAS, la Commission constate que, dans la mesure où ces activités peuvent présenter un caractère économique, et compte tenu du fait qu'elles sont étroitement liées aux activités hospitalières des hôpitaux, il y a tout lieu de présumer qu'elles sont exercées sur un marché ouvert aux entreprises d'autres États membres. Toute aide publique octroyée aux hôpitaux IRIS aux fins de l'exercice de ces activités est par conséquent susceptible d'affecter les échanges entre États membres.

⁽⁷⁴⁾ Affaire 730/79, Philip Morris Holland BV/Commission des Communautés européennes (Rec. 1980, p. 267, point 11), et affaires jointes T-298/97, T-312/97, T-313/97, T-315/97, T-600/97 à 607/97, T-1/98, T-3/98 à T-6/98 et T-23/98, Alzetta Mauro e.a./Commission des Communautés européennes (Rec. 2000, p. II-2325, point 80).

⁽⁷⁵⁾ Affaire 730/79, Philip Morris Holland BV/Commission des Communautés européennes (Rec. 1980, points 11 et 12) et affaire T-214/95, Het Vlaamse Gewest (Région flamande)/Commission des Communautés européennes (Rec. 1998, p. II-717, points 48 à 50).

⁽⁷⁶⁾ En particulier l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola et l'Institut Bordet (spécialisé en oncologie).

3.2.4. Conclusion

- (70) Eu égard aux considérations qui précèdent, la Commission estime que, en ce qui concerne les compensations versées pour les activités hospitalières exercées par les hôpitaux IRIS, les critères cumulatifs ayant trait aux aides d'État sont remplis et que cette partie du financement octroyé aux hôpitaux IRIS constitue par conséquent une aide d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE.
- (71) Comme indiqué plus haut [voir le point (48)], la Commission, se fondant sur les informations dont elle dispose à ce stade, souhaite obtenir des précisions pour pouvoir déterminer si la mission sociale complémentaire assumée par les hôpitaux IRIS présente ou non un caractère économique. Elle invite donc les autorités belges et toute partie intéressée à lui fournir toute information utile et à formuler des observations permettant de déterminer le caractère économique ou non économique de ces activités.

3.3. Légalité des mesures d'aide

- (72) La Commission constate que les mesures visées par la présente décision, en ce qu'elles constituent une aide d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE, n'ont pas été notifiées conformément à l'article 108, paragraphe 3, du TFUE. Certaines pourraient toutefois être concernées par une décision d'exemption, comme cela sera expliqué plus en détail ci-après (voir la section 3.4.1).

3.4. Compatibilité avec le marché intérieur

3.4.1. Base juridique

Remarques générales

- (73) Dans la mesure où le financement public des hôpitaux IRIS constitue une aide d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE, il convient d'apprécier sa compatibilité avec le marché intérieur. Les raisons pour lesquelles une mesure d'aide d'État peut ou doit être déclarée compatible avec le marché intérieur sont énumérées à l'article 106, paragraphe 2, et à l'article 107, paragraphes 2 et 3, du TFUE.
- (74) Les autorités belges ayant affirmé avec constance que le financement public des hôpitaux IRIS constitue une compensation pour l'exercice de services d'intérêt économique général (SIEG), la compatibilité des mesures de financement avec le marché intérieur doit être évaluée principalement à la lumière de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE. Celui-ci dispose que:

“les entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général ou présentant le caractère d'un monopole fiscal sont soumises aux règles des traités, notamment aux règles de concurrence, dans les limites où l'application de ces règles ne fait pas échec à l'accomplissement en droit ou en fait de la mission particulière qui leur a été impartie. Le développement des échanges ne doit pas être affecté dans une mesure contraire à l'intérêt de l'Union.”

Application de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE dans le temps

- (75) La Commission a défini les conditions précises d'applicabilité de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE dans divers instruments, dont les plus récents sont, notamment, l'Encadrement SIEG de 2012⁽⁷⁷⁾ et la décision SIEG de 2012⁽⁷⁸⁾ (ci-après dénommés conjointement le “Paquet SIEG de 2012”), après avoir adopté et appliqué l'Encadrement SIEG de 2005⁽⁷⁹⁾ et la décision SIEG de 2005⁽⁸⁰⁾. Toute mesure d'aide satisfaisant aux critères énoncés dans la décision SIEG de 2012 est considérée comme compatible avec le marché intérieur et ne doit pas être notifiée. Les mesures d'aide qui n'entrent pas dans le champ d'application de la décision SIEG de 2012 parce qu'elles ne remplissent pas tous les critères qui y sont fixés doivent être appréciées conformément à l'Encadrement SIEG de 2012 après avoir été notifiées.
- (76) En l'espèce, le financement public des hôpitaux IRIS qui est examiné remonte à 1996 et est donc antérieur à la décision et à l'Encadrement SIEG de 2012. Toutefois, le Paquet SIEG de 2012 fixe — à l'article 10 de la décision SIEG de 2012 et au point 69 de l'Encadrement SIEG de 2012 — des règles concernant son application également aux aides octroyées avant son entrée en vigueur, laquelle est intervenue le 31 janvier 2012. En vertu de ces dispositions, il convient de distinguer trois situations différentes, comme indiqué dans les points ci-après.

⁽⁷⁷⁾ Communication de la Commission — Encadrement de l'Union européenne applicable aux aides d'État sous forme de compensations de service public, JO C 8 du 11.1.2012, p. 15.

⁽⁷⁸⁾ Décision de la Commission du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général, JO L 7 du 11.1.2012, p. 3.

⁽⁷⁹⁾ Encadrement de l'Union européenne applicable aux aides d'État sous forme de compensations de service public, JO C 297 du 29.11.2005, p. 4.

⁽⁸⁰⁾ Décision de la Commission du 28 novembre 2005 relative à l'application de l'article 86, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général, JO L 312 du 29.11.2005, p. 67.

- (77) Premièrement, les aides octroyées avant le 19 décembre 2005: aux termes de l'article 10, point b), de la décision SIEG de 2012,

“toute aide octroyée avant l'entrée en vigueur de la présente décision, qui n'était pas compatible avec le marché intérieur ni exemptée de l'obligation de notification conformément à la décision 2005/842/CE [la décision SIEG de 2005] mais remplit les conditions énoncées dans la présente décision, est compatible avec le marché intérieur et exemptée de l'obligation de notification préalable”.

Les mesures d'aide qui ont été octroyées avant le 19 décembre 2005, date à laquelle la décision SIEG de 2005 est entrée en vigueur, ne peuvent être déclarées compatibles avec le marché intérieur ni être exemptées de l'obligation de notification conformément à la décision SIEG de 2005, étant donné que celle-ci ne s'applique pas rétroactivement. Pour être déclarées compatibles avec le marché intérieur et être exemptées de l'obligation de notification, ces mesures doivent par conséquent remplir toutes les conditions énoncées dans la décision SIEG de 2012, qui contient des dispositions sur l'application rétroactive des règles. Si elles ne satisfont pas aux conditions énoncées dans la décision de 2012, les mesures peuvent toujours être déclarées compatibles avec le marché intérieur — mais ne peuvent être exemptées de l'obligation de notification — conformément à l'Encadrement SIEG de 2012, à la lumière des points 61 et 69 de celui-ci.

- (78) Deuxièmement, les aides octroyées au cours de la période comprise entre le 19 décembre 2005 et le 31 janvier 2012: aux termes de l'article 10, point a), de la décision SIEG de 2012,

“tout régime d'aide octroyé avant l'entrée en vigueur de la présente décision, qui était compatible avec le marché intérieur et exempté de l'obligation de notification conformément à la décision 2005/842/CE, reste compatible avec le marché intérieur et est exempté de l'obligation de notification pendant une période supplémentaire de deux ans”.

Toutes les mesures qui ont été octroyées au cours de la période comprise entre le 19 décembre 2005 (date d'entrée en vigueur de la décision SIEG de 2005) et le 31 janvier 2012 (date d'entrée en vigueur de la décision SIEG de 2012) seront donc appréciées principalement à la lumière de la décision SIEG de 2005. Si les mesures en question satisfont aux conditions énoncées dans la décision SIEG de 2005, elles seront déclarées compatibles avec le marché intérieur et exemptées de l'obligation de notification, mais seulement à partir de la date à laquelle elles ont été octroyées jusqu'au 30 janvier 2014 inclus (elles devront alors, pour la période commençant le 31 janvier 2014, faire l'objet d'une appréciation à la lumière de la décision SIEG de 2012). Si les mesures en question ne remplissent pas les conditions fixées dans la décision SIEG de 2005, elles seront appréciées conformément à l'article 10, point b), de la décision SIEG de 2012 ou, si toutes les conditions de cette dernière décision ne sont pas réunies, à la lumière des points 61 et 69 de l'Encadrement SIEG de 2012.

- (79) Troisièmement, les aides qui ont été octroyées à partir du 31 janvier 2012: toutes les mesures d'aides qui ont été accordées après la date d'entrée en vigueur du Paquet SIEG de 2012 seront appréciées principalement à la lumière de la décision SIEG de 2012 et, si toutes les conditions de cette dernière ne sont pas remplies, du point 61 de l'Encadrement SIEG de 2012.

Applicabilité de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE et des décisions SIEG

- (80) L'article 106, paragraphe 2, du TFUE et les Paquets SIEG fondés sur celui-ci ne s'appliquent qu'aux compensations versées à une entreprise chargée de la gestion d'un véritable service d'intérêt économique général. La Commission estime à première vue que les activités des hôpitaux IRIS bénéficiant du financement public (à savoir, la “mission hospitalière étendue” et la “mission sociale complémentaire”) peuvent être qualifiées de véritables services d'intérêt économique général, comme l'ont fait valoir les autorités belges.
- (81) La Commission considère en outre que l'octroi de fonds publics aux hôpitaux IRIS pour l'exécution de SIEG semble également à première vue entrer dans le champ d'application matériel des décisions SIEG de 2005 et de 2012, conformément à l'article 2 de celles-ci. Comme précisé à son article 2, paragraphe 1, points b) et c), la décision SIEG de 2012 s'applique aux aides d'État octroyées sous la forme de compensations de SIEG aux hôpitaux qui fournissent des soins médicaux (y compris l'exercice d'activités connexes directement liées aux activités principales) et aux entreprises qui fournissent des SIEG répondant à des besoins sociaux concernant, entre autres, les soins de santé et l'inclusion sociale des groupes vulnérables. De même, comme indiqué à son article 2, paragraphe 1, point b), la décision SIEG de 2005 s'applique aux aides d'État consistant en l'octroi de compensations de SIEG aux hôpitaux, notamment aux fins de la fourniture de services annexes⁽⁸¹⁾. Comme les SIEG exécutés par les hôpitaux IRIS pour lesquels des fonds publics sont octroyés sont tous susceptibles d'entrer dans ces catégories d'activités, la Commission estime que les mesures de financement en cause en l'espèce semblent à première vue entrer dans le champ d'application matériel des décisions SIEG de 2005 et de 2012, conformément aux dispositions des articles 2 de ces deux décisions qui ont été mentionnés plus haut.

⁽⁸¹⁾ Ibidem, considérant 16.

Observations complémentaires

- (82) Avant d'examiner si le financement public octroyé aux hôpitaux IRIS constitue ou non une aide d'État compatible avec l'article 106, paragraphe 2, du TFUE, la Commission rappelle la conclusion du Tribunal concernant la nature spécifique du service public hospitalier. Le Tribunal a notamment précisé que "les États membres organisent leur système national de santé en fonction des principes qu'ils choisissent, en particulier, les obligations afférentes au service public hospitalier peuvent comprendre tant des obligations imposées à tout établissement hospitalier que des obligations complémentaires imposées uniquement aux établissements publics, compte tenu de leur importance accrue pour le bon fonctionnement du système national de santé" ⁽⁸²⁾.
- (83) La Commission rappelle également la remarque liminaire du Tribunal selon laquelle "lorsque des exigences différentes incombent aux entités, publiques et privées, chargées du même service public, ce qui suppose un niveau différent des coûts et de la compensation, ces différences doivent ressortir clairement de leurs mandats respectifs" ⁽⁸³⁾. Le Tribunal a également observé qu'"une aide d'État qui, par certaines de ses modalités, viole les principes généraux du droit de l'Union, tel le principe d'égalité de traitement, ne saurait être déclarée compatible avec le marché intérieur par la Commission" ⁽⁸⁴⁾.

3.4.2. Compatibilité au regard du Paquet SIEG 2012

- (84) Comme mentionné plus haut [voir le point (81) ci-dessus], le financement public des hôpitaux IRIS relève, en principe, du champ d'application matériel des décisions SIEG de 2005 et 2012. Même si ce financement public ne respecte pas tous les critères de compatibilité établis dans ces deux décisions, il peut être déclaré compatible avec le marché intérieur sur le fondement de l'Encadrement SIEG de 2012 (au regard du point 61 de cet Encadrement), à condition qu'il soit nécessaire pour permettre au service d'intérêt économique général concerné de fonctionner et qu'il n'affecte pas le développement des échanges dans une mesure contraire à l'intérêt de l'Union.
- (85) Les conditions de compatibilité de base qui sous-tendent l'article 106, paragraphe 2, du TFUE et qui figurent dans les décisions SIEG de 2005 et de 2012 ainsi que dans l'Encadrement SIEG de 2012 sont notamment les suivantes:
- a) la responsabilité de la gestion du SIEG doit être confiée à l'entreprise concernée au moyen d'un ou de plusieurs actes, dont la forme peut être déterminée par chaque État membre. Un tel acte doit clairement préciser la nature et la durée des obligations de service public; l'entreprise à laquelle incombent ces obligations et, s'il y a lieu, le territoire concerné; et la nature de tout droit exclusif ou spécial octroyé à l'entreprise [voir l'article 4, points a) à c), des décisions SIEG de 2005 et 2012, ainsi que le point 16 a) à c) de l'Encadrement SIEG de 2012];
 - b) l'acte de mandatement doit contenir une description du mécanisme de compensation et des paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation [voir l'article 4, point d), des décisions SIEG de 2005 et 2012, ainsi que le point 16 d) de l'Encadrement SIEG de 2012];
 - c) il convient de prévoir des modalités de récupération des éventuelles surcompensations et les moyens d'éviter ces dernières, et aucune surcompensation ne doit être accordée [voir l'article 4, point e), et l'article 5 des décisions SIEG de 2005 et 2012, ainsi que le point 16e) et la section 2.8 de l'Encadrement SIEG de 2012].
- (86) À la lumière des conclusions du Tribunal ⁽⁸⁵⁾, selon lesquelles il existe des doutes sérieux quant à la compatibilité avec le marché intérieur du financement public litigieux des hôpitaux IRIS au regard des critères relatifs à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE, la Commission se doit d'ouvrir la procédure formelle d'examen. En conséquence, compte tenu des doutes exprimés par le Tribunal ⁽⁸⁶⁾, la Commission invite les autorités belges, les plaignants et toute autre partie intéressée à communiquer toutes les informations pertinentes pour vérifier la compatibilité avec le marché intérieur du financement public litigieux, notamment en ce qui concerne les conditions essentielles des décisions SIEG de 2005 et 2012 et de l'Encadrement SIEG de 2012 rappelées ci-dessous.

⁽⁸²⁾ Arrêt rendu dans l'affaire T-137/10, CBI/Commission, (non encore publié au Recueil), point 93.

⁽⁸³⁾ Ibidem, point 95.

⁽⁸⁴⁾ Ibidem, point 95.

⁽⁸⁵⁾ Voir, à ce sujet, l'affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, points 310 et 313).

⁽⁸⁶⁾ Voir, à ce sujet, l'affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, point 308).

1. *L'existence d'actes de mandatement définissant clairement les SIEG complémentaires des hôpitaux IRIS*

- (87) La mission hospitalière de base est clairement définie à l'article 2 de la LCH [voir le point (20)] et dans les exigences connexes de la LCH [voir le point (21)]. En effet, la LCH fournit le cadre applicable à l'organisation du secteur hospitalier belge. Ce cadre comprend la programmation hospitalière, qui fixe des limites au nombre de lits d'hôpitaux, de services hospitaliers et d'appareils médicaux (comme les scanners) pouvant être mis en service et utilisés. Il existe, en outre, des conditions détaillées en matière d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers. Seuls les services hospitaliers agréés qui remplissent les conditions de la programmation sont admissibles au bénéfice d'un financement public. Par ailleurs, ni les plaignants ni le Tribunal n'ont émis de doutes quant à cette mission hospitalière de base⁽⁸⁷⁾ (concernant sa définition, son mandat ou sa compensation par un financement public). Toutefois, à la lumière des doutes soulevés par le Tribunal dans son Arrêt, la Commission demande d'autres éclaircissements au sujet des actes de mandatement pour ce qui est des SIEG complémentaires des hôpitaux IRIS [voir le point (28) ci-dessus].
- (88) En particulier, à ce stade, la Commission a identifié trois types de documents susceptibles d'être considérés, conjointement ou séparément, comme des actes de mandatement pertinents pour les SIEG complémentaires: la Loi CPAS, les plans stratégiques d'IRIS et les conventions "domicile de secours"⁽⁸⁸⁾.
- En ce qui concerne la mission de soins universelle, la Commission note qu'une partie de cette mission (en particulier celle consistant à fournir des soins aux personnes assistées par le CPAS, et dont les coûts sont supportés par ce dernier) semble être conférée par la convention "domicile de secours". Dans le même temps, le Tribunal a conclu qu'il y avait des doutes sérieux quant à l'existence d'obligations de service public clairement définies spécifiques à la mission des hôpitaux IRIS⁽⁸⁹⁾. En conséquence, la Commission demande des éclaircissements supplémentaires au sujet du mandatement de la mission de soins universelle.
- En ce qui concerne la mission multisite (l'obligation de maintenir des hôpitaux sur des sites multiples), sur la base des observations du Tribunal⁽⁹⁰⁾, la Commission demande actuellement des éclaircissements sur la définition précise de cette mission dans les plans stratégiques et tout autre document pertinent définissant ce SIEG complémentaire.
- Enfin, en ce qui concerne les missions sociales complémentaires, à la lumière des conclusions du Tribunal⁽⁹¹⁾, la Commission demande des explications supplémentaires aux autorités belges quant au contenu précis des missions sociales complémentaires et aux dispositions légales qui confèrent ces missions aux hôpitaux IRIS.
- (89) En résumé, la Commission invite les autorités belges à fournir des éclaircissements supplémentaires sur la définition exacte de la mission de soins universelle, de la mission multisite et de la mission sociale complémentaire conférées aux hôpitaux IRIS. Les autorités belges sont, en outre, invitées à préciser si ces missions leur sont conférées par la Loi CPAS, les plans stratégiques IRIS, les conventions "domicile de secours" ou par tout autre document, le cas échéant [voir le point (27)], et à fournir les références précises des dispositions dans lesquelles sont définies et conférées les missions.

2. *L'existence de paramètres de compensation clairement prédéfinis pour les SIEG complémentaires*

- (90) Les différents mécanismes de financement public pour la mission hospitalière de base sont clairement établis dans la LCH et les modalités d'application correspondantes. En particulier, la LCH fixe les principaux principes de détermination du BMF [voir le point (13)], l'Arrêté royal du 25 avril 2002 établissant, lui, des conditions plus détaillées par type de coûts. Ces règles précises permettent au Ministre fédéral en charge de la santé publique de calculer le BMF pour chaque hôpital. En ce qui concerne le financement accordé par l'intermédiaire de l'INAMI [voir le point (13) b)], la Loi du 14 juillet 1994 précise la manière de déterminer la nomenclature dressant la liste des services médicaux et des médicaments admissibles à une compensation par la sécurité sociale. Cette nomenclature, publiée au Moniteur belge, permet aussi de déterminer la contribution exacte de la sécurité sociale à chaque traitement médical. Comme ni les plaignants ni le Tribunal n'ont remis en cause les financements publics accordés par l'intermédiaire du BMF et de l'INAMI, la Commission ne demande pas d'autres éclaircissements au sujet de ces mesures.

⁽⁸⁷⁾ Voir, à ce sujet, l'affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, points 119 et 120).

⁽⁸⁸⁾ Dans ce contexte, il convient de rappeler que le Tribunal a convenu que les plans stratégiques d'IRIS étaient des actes de puissance publique et étaient contraignants pour les hôpitaux IRIS [voir l'affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, point 114)].

⁽⁸⁹⁾ Voir, à ce sujet, l'affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, points 123 et 151).

⁽⁹⁰⁾ Voir aussi, à ce sujet, *ibidem*, points 152 à 159.

⁽⁹¹⁾ Voir aussi, à ce sujet, *ibidem*, points 180 à 186.

- (91) Les autorités belges affirment que les SIEG complémentaires entraînent des coûts qui ne sont pas intégralement couverts par les sources de financement décrites dans la LCH. En conséquence, elles affirment que les SIEG complémentaires contribuent au déficit des hôpitaux IRIS que doivent supporter les communes concernées. Comme mentionné plus haut [voir le point (14) ci-dessus], l'article 109 (devenu l'article 125) de la LCH requiert que les communes couvrent une partie de ce déficit (calculée par le Ministre fédéral de la santé publique). Les autorités belges expliquent qu'en pratique, les communes bruxelloises concernées supportent l'intégralité du déficit comptable [même si celui-ci excède le déficit visé à l'article 109 (devenu l'article 125) de la LCH] sur la base des dispositions des statuts ⁽⁹²⁾ de chaque hôpital IRIS (en particulier l'article 46, qui dispose que les déficits comptables de l'hôpital sont supportés par les CPAS et les communes concernées). En outre, l'article 61 de la Loi CPAS précise que le CPAS peut collaborer avec des établissements ou des services (publics ou privés) pour fournir l'aide requise aux citoyens. Cet article ajoute que le CPAS peut supporter les frais d'une telle collaboration s'ils ne sont pas couverts en exécution d'une autre Loi, d'un règlement, d'un contrat ou d'une décision judiciaire. Les autorités belges sont invitées à préciser sur lesquelles de ces bases (ou toute autre base, le cas échéant) sont compensés les déficits des hôpitaux IRIS (auxquels contribuent les coûts de chaque SIEG complémentaire) et à fournir les références précises des dispositions concernées des bases juridiques applicables qui établissent les modalités précises de cette compensation des déficits.
- (92) En ce qui concerne spécifiquement les paiements d'un montant maximal de 10 millions d'euros par an [voir le point (16) ci-dessus] apparemment destinés à financer principalement les missions sociales complémentaires, les autorités belges affirment que les communes utilisent ces montants pour pouvoir remplir leur obligation de compensation des déficits (découlant de l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS et/ou de l'article 109 de la LCH). Comme décrit plus haut [voir le point (17)], la Commission demande des éclaircissements quant à la question de savoir si ces paiements, d'un montant maximal de 10 millions d'euros, effectués par la Région de Bruxelles-Capitale en faveur des communes, peuvent ou non être considérés comme des transferts de ressources financières intra-étatiques. Elle demande également de lui préciser si le transfert de ces ressources des communes vers les hôpitaux IRIS peut ou non être considéré comme une opération distincte du mécanisme de couverture des déficits décrit plus haut [voir le point (91)]. Si ce transfert est considéré comme une opération distincte, la Commission demande aux autorités belges de fournir la base juridique applicable qui établit ses modalités précises.
- (93) Enfin, les autorités belges indiquent que, dans la pratique, le délai est long (jusqu'à dix ans) entre le moment où le déficit comptable est connu et celui où le déficit de l'hôpital est déterminé par le Ministre de la santé publique sur la base de l'article 109 (devenu l'article 125) de la LCH. Pour éviter que les hôpitaux IRIS doivent attendre aussi longtemps, les communes concernées ont décidé de compenser (partiellement) leurs déficits avant d'avoir reçu la lettre officielle du Ministre de la santé demandant ce paiement. Les autorités belges sont invitées à préciser si elles considèrent qu'il s'agit d'un mécanisme d'avances récupérables et à quel moment, de quelle manière, à quelles conditions et sur quelle base juridique (par exemple, l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS) ces paiements sont effectués (le cas échéant). Il est également demandé aux autorités belges d'indiquer si ces paiements (le cas échéant) sont considérés ou non comme une mesure d'aide distincte du mécanisme de couverture des déficits [voir le point (91) ci-dessus] et de préciser si ces avances (le cas échéant) ont été financées par l'intermédiaire du FRBRTC [voir le point (17) ci-dessus].

3. *L'existence de mécanismes permettant d'éviter la surcompensation des SIEG complémentaires, l'absence de surcompensation et l'obligation de rembourser toute surcompensation (le cas échéant)*

- (94) Les autorités belges ont fourni plusieurs éléments pour démontrer que le financement des hôpitaux par l'intermédiaire du BMF et de la sécurité sociale (INAMI) a été établi de façon à réduire le risque de surcompensation. En particulier, elles ont expliqué que le BMF consistait principalement en un financement forfaitaire fondé sur une moyenne des chiffres réels. Comme ces taux ont été fixés sur la base des coûts réels des hôpitaux des années précédentes (sans surcompensation) et ont peu évolué au fil du temps, le risque de surcompensation est considéré comme minimal. En outre, les autorités belges ont décrit les mécanismes en place pour détecter les surcompensations et en garantir le remboursement, le cas échéant. Cela concerne entre autres les contrôles effectués par les mutuelles ⁽⁹³⁾ et par l'INAMI lui-même pour ce qui est du financement INAMI, et les contrôles et inspections effectués par le Ministère de la santé publique dans le cas du BMF. Ces mécanismes s'ajoutent aux obligations qu'ont les hôpitaux IRIS d'établir un système centralisé de facturation hospitalière et de fournir plusieurs types d'informations pour recevoir un financement de types INAMI et BMF. Enfin, la comptabilité et les comptes annuels de chaque hôpital doivent obligatoirement être contrôlés par un réviseur d'entreprise indépendant. Compte tenu de ces éléments, la Commission ne doute pas de l'existence de mécanismes permettant d'éviter les surcompensations ni de l'obligation de rembourser toute surcompensation en ce qui concerne le financement public de la mission hospitalière de base.

⁽⁹²⁾ Ces statuts ont été établis au moment de la création des associations de droit public contrôlant les hôpitaux IRIS [voir aussi le point (11) ci-dessus]. Comme les pouvoirs publics (communes et CPAS) ont la majorité des droits de vote au sein de ces associations, leurs statuts peuvent être considérés comme des actes de puissance publique.

⁽⁹³⁾ Il s'agit des organismes privés chargés du remboursement des frais médicaux dans le système belge de sécurité sociale (en particulier l'assurance soins de santé et invalidité obligatoire). Les mutuelles sont supervisées par l'INAMI et doivent effectuer certains contrôles avant de rembourser les frais.

- (95) À la lumière des conclusions du Tribunal, la Commission demande toutefois des éclaircissements quant à l'existence ou non de mesures similaires (suffisantes) pour éviter toute surcompensation dans le cas des SIEG complémentaires, notamment par l'intermédiaire du mécanisme de couverture des déficits, en combinaison avec les avances récupérables [le cas échéant; voir le point (93) ci-dessus] ⁽⁹⁴⁾. En conséquence, la Commission invite les autorités belges à lui transmettre des renseignements complémentaires sur les dispositions prévues pour éviter et récupérer toute surcompensation éventuelle, et en particulier sur l'obligation légale faite ou non aux hôpitaux IRIS de rembourser les avances qu'ils ont pu recevoir pour éviter toute surcompensation.
- (96) En ce qui concerne en particulier les paiements d'un montant maximal de 10 millions d'euros par an [voir le point (16) ci-dessus], la Commission a déjà demandé que lui soit précisé si ces paiements peuvent ou non être considérés comme une opération distincte de la compensation des déficits des hôpitaux IRIS [voir le point (92) ci-dessus]. S'ils sont effectivement considérés comme une opération distincte, la Commission demande également de plus amples renseignements sur l'existence ou non de mesures suffisantes pour garantir que la compensation n'excède pas ce qui est nécessaire pour couvrir les coûts occasionnés par l'exécution des obligations de service public ⁽⁹⁵⁾.
- (97) La Commission demande enfin aux autorités belges de démontrer clairement que, dans les faits, aucune surcompensation n'a été octroyée aux hôpitaux IRIS depuis qu'ils ont commencé à exercer leurs activités en tant que structures juridiques indépendantes.

4. *Autres conditions prévues par la décision SIEG de 2012 et l'Encadrement SIEG de 2012*

- (98) En plus des informations demandées plus haut, la Commission invite les autorités belges à fournir toute argumentation complémentaire utile éventuelle, accompagnée de documents spécifiques et détaillés indiquant pourquoi et dans quelle mesure les mesures de financement public des hôpitaux IRIS relèvent de la décision SIEG de 2012 ou de l'Encadrement SIEG de 2012 et si, pourquoi et dans quelle mesure tous les critères de compatibilité établis par ceux-ci sont remplis. Les autres parties intéressées sont également invitées à présenter leurs observations à cet égard.

3.4.3. **Compatibilité au regard de la décision SIEG de 2005**

- (99) La Commission note que la décision SIEG de 2005 contient de nombreuses conditions de compatibilité identiques à celles du Paquet SIEG de 2012, notamment celles mentionnées au point (85) ci-dessus ⁽⁹⁶⁾. La Commission estime donc, pour les mêmes raisons que celles exposées pour le Paquet SIEG de 2012, qu'il convient de demander des éclaircissements quant au respect par le financement public des hôpitaux IRIS pour les SIEG complémentaires (définis au point (28) ci-dessus) de toutes les conditions fixées par la décision SIEG de 2005.
- (100) En plus des informations demandées plus haut, la Commission invite les autorités belges à fournir toute argumentation complémentaire utile éventuelle, accompagnée de documents spécifiques et détaillés indiquant pourquoi et dans quelle mesure les mesures de financement public des hôpitaux IRIS relèvent de la décision SIEG de 2005; et si, pourquoi et dans quelle mesure, tous les critères de compatibilité établis par celle-ci sont remplis. Les autres parties intéressées sont également invitées à présenter leurs observations à cet égard.

3.5. **Autres considérations**

- (101) La Commission rappelle l'observation du Tribunal selon laquelle le financement complémentaire reçu par les hôpitaux IRIS peut être "justifié [...] par d'autres considérations que celles liées à l'existence de leurs obligations additionnelles" et la "compensation des déficits des hôpitaux publics peut s'avérer nécessaire pour des raisons d'ordres sanitaire et social en vue d'assurer la continuité et la viabilité du système hospitalier" ⁽⁹⁷⁾.
- (102) Dans ce contexte, la Commission note que les autorités belges ont affirmé que la pérennité (continuité et viabilité) des hôpitaux publics devait toujours être garantie. Selon elles, c'est la raison pour laquelle lorsqu'un pouvoir local (comme une commune) décide de fournir des services de soins de santé [en établissant un hôpital public conformément à la Loi CPAS; voir aussi les points (24) à (25)], il est également tenu [sur la base de l'article 109 de la LCH; voir le point (14)] de supporter les déficits de son hôpital public afin de garantir la pérennité de ses services. Les autorités belges ont également souligné que l'objectif principal de la création du réseau IRIS était de garantir la pérennité de l'offre de services hospitaliers publics dans la Région de Bruxelles-Capitale [voir le point (10)].
- (103) À la lumière de ce qui précède, la Commission demande de plus amples renseignements sur la notion de pérennité, sa base juridique (en particulier au niveau d'IRIS et des hôpitaux IRIS), ses implications et la manière dont elle justifie les mécanismes de compensation des déficits dont bénéficient les hôpitaux IRIS. En outre, la Commission demande aux autorités belges et aux parties intéressées de s'exprimer sur l'existence (ou non) de raisons autres que celles mentionnées plus haut (à savoir l'existence de missions de SIEG complémentaires et la pérennité des hôpitaux publics) pouvant justifier le financement complémentaire octroyé aux hôpitaux IRIS.

⁽⁹⁴⁾ Voir notamment l'affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, points 256 à 265).

⁽⁹⁵⁾ Voir *ibidem*, point 277.

⁽⁹⁶⁾ Voir la décision SIEG de 2005, articles 4 à 6.

⁽⁹⁷⁾ Affaire T-137/10, CBI/Commission, (Rec. 2012, non encore publié, point 162).

4. RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS

- (104) Sur la base des informations actuellement disponibles, des conclusions du Tribunal [voir le point (6)] et des éléments décrits plus haut, la Commission souhaite obtenir des éclaircissements et/ou des observations, notamment au sujet des éléments suivants:
- la question de savoir si des fonds quelconques du FRBRTC, en l'occurrence les subventions spéciales, ont ou non été directement transférés aux hôpitaux IRIS, ou si le FRBRTC et les subventions spéciales constituent ou non de simples mécanismes de financement entre la région de Bruxelles-Capitale et les communes de Bruxelles [voir le point (17) ci-dessus];
 - la nature exacte de l'obligation prévue à l'article 60, paragraphe 6, de la Loi CPAS, les possibilités de fermeture d'un hôpital public et la différence avec le mécanisme de programmation hospitalière [voir le point (26)];
 - la question de savoir si l'assistance sociale complémentaire fournie par les hôpitaux IRIS présente ou non un caractère économique [voir le point (48) ci-dessus];
 - la définition exacte des SIEG complémentaires des hôpitaux IRIS (à savoir la mission de soins universelle, la mission multisite et la mission sociale complémentaire) et les documents sur lesquels se fondent les mandats de ces SIEG complémentaires [voir les points (87) à (89) ci-dessus];
 - la base juridique applicable à la compensation des déficits des hôpitaux IRIS (auxquels contribuent les coûts de chaque SIEG complémentaire) [voir le point (91) ci-dessus];
 - la question de savoir si le transfert des subventions spéciales (de la Région de Bruxelles-Capitale vers les communes) des communes vers les hôpitaux IRIS peut ou non être considéré comme une opération distincte du mécanisme de couverture des déficits [voir le point (92) ci-dessus] et, le cas échéant, la base juridique applicable qui en établit les modalités précises;
 - la question de savoir s'il existe ou non un mécanisme d'avances, la base juridique de ce mécanisme et la manière dont ces paiements sont effectués (le cas échéant) et la question de savoir si ces avances sont ou non considérées comme une mesure d'aide distincte du mécanisme de couverture des déficits, ainsi que des précisions quant au financement éventuel de ces avances (le cas échéant) par le FRBRTC [voir le point (93) ci-dessus];
 - la question de savoir s'il existe ou non des mesures (suffisantes) pour éviter toute surcompensation des SIEG complémentaires, notamment par l'intermédiaire du mécanisme de compensation des déficits en combinaison avec les avances récupérables (le cas échéant), et si les hôpitaux IRIS ont ou non l'obligation légale de rembourser toute avance qu'ils ont pu recevoir pour éviter toute surcompensation [voir le point (95) ci-dessus];
 - la question de savoir si les paiements d'un montant maximal de 10 millions d'euros par an doivent ou non être considérés comme une opération distincte de la compensation des déficits des hôpitaux IRIS, et si des mesures suffisantes sont ou non en place pour garantir que la compensation n'excède pas ce qui est nécessaire pour couvrir les coûts occasionnés par l'exécution des obligations de service public [voir le point (96) ci-dessus];
 - la question de savoir si une quelconque surcompensation a, dans les faits, déjà été octroyée aux hôpitaux IRIS depuis qu'ils ont commencé à exercer leurs activités en tant que structures juridiques indépendantes [voir le point (97) ci-dessus];
 - toute argumentation utile, accompagnée de documents spécifiques et détaillés expliquant si, pourquoi et dans quelle mesure les mesures de financement public des hôpitaux IRIS relèvent du champ d'application de la décision SIEG de 2012 ou de l'Encadrement SIEG de 2012 [voir le point (98) ci-dessus], ou de la décision SIEG de 2005 [voir le point (100) ci-dessus] et si, pourquoi et dans quelle mesure les critères établis dans ceux-ci sont remplis;
 - de plus amples renseignements sur la notion de pérennité, sa base juridique (en particulier au niveau d'IRIS et des hôpitaux IRIS), ses implications et la manière dont elle justifie les mécanismes de compensation des déficits dont bénéficient ces hôpitaux [voir les points (102) à (103) ci-dessus];
 - la question de savoir s'il existe ou non des raisons autres que celles mentionnées plus haut (à savoir l'existence de missions de SIEG complémentaires et la pérennité des hôpitaux publics) pouvant justifier un financement complémentaire des hôpitaux IRIS [voir le point (103) ci-dessus].
- (105) Par conséquent, la Commission est désormais tenue d'ouvrir la procédure formelle d'examen prévue à l'article 108, paragraphe 2, du TFUE en ce qui concerne le financement public reçu par les hôpitaux IRIS.
- (106) Une conclusion définitive sur ces questions ne pourra être établie que dans la décision de clôture, qui sera adoptée à l'issue de l'examen formel, lorsque toutes les informations disponibles (y compris les autres observations de l'État membre et des tiers) auront été collectées et auront fait l'objet d'une évaluation approfondie.

À la lumière de ce qui précède, la Commission a décidé d'ouvrir la procédure formelle d'examen prévue à l'article 108, paragraphe 2, du TFUE en ce qui concerne les mesures décrites plus haut.

Dans le cadre de la procédure prévue à l'article 108, paragraphe 2, du TFUE, la Commission invite le Royaume de Belgique à présenter ses observations et à fournir toute information utile pour l'évaluation des mesures susmentionnées dans un délai d'un mois à compter de la réception de la présente lettre. Elle invite vos autorités à transmettre immédiatement une copie de la présente lettre aux bénéficiaires potentiels des aides.

La Commission rappelle au Royaume de Belgique l'effet suspensif de l'article 108, paragraphe 3, du TFUE et se réfère à l'article 14 du règlement (CE) n° 659/1999 du Conseil, qui prévoit que toute aide illégale peut être récupérée auprès de son bénéficiaire.

La Commission avise le Royaume de Belgique qu'elle informera les parties intéressées par la publication de la présente lettre et d'un résumé de celle-ci au *Journal officiel de l'Union européenne*. Elle informera également les parties intéressées dans les pays de l'AELE signataires de l'accord EEE par la publication d'une communication dans le supplément EEE du *Journal officiel de l'Union européenne*, ainsi que l'autorité de surveillance AELE en lui envoyant une copie de la présente. Toutes les parties intéressées seront invitées à présenter leurs observations dans un délai d'un mois à compter de la date de cette publication.»

„De Commissie wenst België mee te delen dat zij, na het arrest van het Gerecht van de Europese Unie van 7 november 2012 in zaak T-137/10 waarbij de beschikking van de Commissie van 28 oktober 2009 nietig werd verklaard, thans verplicht is de procedure van artikel 108, lid 2, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) in te leiden ten aanzien van de bovengenoemde maatregelen.

1. DE PROCEDURE

- (1) Bij brieven van 7 september 2005 en 17 oktober 2005, geregistreerd op respectievelijk 12 september 2005 en 19 oktober 2005, ontving de Commissie een klacht tegen de Belgische Staat met betrekking tot de vermeende toekenning van onrechtmatige en onverenigbare steun sinds 1995 aan de vijf openbare ziekenhuizen (hierna „de IRIS-ziekenhuizen” genoemd)⁽¹⁾ die behoren tot het IRIS-netwerk van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest⁽²⁾ (hierna „IRIS” genoemd). De klacht werd ingediend door twee verenigingen, namelijk Coördinatie van Brusselse instellingen voor welzijnswerk en gezondheidszorg (CBI) en Association bruxelloise des institutions de soins privées (ABISP), die optreden als vertegenwoordigers van ziekenhuizen die door privaatrechtelijke rechtspersonen worden beheerd (hierna „de private ziekenhuizen” genoemd), en individueel door verschillende ziekenhuizen die lid zijn van die verenigingen⁽³⁾.
- (2) De klacht is gebaseerd op een aantal argumenten die als volgt kunnen worden ingedeeld: i) geen of onvoldoende duidelijke omschrijving en toewijzing van de specifieke openbaredienstverplichtingen waarmee alleen de IRIS-ziekenhuizen zijn belast, ii) de compensatie van de verliezen van die ziekenhuizen door de overheidsinstanties, iii) de overcompensatie van de kosten van de uitvoering van de openbaredienstverplichtingen via het Brussels Gewestelijk Herfinancieringsfonds van de Gemeentelijke Thesaurieën (BGHGT), iv) het gebrek aan transparantie in de methode van overheidsfinanciering van de IRIS-ziekenhuizen, en ten slotte v) de kruissubsidiëring ten gunste van de commerciële activiteiten van de IRIS-ziekenhuizen via de overheidscompensatie voor de uitvoering van hun ziekenhuisopdrachten⁽⁴⁾.
- (3) Nadat de Belgische autoriteiten nadere informatie hadden verstrekt, deelden de diensten van de Commissie de klagers bij brief van 10 januari 2008 hun voorlopige standpunt over de klacht mee⁽⁵⁾ en vroegen zij de klagers nieuwe informatie in te dienen die hun voorlopige beoordeling van de klacht zou kunnen wijzigen, bij gebreke waarvan de klacht als ingetrokken zou worden beschouwd. Na het antwoord van de klager bevestigden de diensten van de Commissie hun voorlopige beoordeling in hun brief van 10 april 2008.
- (4) Vervolgens brachten de klagers de Commissie op de hoogte van het feit dat zij tegen de brief van 10 januari 2008, die zij als een beschikking van de Commissie beschouwden, een beroep tot nietigverklaring hadden ingesteld bij het Gerecht van eerste aanleg van de Europese Gemeenschappen⁽⁶⁾. Voorts dienden de klagers op 20 juni 2008 een beroep tot nietigverklaring in tegen de brief van de diensten van de Commissie van 10 april 2008⁽⁷⁾. Beide gerechtelijke procedures werden door het Gerecht van eerste aanleg geschorst tot 31 oktober 2009, omdat de Commissie had meegedeeld dat zij voornemens was een beschikking te geven overeenkomstig Verordening (EG) nr. 659/1999 van de Raad⁽⁸⁾. Om die beschikking te kunnen geven, verzochten de diensten van de Commissie de Belgische autoriteiten en de klager om aanvullende informatie.
- (5) In haar beschikking van 28 oktober 2009 besloot de Commissie geen bezwaar te maken tegen de steun voor de financiering van de openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, omdat de betrokken financiering verenigbaar werd geacht met de gemeenschappelijke markt onder de voorwaarden die waren vastgesteld in de beschikking van de Commissie van 28 november 2005 betreffende de toepassing van artikel 86, lid 2, van het EG-Verdrag op staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst die aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economisch belang belaste ondernemingen wordt toegekend (hierna „de DAEB-beschikking van 2005” genoemd)⁽⁹⁾ en rechtstreeks met artikel 86, lid 2, van het EG-Verdrag (thans artikel 106, lid 2, VWEU) met betrekking tot de openbaredienstverplichtingen die vóór de inwerkingtreding van de DAEB-beschikking van 2005 op 19 december 2005 waren toegewezen.

⁽¹⁾ Zie deel 2.1 voor nadere informatie over die openbare ziekenhuizen.

⁽²⁾ De afkorting IRIS staat voor Interhospitalenkoepel van de Regio voor Infrastructurele Samenwerking.

⁽³⁾ De klagers hadden verzocht hun respectieve identiteiten vertrouwelijk te behandelen. Ten gevolge van de door die partijen ingestelde beroepen tot nietigverklaring en het daaropvolgende arrest tot nietigverklaring van het Gerecht in zaak T-137/10 zijn die identiteiten nu echter wel bekend (zie de punten (4) en (6)). Tevens zij opgemerkt dat ABISP de klacht niet langer voortzet.

⁽⁴⁾ Dit laatste argument werd pas tegen eind 2008 door de klagers aangevoerd.

⁽⁵⁾ De voorlopige beoordeling van de diensten van de Commissie kwam er in wezen op neer dat het leek dat de IRIS-ziekenhuizen naar behoren met openbaredienstverplichtingen waren belast, dat de compensatie daarvoor duidelijk was omschreven en dat er geen sprake was van overcompensatie. De diensten van de Commissie waren derhalve van oordeel dat er geen problemen waren op het vlak van de staatssteunregels. Daarnaast merkten zij op dat ook aan de eisen inzake transparantie leek te zijn voldaan. De diensten van de Commissie concludeerden daarom dat er onvoldoende redenen waren om het onderzoek voort te zetten tenzij de klager nieuwe elementen zou aanbrengen.

⁽⁶⁾ Zaak T-128/08, niet gepubliceerd.

⁽⁷⁾ Zaak T-241/08, niet gepubliceerd.

⁽⁸⁾ PB L 83 van 27.3.1999, blz. 1, gewijzigd bij Verordening (EU) nr. 734/2013 van de Raad van 22 juli 2013.

⁽⁹⁾ PB L 312 van 29.11.2005, blz. 6.

- (6) Vervolgens stelden de klagers tegen deze beschikking van de Commissie een beroep tot nietigverklaring in bij het Gerecht van de Europese Unie (hierna „Gerecht” genoemd)⁽¹⁰⁾. Het Gerecht verklaarde de beschikking van de Commissie nietig bij zijn arrest van 7 november 2012, op grond van de conclusie dat die beschikking was vastgesteld met schending van de procedurele rechten van de klagers. Het Gerecht concludeerde met name dat de Commissie ernstige twijfels had moeten hebben over de verenigbaarheid van de betrokken maatregelen met de interne markt gelet op de argumenten van de klagers met betrekking tot de verenigbaarheid. Volgens het Gerecht hebben die twijfels betrekking op het bestaan van duidelijk omschreven toewijzingsbesluiten voor de aanvullende diensten van algemeen economisch belang (hierna „DAEB” genoemd) die specifiek zijn voor de IRIS-ziekenhuizen (zie punt (28) voor die DAEB); het bestaan van duidelijke, vooraf vastgestelde parameters voor de berekening van de compensatie en het bestaan van methoden om overcompensatie te vermijden. Het Gerecht concludeerde derhalve dat de Commissie verplicht was de formele onderzoeksprocedure in te leiden om alle relevante gegevens te verzamelen voor de controle van de verenigbaarheid van alle betrokken steunmaatregelen met de interne markt en om de klagers en andere belanghebbenden de gelegenheid te bieden opmerkingen in te dienen in verband met die procedure⁽¹¹⁾. In dit verband moet worden opgemerkt dat noch de klagers noch het Gerecht twijfels hebben geuit over de verenigbaarheid van de overheidsfinanciering van de zogenaamde basisziekenhuisopdracht (zie de punten (22), (87), (90) en (94) hieronder), waarmee zowel de openbare als de private ziekenhuizen in België belast zijn.
- (7) Ten gevolge van het arrest van het Gerecht waarbij de beschikking nietig werd verklaard, is de Commissie nu dan ook verplicht de formele onderzoeksprocedure van artikel 108, lid 2, VWEU in te leiden ten aanzien van de overheidsfinanciering van de IRIS-ziekenhuizen.

2. BESCHRIJVING

2.1. De openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk

- (8) Dit besluit heeft betrekking op de openbare ziekenhuizen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die deel uitmaken van het IRIS-netwerk. Het gaat met name om de volgende vijf openbare algemene ziekenhuizen: het UVC Brugmann (UVCB), het UMC Sint-Pieter (UMCSP), het Universitaire Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (UKZKF), de IRIS Ziekenhuizen Zuid (IZZ) en het Instituut Jules Bordet (IB)⁽¹²⁾. Samen exploiteren deze vijf openbare ziekenhuizen (d. w.z. de IRIS-ziekenhuizen) ongeveer 2 600 van de 8 800 ziekenhuisbedden die het Brussels Hoofdstedelijk Gewest telt, en hebben ze bijna 10 000 personeelsleden in dienst. De IRIS-ziekenhuizen verstrekken meer dan één miljoen medische raadplegingen per jaar⁽¹³⁾.
- (9) De IRIS-ziekenhuizen bestonden niet in hun huidige vorm tot eind 1995. Vóór 1996 hadden de Brusselse openbare ziekenhuizen geen rechtspersoonlijkheid, maar stonden ze onder toezicht en rechtstreeks beheer van de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (hierna „OCMW's”). De OCMW's zijn openbare instellingen, met rechtspersoonlijkheid, die zijn opgericht bij de organieke wet van 8 juli 1976⁽¹⁴⁾ (hierna „de OCMW-wet” genoemd, zie ook deel 2.3.2). Elke Belgische gemeente heeft haar eigen OCMW. De OCMW's verstrekken sociale bijstand aan personen die niet over de middelen beschikken om in waardigheid te leven en die niet in aanmerking komen voor andere vormen van sociale zekerheid. Ingeval het OCMW verlies maakt, is de gemeente waarbij het behoort, verplicht die tekorten te dekken.
- (10) De gemeenten en de OCMW's⁽¹⁵⁾ van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest hadden allemaal structurele financiële tekorten, die in de eerste plaats werden veroorzaakt door de tekorten van de openbare ziekenhuizen die onder hun toezicht stonden. Om een einde te maken aan die voortdurende tekorten en de duurzaamheid en de levensvatbaarheid van de Brusselse openbare ziekenhuizen te garanderen, besloot de Brusselse Hoofdstedelijke regering in 1994 die ziekenhuizen te herstructureren. In de loop van 1994 en 1995 werden de nodige wettelijke en praktische regelingen uitgewerkt.
- (11) Het herstructureringsplan voorzag op structureel vlak in de opheffing van de oude openbare ziekenhuizen en de overdracht van hun activiteiten naar nieuwe autonome juridische structuren (d.w.z. de IRIS-ziekenhuizen). Voor elk van die ziekenhuizen werd een vereniging van publiek recht opgericht op grond van hoofdstuk XII van de OCMW-wet. Op die manier verkregen de IRIS-ziekenhuizen in januari 1996 juridische en financiële autonomie. Voor elk ziekenhuis werd die vereniging gevormd tussen de respectieve gemeente (of gemeenten), het respectieve OCMW (of OCMW's), de vereniging die de artsen van het ziekenhuis vertegenwoordigt en, in sommige gevallen, de Université Libre de Bruxelles en/of de Vrije Universiteit Brussel. Elk van de vijf IRIS-ziekenhuizen heeft een algemene vergadering en een raad van bestuur, waarin die partijen vertegenwoordigd zijn, maar in alle gevallen hebben de vertegenwoordigers van de overheid (d.w.z. de gemeente en het OCMW) een ruime meerderheid van de zetels in die besluitvormingsorganen. Hieruit blijkt dat elk van de IRIS-ziekenhuizen door overheidsinstanties wordt beheerd.

⁽¹⁰⁾ Voorheen het Gerecht van eerste aanleg. Sinds de inwerkingtreding van het Verdrag van Lissabon op 1 december 2009 is zijn nieuwe naam het Gerecht.

⁽¹¹⁾ Arrest van 7 november 2012, zaak T-137/10, CBI/Commissie, nog niet gepubliceerd, punt 313.

⁽¹²⁾ Sommige van deze ziekenhuizen hebben verschillende sites. Het UVCB werkt op drie sites (Victor Horta, Paul Brien en Koningin Astrid), het UMCSP op twee sites (Hallepoort en César De Paepe) en de IZZ op vier sites (Etterbeek-Elsene, J. Bracops, Molière-Longchamp en Baron Lambert).

⁽¹³⁾ De cijfers zijn gebaseerd op de door de Belgische autoriteiten verstrekte informatie en op informatie op de website van IRIS (<http://www.iris-hopitaux.be>).

⁽¹⁴⁾ Belgisch Staatsblad van 5 augustus 1976, blz. 9876.

⁽¹⁵⁾ Het ging met name om de gemeenten Anderlecht, Brussel-Stad, Etterbeek, Elsene, Schaarbeek en Sint-Gillis en hun OCMW's, omdat alleen zij openbare algemene ziekenhuizen onder hun toezicht hadden.

- (12) De IRIS-ziekenhuizen maken deel uit van IRIS, een koepelorganisatie die op 1 januari 1996 is opgericht. IRIS oefent toezicht op de IRIS-ziekenhuizen uit en coördineert hun activiteiten⁽¹⁶⁾. De plaatselijke en gewestelijke overheidsinstanties (d.w.z. de gemeenten, de OCMW's en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) hebben zeggenschap over IRIS via hun ruime meerderheid in de algemene vergadering en de raad van bestuur. De belangrijkste doelstelling van IRIS is het bereiken van een duurzaam financieel evenwicht voor de ziekenhuisactiviteiten die door de IRIS-ziekenhuizen worden verricht. De belangrijkste taken van IRIS zijn derhalve de coördinatie van de activiteiten van de IRIS-ziekenhuizen, de vaststelling van het strategisch plan voor het IRIS-netwerk, de verbetering van de kwaliteit van de aangeboden diensten en het toezicht op de begroting van het netwerk. Het financiële deel van de herstructurering zal nader worden beschreven in deel 2.4 van dit besluit.

2.2. Financiering van de IRIS-ziekenhuizen

2.2.1. Algemene financiering

- (13) In de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 7 augustus 1987⁽¹⁷⁾ (hierna „de gecoördineerde ziekenhuiswet” genoemd) worden de verschillende financieringsbronnen voor Belgische ziekenhuizen beschreven, ongeacht of ze openbare of private instellingen zijn. In totaal kunnen in de financiering van ziekenhuizen vijf verschillende bronnen worden onderscheiden. De werkingskosten van Belgische ziekenhuizen worden voornamelijk gedekt door de eerste drie financieringsbronnen⁽¹⁸⁾, terwijl de vierde en de vijfde bron kunnen worden aangesproken voor de investeringskosten van ziekenhuizen.

- a) De eerste financieringsbron is het budget van financiële middelen⁽¹⁹⁾, dat wordt opgesteld door de federale minister van Volksgezondheid, en betreft slechts activiteiten op het gebied van gezondheidszorg die onder de sociale zekerheid vallen. Het budget van financiële middelen wordt voor elk ziekenhuis vastgesteld binnen de grenzen van het globale budget voor het Rijk. Sinds 2002 wordt het budget van financiële middelen voor elk ziekenhuis voornamelijk vastgesteld op basis van het aantal verpleegdagen dat het ziekenhuis in het vorige jaar heeft verstrekt. Dit specifieke bedrag wordt vervolgens aan elk van de ziekenhuizen uitgekeerd op twee verschillende manieren. Ongeveer 85 % (het vaste gedeelte) van dit bedrag wordt maandelijks aan de ziekenhuizen betaald, terwijl de overige 15 % (het variabele gedeelte) wordt betaald op basis van de werkelijke opnamen en verpleegdagen in het ziekenhuis tijdens het jaar. Aan het einde van het jaar wordt het budget van financiële middelen herberekend op basis van de werkelijke cijfers voor het jaar en afhankelijk van het resultaat moet het ziekenhuis ofwel een bedrag ontvangen ofwel terugbetalen.

Het budget van financiële middelen is geregeld in het koninklijk besluit van 25 april 2002, waarin de modaliteiten voor de vaststelling van het budget van financiële middelen dat aan ziekenhuizen wordt toegekend, zijn vastgelegd. In het koninklijk besluit is met name bepaald hoe het budget van financiële middelen wordt vastgesteld, welke kosten worden aanvaard en welke criteria van toepassing zijn⁽²⁰⁾. Het budget van financiële middelen omvat onder meer een onderdeel B8, dat bestaat in een aanvullende (beperkte) financiering voor ziekenhuizen die een hoog aandeel minderbedeelde patiënten hebben. De financiering die op basis van onderdeel B8 van het budget van financiële middelen wordt toegekend, compenseert echter niet de werkelijke kosten die de ziekenhuizen hebben gemaakt. In plaats daarvan wordt aan de ziekenhuizen die aan de voorwaarden voldoen, een vast bedrag toegekend (op basis van de in het koninklijk besluit vastgestelde criteria)⁽²¹⁾.

- b) De tweede financieringsbron zijn de socialezekerheidsbetalingen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (hierna „RIZIV”) aan de ziekenhuizen voor de behandelingen die zij hun patiënten aanboden. Die financiering is gebaseerd op de wet inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waarbij het Belgische socialezekerheidsstelsel met betrekking tot ziekte en invaliditeit werd ingesteld⁽²²⁾. De ziekenhuizen factureren een deel van de artsenhonoraria en de kosten van de medicatie van de patiënten rechtstreeks aan het RIZIV. Die betalingen dekken echter niet de volledige kosten die de ziekenhuizen maken bij het verrichten van hun gezondheidszorgactiviteiten.
- c) Een derde financieringsbron zijn rechtstreekse betalingen van de patiënten of hun private gezondheidsverzekeraars aan de ziekenhuizen. Die betalingen zijn nodig omdat de sociale zekerheid de artsenhonoraria, de medicatie en andere medische benodigdheden (bv. implantaten) niet voor 100 % dekt. Als patiënten daarnaast voor een eenpersoonskamer kiezen, kunnen supplementen worden gefactureerd bovenop de normale hospitalisatieprijs en bovenop het normale artsenhonorarium (d.w.z. meer dan de standaardtarieven die per behandeling van toepassing zijn). Ten slotte is het mogelijk dat patiënten moeten betalen voor het gebruik van aanvullende diensten (bv. huur van een televisietoestel, gebruik van de parking van het ziekenhuis, enz.).

⁽¹⁶⁾ Dit toezicht vindt plaats onder de voorwaarden die zijn vastgesteld in de ordonnantie (van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) van 22 december 1995 (Belgisch Staatsblad van 7 februari 1996, blz. 2737).

⁽¹⁷⁾ Belgisch Staatsblad van 7 oktober 1987, blz. 14652, vervangen door de gecoördineerde ziekenhuiswet van 10 juli 2008 (Belgisch Staatsblad van 7 november 2008, blz. 58624).

⁽¹⁸⁾ In september 2013 publiceerde de Christelijke Mutualiteit, één van de grootste Belgische ziekenfondsen (de organisaties die verantwoordelijk zijn voor de vergoeding van medische kosten in het kader van de sociale zekerheid), een artikel waaruit blijkt dat de inkomsten van de Belgische ziekenhuizen in 2011 gemiddeld als volgt uit deze bronnen kwamen: (1) budget van financiële middelen: 49 %, (2) RIZIV: 42 %, en (3) patiënten (of hun private verzekeraars): 9 %.

⁽¹⁹⁾ Zie de artikelen 87 en volgende van de wet van 7 augustus 1987.

⁽²⁰⁾ Zie de artikelen 24 tot en met 87 van het koninklijk besluit van 25 april 2002, Belgisch Staatsblad van 5 juli 2002, blz. 30290.

⁽²¹⁾ Zie artikel 102 § 2 van de wet van 7 augustus 1987.

⁽²²⁾ Zie de wet van 9 augustus 1963, als gewijzigd, Belgisch Staatsblad van 1 november 1963, blz. 10555.

Alle betalingen van patiënten of derden om de ziekenhuisartsen te vergoeden voor hun behandeling van gehospitaliseerde patiënten, moeten centraal worden geïnd⁽²³⁾. De ziekenhuizen en hun artsen sluiten overeenkomsten waarin wordt vastgelegd welke percentages van de honoraria de ziekenhuizen kunnen inhouden om hun inningskosten en andere kosten die niet door het budget van financiële middelen worden gefinancierd, te dekken⁽²⁴⁾. NET als bij de normale artsenhonoraria kan ook een deel van de bovengenoemde supplementen door het ziekenhuis worden ingehouden om een deel van zijn kosten te dekken (eveneens op basis van een overeenkomst tussen het ziekenhuis en zijn artsen). Een deel van de artsenhonoraria wordt dus niet aan de artsen uitbetaald, maar wordt in plaats daarvan aangewend om de werkingskosten van de ziekenhuizen te dekken.

- d) De vierde financieringsbron is specifiek bedoeld om investeringskosten te dekken die door ziekenhuizen worden gemaakt. De investeringen van ziekenhuizen worden voornamelijk door de staat gedekt (de federale overheid en de gewesten betalen elk een deel) en het overige deel wordt betaald uit de eigen middelen van de ziekenhuizen in combinatie met bankleningen. De overheidsfinanciering dient voor bouw- of renovatiekosten van een ziekenhuis of ziekiendienst en de kosten van de eerste aankoop van uitrusting en medische hulpmiddelen⁽²⁵⁾. De investeringssubsidies zijn begrensd (bv. een vast bedrag per vierkante meter of per eenheid).
- e) De vijfde en laatste bron van overheidsfinanciering houdt verband met investeringen en betreft schadeloosstellingen voor studies en de uitwerking van bouwprojecten, maar ook de kosten die gepaard gaan met de sluiting of het niet in gebruik nemen van een ziekenhuis of ziekiendienst⁽²⁶⁾.

2.2.2. Aanvullende financiering voor de IRIS-ziekenhuizen

- (14) Artikel 109 van de gecoördineerde ziekenhuiswet (thans artikel 125 van de gecoördineerde ziekenhuiswet van 10 juli 2008) voorziet in een aanvullend financieringsmechanisme waarvoor alleen openbare ziekenhuizen (zoals de IRIS-ziekenhuizen) in aanmerking komen. Meer specifiek moeten de tekorten van openbare ziekenhuizen worden gedekt door de gemeenten waardoor ze worden beheerd (d.w.z. via hun OCMW of via een centrale structuur zoals IRIS). Het beginsel van de dekking van het tekort door de gemeenten was al opgenomen in de voorganger van de gecoördineerde ziekenhuiswet, namelijk de wet van 23 december 1963⁽²⁷⁾, en werd bevestigd door artikel 34 van de wet van 28 december 1973⁽²⁸⁾. De criteria voor de berekening van de tekorten die door de gemeenten moeten worden gedekt, zijn vastgelegd in een koninklijk besluit⁽²⁹⁾. Op basis daarvan bepaalt de federale minister van Volksgezondheid elk jaar het tekort dat voor elk ziekenhuis moet worden gedekt. In de praktijk is het tekort dat moet worden gedekt zoals dat door de minister wordt bepaald, niet precies gelijk aan het tekort dat uit de boekhouding van het ziekenhuis blijkt, omdat bepaalde kostenelementen daarin (bv. het resultaat van niet-ziekenhuisactiviteiten) van het tekort worden uitgesloten⁽³⁰⁾.
- (15) Volgens de klagers heeft het Brussels Hoofdstedelijk Gewest de facto ervoor gekozen de rol van de betrokken Brusselse gemeenten in de financiering van tekorten op zich te nemen. Hoewel de klagers de bevoegdheid van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ten aanzien van die gemeenten niet in twijfel trekken, zijn zij van mening dat het bedrag dat zij als de gewestelijke financiering van de IRIS-ziekenhuizen beschouwen, verder gaat dan wat als dekking van het tekort in de zin van artikel 109 (thans artikel 125) van de gecoördineerde ziekenhuiswet wordt beschouwd.
- (16) De klager verwijst met name specifiek naar de tussenkomsten van het Brussels Gewestelijk Herfinancieringsfonds van de Gemeentelijke Thesaurieën (BGHGT)⁽³¹⁾. De klager voegt daaraan toe dat het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zelf ook bijzondere subsidies aan de gemeenten zou hebben toegekend⁽³²⁾ (d.w.z. bijna 10 miljoen EUR per jaar sinds 2003), die bedoeld zouden zijn om als steun aan de ziekenhuizen te worden overgedragen. De klagers concluderen dat de IRIS-ziekenhuizen beduidend profiteerden van de gewestelijke financiering die aan de gemeenten werd toegekend waar zij zijn gevestigd en dat die financiering niet kan worden gerechtvaardigd op basis van het federale stelsel van ziekenhuisfinanciering.

⁽²³⁾ Zie de artikelen 133 tot en met 135 van de wet van 7 augustus 1987.

⁽²⁴⁾ Zie artikel 140 van de wet van 7 augustus 1987.

⁽²⁵⁾ Zie de artikelen 46 en volgende van de wet van 7 augustus 1987.

⁽²⁶⁾ Zie artikel 47 van de wet van 7 augustus 1987.

⁽²⁷⁾ Belgisch Staatsblad van 1 januari 1964, blz. 2. Op grond van die wet moest 10 % van het tekort worden gedekt door de gemeente waar het ziekenhuis was gevestigd en de overige 90 % door de Belgische gemeenten waar de patiënten wonen.

⁽²⁸⁾ Belgisch Staatsblad van 29 december 1973, blz. 15027.

⁽²⁹⁾ Oorspronkelijk was dit het koninklijk besluit van 8 december 1986 (Belgische Staatsblad van 12 december 1986, blz. 17023), gewijzigd bij het koninklijk besluit van 10 november 1989, en vervangen door het koninklijk besluit van 8 maart 2006 (Belgisch Staatsblad van 12 april 2006, blz. 20232).

⁽³⁰⁾ In dit verband moet worden opgemerkt dat de gemeenten tot 1982 zelfs het volledige tekort van de ziekenhuisactiviteiten moesten dekken.

⁽³¹⁾ Het BGHGT werd opgericht bij ordonnantie van 8 april 1993, Belgisch Staatsblad van 12 mei 1993, blz. 10889 (gewijzigd bij de ordonnantie van 2 mei 2002).

⁽³²⁾ Die bijzondere subsidies werden toegekend op basis van de ordonnantie van 13 februari 2003 (Belgisch Staatsblad van 5 mei 2003, blz. 24098).

- (17) De Commissie merkt in dit verband op dat het financieringsmechanisme van het BGHGT als zodanig geen overheidsfinanciering van de IRIS-ziekenhuizen lijkt te vormen. Op het eerste gezicht lijkt het BGHGT louter middelen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest te herverdelen onder de gemeenten die de IRIS-ziekenhuizen onder hun bevoegdheid hebben, terwijl er via het BGHGT geen middelen rechtstreeks aan de IRIS-ziekenhuizen lijken te worden toegekend. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest lijkt ook de bijzondere subsidies (tot 10 miljoen EUR) slechts aan de gemeenten toe te kennen en niet aan de IRIS-ziekenhuizen zelf. De financieringsmaatregelen die hier worden onderzocht, zijn alleen overdrachten van overheidsmiddelen aan de IRIS-ziekenhuizen, geen overdrachten van middelen tussen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Brusselse gemeenten. De Commissie wenst duidelijkheid over de vraag of middelen van het BGHGT respectievelijk bijzondere subsidies rechtstreeks aan de IRIS-ziekenhuizen werden toegekend, dan wel of het BGHGT en de bijzondere subsidies financieringsmechanismen zijn die alleen tussen het Brussels Hoofdstedelijke Gewest en de Brusselse gemeenten werken.

2.2.3. Algemene eisen op het vlak van boekhouding

- (18) Alle ziekenhuizen (d.w.z. openbare en private) moeten voldoen aan bepaalde eisen op het vlak van boekhouding en doorzichtigheid. Elk ziekenhuis moet met name een boekhouding voeren waaruit de kost van elke dienst blijkt en die voldoet aan bepaalde elementen van de wet van 17 juli 1975⁽³³⁾ op de boekhouding⁽³⁴⁾. De niet-ziekenhuisactiviteiten moeten in een aparte boekhouding worden opgenomen, omdat die niet kunnen worden gedekt door de financieringsmechanismen waarin de gecoördineerde ziekenhuiswet voorziet. Ziekenhuizen moeten ook een bedrijfsrevisor aanstellen, die de boekhouding en de jaarrekening van het ziekenhuis controleert⁽³⁵⁾. Ten slotte moeten ziekenhuizen bepaalde (financiële) informatie indienen bij de federale minister van Volksgezondheid⁽³⁶⁾ en dat ministerie ziet ook toe op de naleving van de gecoördineerde ziekenhuiswet⁽³⁷⁾.

2.3. Rechtskader waaronder de IRIS-ziekenhuizen werken

- (19) De IRIS-ziekenhuizen zijn openbare ziekenhuizen en als zodanig is het rechtskader waaronder ze werken, vastgelegd in twee organieke wetten en de bijbehorende uitvoeringsdecreten. Het gaat enerzijds om de gecoördineerde ziekenhuiswet en anderzijds om de OCMW-wet. De eerstgenoemde wet is van toepassing op de openbare en de private ziekenhuizen, maar de tweede wet is alleen van toepassing op de openbare ziekenhuizen.

2.3.1. De gecoördineerde ziekenhuiswet

- (20) Op grond van de gecoördineerde ziekenhuiswet zijn alle Belgische ziekenhuizen (met de uitzondering van de militaire ziekenhuizen) belast met bepaalde openbardienstverplichtingen⁽³⁸⁾. Artikel 2 van de gecoördineerde ziekenhuiswet luidt als volgt:

„Met het oog op de toepassing van deze gecoördineerde wet worden als ziekenhuizen beschouwd de instellingen voor gezondheidszorg waarin op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan (patiënten) die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren.”

- (21) Deze wet beschrijft onder meer de soorten ziekenhuizen die formeel kunnen worden erkend⁽³⁹⁾, de voorwaarden voor het beheer van een ziekenhuis en de structurering van de medische activiteit⁽⁴⁰⁾, de ziekenhuisprogramma's⁽⁴¹⁾, de voorwaarden voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten⁽⁴²⁾, de rechtsverhouding tussen een ziekenhuis en de ziekenhuisgeneesheren, het geldelijk statuut van de ziekenhuisgeneesheren, met inbegrip van onder meer de inning en de vaststelling van de honoraria, de inhoud van de honoraria en de aanwending van het bedrag van de centraal geïnde honoraria⁽⁴³⁾.

⁽³³⁾ Belgisch Staatsblad van 4 september 1975, blz. 10847.

⁽³⁴⁾ Zie de artikelen 77 en 78 van de wet van 7 augustus 1987.

⁽³⁵⁾ Zie de artikelen 80 tot en met 85 van de wet van 7 augustus 1987.

⁽³⁶⁾ Zie de artikelen 86 tot en met 86 ter van de wet van 7 augustus 1987.

⁽³⁷⁾ Zie artikel 115 van de wet van 7 augustus 1987.

⁽³⁸⁾ Deze wet, die op 7 augustus 1987 werd aangenomen, werd van toepassing op 17 oktober 1987 en werd gewijzigd en vervangen door de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 10 juli 2008 (waardoor de inhoud van artikel 2 niet werd gewijzigd).

⁽³⁹⁾ Zie de artikelen 2 tot en met 7 van de wet van 7 augustus 1987.

⁽⁴⁰⁾ Zie de artikelen 10 tot en met 17 van de wet van 7 augustus 1987.

⁽⁴¹⁾ Zie de artikelen 23 tot en met 45 van de wet van 7 augustus 1987.

⁽⁴²⁾ Zie de artikelen 68 tot en met 76sexies van de wet van 7 augustus 1987.

⁽⁴³⁾ Zie de artikelen 130 tot en met 142 van de wet van 7 augustus 1987.

- (22) Ziekenhuizen die aan de eisen van de gecoördineerde ziekenhuiswet voldoen, worden door de Belgische Staat beschouwd als belast met een dienst van algemeen economisch belang (hierna „DAEB” genoemd), d.w.z. het verrichten van ziekenhuisdiensten, en hebben daarom recht op een compensatie van de staat (zie punt (13) hierboven voor een beschrijving van de soorten compensatie)⁽⁴⁴⁾. De „**basisziekenhuisopdracht**” is de basisopenbaredienstverplichting waarmee zowel de openbare als de private ziekenhuizen zijn belast.

2.3.2. De OCMW-wet

- (23) Omdat de IRIS-ziekenhuizen door de OCMW's en hun respectieve gemeenten worden beheerd, zijn ze ook onderworpen aan de OCMW-wet⁽⁴⁵⁾. Volgens de Belgische autoriteiten is de basisziekenhuisopdracht bij dergelijke openbare ziekenhuizen deel van of complementair met een ruimere DAEB, namelijk de verplichting sociale bijstand te verlenen die in de OCMW-wet is opgenomen. Zij voeren in wezen aan dat de basisziekenhuisopdracht, zoals die in de gecoördineerde ziekenhuiswet is omschreven, voor openbare ziekenhuizen een minimumeis is, die echter op het niveau van elke individuele Belgische gemeente op basis van de OCMW-wet kan worden aangevuld met aanvullende DAEB.
- (24) In artikel 1 van de OCMW-wet is bepaald dat elke persoon recht heeft op maatschappelijke dienstverlening en worden de OCMW's opgericht die tot opdracht hebben die dienstverlening te verzekeren. In artikel 57 van dezelfde wet is bepaald dat de dienstverlening kan bestaan in financiële hulp, bijstand in natura (bv. maaltijden, kleding), sociale bijstand, bijstand op de arbeidsmarkt en geneeskundige bijstand. Op grond van artikel 60 § 6 van de OCMW-wet heeft het OCMW, waar de noodzakelijkheid zich voordoet, de opdracht diensten of inrichtingen op te richten met sociaal, curatief of preventief karakter. Op basis daarvan kan het OCMW een openbaar ziekenhuis oprichten (mits aan bepaalde voorwaarden voldaan is).
- (25) In dit verband merken de Belgische autoriteiten op dat wanneer een OCMW een ziekenhuis wenst op te richten (of een andere inrichting die nodig is om zijn taken uit te voeren), het moet voldoen aan de voorwaarden die in artikel 60 § 6 van de OCMW-wet zijn vastgesteld. Het OCMW moet met name aantonen dat er behoefte bestaat aan de oprichting van een faciliteit (in dit geval een ziekenhuis), rekening houdend met onder meer de behoeften van de gemeente en/of het gewest en alle faciliteiten of soortgelijke dienstverrichters die al aanwezig zijn. Volgens de Belgische autoriteiten betekent dit in de praktijk dat als een OCMW besluit dat de private faciliteiten ontoereikend zijn, gelet op de geografische verdeling van de verstrekking van gezondheidszorg, lichamelijke en sociale behoeften en de vrije keuze van patiënten, het dit OCMW vrij staat om een ziekenhuis op te richten. Dezelfde redenen die de opening van een ziekenhuis rechtvaardigen, zijn volgens de Belgische autoriteiten ook een beperking voor het OCMW: als een OCMW een ziekenhuis wenst te sluiten, zou het op dezelfde manier moeten aantonen dat de redenen die aan het oorspronkelijke besluit tot opening van dat ziekenhuis ten grondslag liggen, niet langer bestaan⁽⁴⁶⁾.
- (26) Het is voor de Commissie momenteel niet volledig duidelijk op welke manier de verplichting voor het OCMW aan te tonen dat er behoefte bestaat aan de oprichting van een ziekenhuis, verschilt van het Belgische mechanisme van ziekenhuisprogrammatie van de gecoördineerde ziekenhuiswet, die zowel op de openbare als de private ziekenhuizen van toepassing is. Het programmatiemechanisme bestaat in het bepalen van het maximaal aantal ziekenhuisbedden per geografische regio op basis van de behoeften die door de federale regering zijn vastgesteld. Hieruit volgt dat, tenzij de vraag naar ziekenhuisbedden stijgt, er slechts nieuwe ziekenhuisbedden (en in die zin, een nieuw ziekenhuis) kunnen komen indien elders gelijktijdig bestaande bedden verdwijnen. De Belgische autoriteiten voeren aan dat het besluit van een OCMW om een ziekenhuis te sluiten, noodzakelijkerwijs moet voortvloeien uit de vaststelling dat elders aan de eerder voor dat ziekenhuis vastgestelde behoefte wordt voldaan. Op basis van de elementen in de gecoördineerde ziekenhuiswet en de OCMW-wet concluderen zij dat een openbaar ziekenhuis, anders dan een privaat ziekenhuis, niet zal sluiten tenzij er ter vervanging daarvan een gelijkwaardige gezondheidszorgdienst (openbaar of privaat) wordt opgericht. De Commissie wenst duidelijkheid over de precieze aard van de verplichting van artikel 60 § 6 van de OCMW-wet, het bestaan van de mogelijkheid dat een openbaar ziekenhuis wordt gesloten en het verschil met het mechanisme van ziekenhuisprogrammatie.

⁽⁴⁴⁾ Of de ziekenhuizen in feite belast zijn met activiteiten die diensten van algemeen economisch belang vormen in de zin van artikel 106, lid 2, VWEU, zal hieronder worden beoordeeld (deel 3.4).

⁽⁴⁵⁾ In artikel 147 van de gecoördineerde ziekenhuiswet is immers uitdrukkelijk bepaald dat de gecoördineerde ziekenhuiswet de OCMW-wet aanvult wat betreft de ziekenhuizen beheerd door een OCMW (wat het geval is voor de IRIS-ziekenhuizen).

⁽⁴⁶⁾ De Belgische autoriteiten verwijzen in dit verband naar een arrest van de Belgische Raad van State van 9 december 2002, waarbij de overdracht van een openbare verpleeginrichting van het OCMW aan private eigenaars nietig werd verklaard. Volgens de Raad van State moet het besluit een OCMW-inrichting te sluiten of over te dragen noodzakelijkerwijs worden voorafgegaan door een beoordeling van de behoefte aan het verstrekken van (gezondheids)zorg. Bij die beoordeling kan niet worden voorbijgegaan aan de beoordeling die overeenkomstig artikel 60 § 6 is gemaakt toen de OCMW-inrichting werd opgericht.

- (27) Op grond van hoofdstuk XII van de OCMW-wet⁽⁴⁷⁾ kan het OCMW een vereniging tot stand brengen met één of meer andere OCMW's, met andere openbare besturen en/of met rechtspersonen andere dan die welke winstooigmerken hebben. De koepelorganisatie IRIS en de IRIS-ziekenhuizen kunnen als dergelijke verenigingen worden aangemerkt (zie punt (11)). De OCMW-wet vereist verder⁽⁴⁸⁾ dat de statuten van die verenigingen onder meer het doel of de doeleinden waarvoor zij zijn opgericht, moeten vermelden. Daarenboven is in artikel 135quinquies van de OCMW-wet bepaald dat koepelverenigingen (zoals IRIS) strategische plannen moeten opstellen, die bindend zijn voor de IRIS-ziekenhuizen (die op hun beurt bedrijfsplannen en financiële plannen moeten opstellen). De Belgische autoriteiten voeren aan dat de IRIS-ziekenhuizen op grond van de OCMW-wet, de statuten en de strategische plannen van IRIS en de statuten van de IRIS-ziekenhuizen⁽⁴⁹⁾ zijn belast met aanvullende DAEB bovenop de „basisziekenhuis-DAEB” (zoals omschreven in de gecoördineerde ziekenhuiswet, zie punt (22) hierboven). De Commissie merkt in dit verband op dat de OCMW's en de IRIS-ziekenhuizen ook zogenaamde onderstandsdomicilie-overeenkomsten hebben gesloten (in 1996 en ook in 1998), die zouden kunnen worden beschouwd als een delegatie van sommige OCMW-taken aan die ziekenhuizen.
- (28) Volgens de Belgische autoriteiten hebben de respectieve Brusselse gemeenten en OCMW's ervoor gekozen de IRIS-ziekenhuizen te belasten met de volgende **aanvullende DAEB**⁽⁵⁰⁾, die ertoe bijdragen dat de uit de OCMW-wet voortvloeiende verplichting maatschappelijke dienstverlening te verstrekken, wordt nagekomen (zie punt (23) hierboven voor nadere informatie):
- a) Verplichting medische bijstand te verlenen aan alle patiënten in alle omstandigheden (hierna „**de universele zorgopdracht**” genoemd): de IRIS-ziekenhuizen kunnen niet weigeren patiënten te behandelen die niet kunnen betalen, zelfs als zij geen dringende medische zorg behoeven. Private ziekenhuizen zouden alleen verplicht zijn patiënten te behandelen die dringende medische zorg behoeven, maar zouden daartoe niet verplicht zijn in niet-dringende situaties.
 - b) Verplichting een volledig aanbod ziekenhuisdiensten te hebben op verschillende sites (hierna „**de opdracht meerdere sites te hebben**” genoemd): de gemeenten en de OCMW's hebben bewust ervoor gekozen verschillende ziekenhuissites te handhaven met een volledig aanbod behandelingen, zodat de toegankelijkheid voor patiënten gegarandeerd is. Het alternatief, namelijk bedden en bijbehorende diensten hergroeperen op minder locaties om kosten te besparen, is bewust afgewezen. Die keuze is vooral relevant voor minderbedeelde patiënten en hun familieleden, omdat de IRIS-ziekenhuizen voornamelijk zijn gevestigd in of nabij wijken met een grote minderbedeelde bevolking.
 - c) Verplichting patiënten en hun familieleden sociale diensten te verstrekken (hierna „**de aanvullende sociale opdracht**” genoemd): sociale assistenten helpen de minderbedeelde patiënten en hun familieleden bij het oplossen en beheren van financiële, administratieve, interpersoonlijke en sociale moeilijkheden. Daarnaast stellen de sociale assistenten voorafgaande sociale verslagen op om een financiële tussenkomst door het OCMW te vergemakkelijken. Hoewel alle openbare en private ziekenhuizen sociale assistenten in dienst moeten hebben voor bepaalde ziekenhuisdiensten (zoals geriatrie en psychiatrie), voeren de Belgische autoriteiten aan dat de IRIS-ziekenhuizen een specifieke aanvullende verplichting hebben die leidt tot een veel ruimer scala van sociale diensten en hogere kosten dan die welke overeenkomstig de gecoördineerde ziekenhuiswet worden gecompenseerd.
- (29) Samengevat kan worden gesteld dat volgens de Belgische autoriteiten alle openbare en private ziekenhuizen op grond van de gecoördineerde ziekenhuiswet een basisziekenhuisopdracht hebben. Daarnaast zouden alleen de openbare ziekenhuizen belast zijn met verdere ziekenhuisopdrachten, namelijk de universele zorgopdracht en de opdracht meerdere sites te hebben. Samen met de basisziekenhuisopdracht vormen die aanvullende ziekenhuisopdrachten de „**uitgebreide ziekenhuisopdracht**” van de openbare ziekenhuizen. De openbare ziekenhuizen zouden ook belast zijn met een aanvullende sociale opdracht, die private ziekenhuizen niet zouden moeten uitvoeren.

⁽⁴⁷⁾ Met name artikel 118 (van de versie van de OCMW-wet die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest van toepassing is).

⁽⁴⁸⁾ Zie artikel 120 van die wet (idem).

⁽⁴⁹⁾ De statuten en strategische plannen van IRIS en de statuten van de IRIS-ziekenhuizen kunnen worden beschouwd als besluiten van het openbaar bestuur, omdat zowel de IRIS-koepelvereniging als elk van de IRIS-ziekenhuizen wordt beheerd door de plaatselijke en gewestelijke overheidsinstanties (d.w.z. het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de gemeenten en de OCMW's hebben gezamenlijk de meerderheid van de stemmen in de besluitvormingsorganen). Zie in dit verband ook zaak T-137/10, CBI/Commissie, nog niet gepubliceerd, punten 114-118. De vraag of de ziekenhuizen naar behoren de opdracht hebben gekregen zal hieronder worden beoordeeld (deel 3.4).

⁽⁵⁰⁾ De vraag of die activiteiten in feite diensten van algemeen economisch belang vormen in de zin van artikel 106, lid 2, VWEU, en of de ziekenhuizen naar behoren daarmee zijn belast, zal hieronder worden beoordeeld (deel 3.4).

- (30) Ten slotte moet voor de volledigheid worden vermeld dat de openbare ziekenhuizen ook een aantal niet-ziekenhuisactiviteiten hebben (bv. vervoer van patiënten tussen ziekenhuizen met de ziekenwagens; rust- en verzorgingstehuizen; verpleegstersscholen; verhuur van zalen; beschermd wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen) (hierna „**de niet-ziekenhuisactiviteiten**” genoemd), die echter niet gelijkstaan met een openbardienstverplichting. De niet-ziekenhuisactiviteiten omvatten bepaalde economische/commerciële activiteiten, zoals de verkoop van drankjes aan bezoekers, de verhuur van tv's aan patiënten, de verhuur van zalen aan derden, de exploitatie van een kantine en een parking. Opgemerkt zij dat alle ziekenhuizen (d.w.z. zowel openbare als private) de mogelijkheid hebben dergelijke activiteiten te verrichten, die normaal gezien slechts een erg beperkt percentage van hun inkomsten opleveren. In elk geval moeten de kosten en inkomsten van die activiteiten op grond van de Belgische wet in een aparte boekhouding worden opgenomen (zie ook punt (18)).

2.4. Steun voor de herstructurering van 1995

- (31) Zoals hierboven beschreven (zie deel 2.1), werden de Brusselse openbare ziekenhuizen die onder het beheer en het toezicht van de OCMW's stonden, zowel structureel als financieel geherstructureerd. Het doel van de financiële tussenkomst van de overheid was de passiva van de openbare ziekenhuizen te verminderen (zoals die op 31 december 1995 bestonden), en met name de tekorten te dekken die in de periode 1989-1995 waren ontstaan. Die tussenkomst bestond in een lening van 4 miljard Belgische frank (ongeveer 100 miljoen EUR) met een looptijd van 20 jaar⁽⁵¹⁾. De lening werd toegekend door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, via het bovengenoemde BGHGT, aan de gemeenten die een openbaar ziekenhuis beheerden (via hun respectieve OCMW's). De gemeenten kenden die middelen op hun beurt aan hun openbare ziekenhuizen toe om een deel van hun financiële passiva aan te zuiveren (het bedrag van 100 miljoen EUR volstond niet om de totale financiële passiva van de ziekenhuizen aan te zuiveren).
- (32) Op 6 juni 1996 besloot het Brussels Hoofdstedelijk Gewest om geen terugbetaling van de lening en rente te eisen, mits de herstructureringsovereenkomsten van de ziekenhuizen volledig werden uitgevoerd en de financiële plannen werden nageleefd. Op dezelfde dag werden die voorwaarden vastgelegd in zes overeenkomsten tussen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de zes betrokken gemeenten⁽⁵²⁾ en hun respectieve OCMW's, en de openbare ziekenhuizen. In 1999 stelde het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vast dat de gemeenten de financiële plannen hadden nageleefd en bevestigde het derhalve dat de lening van ongeveer 100 miljoen EUR niet zou worden teruggevorderd. De openbare ziekenhuizen droegen aan de herstructurering en consolidatie bij door hun totale tekort van aanvankelijk bijna 200 miljoen EUR⁽⁵³⁾ (eind 1995) tegen eind 1999 te verminderen tot begrotingen die bijna in evenwicht waren.

3. VOORLOPIGE BEOORDELING

3.1. De verjaringstermijn van tien jaar

- (33) In artikel 15, leden 1 en 2, van Verordening (EG) nr. 659/1999 van de Raad, als gewijzigd, is bepaald dat de bevoegdheden van de Commissie om steun terug te vorderen, verjaren na een termijn van tien jaar. Die verjaringstermijn heeft effect op de uitoefening van de bevoegdheden van de Commissie voor een potentiële terugvordering van onrechtmatige steun.
- (34) Voorts wordt volgens artikel 15, lid 3, van Verordening (EG) nr. 659/1999 van de Raad, zoals gewijzigd, steun ten aanzien waarvan de verjaringstermijn is verstreken, als bestaande steun beschouwd.
- (35) De verjaringstermijn gaat in op de dag waarop de onrechtmatige steun als individuele steun of in het kader van een steunregeling aan de begunstigen is verleend. Door elke maatregel van de Commissie ten aanzien van de vermeende steunmaatregel wordt de verjaring gestuit en begint de termijn van voren af aan te lopen.
- (36) De herstructureringssteun werd toegekend op 6 juni 1996 (zie de punten (31)-(32)). De eerste actie die de Commissie ten aanzien van die steun ondernam, vond plaats op 26 oktober 2006⁽⁵⁴⁾, d.w.z. nadat de verjaringstermijn voor die steun op 6 juni 2006 verstreken was.
- (37) Ten aanzien van de wekerende financiering van tekorten (zie de punten (14)-(16)) waarvan de IRIS-ziekenhuizen profiteerden, ondernam de Commissie voor het eerst actie op 22 maart 2006⁽⁵⁵⁾. Een mogelijke terugvordering van onrechtmatige steun zou dus maar betrekking kunnen hebben op de periode die ingaat op 22 maart 1996.

⁽⁵¹⁾ Zie het samenwerkingsakkoord van 19 mei 1994 tussen de Federale Staat, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en het besluit van 23 november 1995 van de Brusselse Hoofdstedelijke regering.

⁽⁵²⁾ Zie voetnoot 15 voor die gemeenten.

⁽⁵³⁾ Dit is een raming uit 2001, omdat de definitieve tekorten voor de Brusselse openbare ziekenhuizen over de periode 1989-1995 op dat ogenblik nog niet bekend waren.

⁽⁵⁴⁾ Op 26 oktober 2006 stelde de Commissie de Belgische autoriteiten voor het eerst op de hoogte van de elementen van de klacht waarin naar die herstructureringssteun werd verwezen en vroeg zij hun om hun opmerkingen dienaangaande.

⁽⁵⁵⁾ De Commissie nam voor het eerst actie door de Belgische autoriteiten op 22 maart 2006 een verzoek om informatie te sturen met betrekking tot de wekerende financiering van tekorten.

- (38) In het kader van haar formele onderzoeksprocedure zal de Commissie derhalve slechts de overheidsfinanciering onderzoeken die is toegekend aan de vijf Brusselse algemene openbare ziekenhuizen die in de klacht zijn aangewezen en in punt (8) zijn genoemd, en niet de herstructureringssteun van 1995 — om te beoordelen of ze met staatssteun gelijkstaat en zo ja, of ze verenigbaar is met de interne markt.

3.2. Staatssteun in de zin van artikel 107, lid 1, VWEU

- (39) In artikel 107, lid 1, VWEU is bepaald dat steunmaatregelen van de staten of in welke vorm ook met staatsmiddelen bekostigd, die de mededinging door begunstiging van bepaalde ondernemingen of bepaalde producties vervalsen of dreigen te vervalsen, onverenigbaar zijn met de interne markt, voor zover deze steun het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig beïnvloedt. Een maatregel vormt dus staatssteun indien aan de volgende vier cumulatieve voorwaarden is voldaan⁽⁵⁶⁾:

- a) de maatregel kent een selectief economisch voordeel toe aan een onderneming;
- b) de maatregel wordt gefinancierd door de staat of met staatsmiddelen bekostigd;
- c) de maatregel vervalst de mededinging of dreigt de mededinging te vervalsen;
- d) de maatregel kan het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig beïnvloeden.

3.2.1. Selectief economisch voordeel voor een onderneming

3.2.1.1. Het begrip onderneming

Algemene beginselen

- (40) Overheidsfinanciering voor een entiteit kan slechts als staatssteun worden aangemerkt indien die entiteit een „onderneming” is in de zin van artikel 107, lid 1, VWEU. Volgens vaste rechtspraak van het Hof van Justitie zijn ondernemingen alle entiteiten die een economische activiteit verrichten⁽⁵⁷⁾. De kwalificatie van een entiteit als een onderneming hangt dus af van de aard van haar activiteit, ongeacht haar rechtsvorm en de wijze waarop zij wordt gefinancierd⁽⁵⁸⁾. Een activiteit moet algemeen als economisch van aard worden beschouwd wanneer zij bestaat in het aanbieden van goederen en diensten op een markt⁽⁵⁹⁾. Een entiteit die zowel economische als niet-economische activiteiten verricht, moet alleen voor die economische activiteiten als een onderneming worden beschouwd⁽⁶⁰⁾. Alleen het feit dat een entiteit geen winstoogmerk heeft, wil niet noodzakelijkerwijs zeggen dat de activiteiten die zij verricht, geen economisch karakter hebben⁽⁶¹⁾.

⁽⁵⁶⁾ Zie arrest van 10 januari 2006, zaak C-222/04, Ministero dell'Economia e delle Finanze/Cassa di Risparmio di Firenze SpA, Fondazione Cassa di Risparmio di San Miniato en Cassa di Risparmio di San Miniato SpA, Jurispr. 2006, blz. I-289, punt 129.

⁽⁵⁷⁾ Arrest van 12 september 2000, gevoegde zaken C-180/98 tot en met C-184/98, Pavlov e.a./Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, Jurispr. 2000, blz. I-6451, punt 74.

⁽⁵⁸⁾ Arrest van 23 april 1991, zaak C-41/90, Höfner en Elser/Macrotron, Jurispr. 1991, blz. I-1979, punt 21, en arrest van 12 september 2000, gevoegde zaken C-180/98 tot en met C-184/98, Pavlov e.a./Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, Jurispr. 2000, blz. I-6451, punt 74.

⁽⁵⁹⁾ Arrest van 16 juni 1987, zaak C-118/85, Commissie van de Europese Gemeenschappen/Italiaanse Republiek, Jurisprudentie 1987, blz. 2599, rechtsoverweging 7.

⁽⁶⁰⁾ Arrest van 24 oktober 2002, zaak C-82/01 P, Aéroports de Paris/Commissie van de Europese Gemeenschappen, Jurispr. 2002, blz. I-9297, punt 74, en arrest van 1 juli 2008, zaak C-49/07, Motosyketistiki Omospondia Ellados NPID (MOTOE)/Elliniko Dimosio, Jurispr. 2008, blz. I-4863, punt 25. Zie ook de mededeling van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang verleende compensatie (PB C 8 van 11.1.2012, blz. 4), punt 9.

⁽⁶¹⁾ Arrest van 1 juli 2008, zaak C-49/07, Motosyketistiki Omospondia Ellados NPID (MOTOE)/Elliniko Dimosio, Jurispr. 2008, blz. I-4863, punt 27, en arrest van 16 november 1995, zaak C-244/94, Fédération française des sociétés d'assurance, Société paternelle-vie, Union des assurances de Paris en Caisse d'assurance et de prévoyance mutuelle des agriculteurs/Ministère de l'agriculture et de la pêche, Jurispr. 1995, blz. I-4013, punt 21.

Uitgebreide ziekenhuisopdracht (zoals omschreven in punt (29) hierboven)

- (41) Wanneer gezondheidszorg wordt verstrekt door ziekenhuizen en andere verstrekkers van gezondheidszorg tegen betaling⁽⁶²⁾, hetzij rechtstreeks van de patiënten of uit andere bronnen, moet zij algemeen worden geacht een economische activiteit te vormen⁽⁶³⁾. De financiering die de IRIS-ziekenhuizen ontvangen door middel van verschillende uitkeringen van de federale of plaatselijke overheidsinstanties (zie bv. punt (13), onder a), b), d) en e), met betrekking tot de overheidsfinanciering waarover alle ziekenhuizen kunnen beschikken en de punten (14)-(17) met betrekking tot de aanvullende financiering voor de IRIS-ziekenhuizen), samen met de rechtstreekse betalingen van patiënten (zie punt (13), onder c)), is de betaling van de medische diensten die door de IRIS-ziekenhuizen zijn verricht, en kan derhalve in deze context worden beschouwd als de economische vergoeding voor de verrichte ziekenhuisdiensten. In een dergelijk systeem is er een zekere mate van mededinging tussen ziekenhuizen op het gebied van het verrichten van diensten op het gebied van gezondheidszorg. Het feit dat een ziekenhuis dat dergelijke diensten tegen betaling verricht, een openbaar ziekenhuis is, leidt er niet toe dat de activiteiten van dat ziekenhuis niet-economisch van aard zijn.
- (42) In deze zaak zijn de belangrijkste activiteiten van de IRIS-ziekenhuizen ziekenhuisactiviteiten die bestaan in het verrichten van diensten op het gebied van gezondheidszorg. Deze ziekenhuisactiviteiten die door de IRIS-ziekenhuizen worden verricht, worden ook verricht door andere soorten organen of entiteiten, met name klinieken en andere gespecialiseerde centra, waaronder de private ziekenhuizen van de klagers. Daarom moeten deze ziekenhuisactiviteiten die door de IRIS-ziekenhuizen tegen betaling en in een concurrerende omgeving worden verricht, als economisch van aard worden beschouwd.
- (43) De solidariteitsaspecten waarop de Belgische nationale gezondheidszorg is gebaseerd, doen geen afbreuk aan de economische aard van dergelijke ziekenhuisactiviteiten. Het Gerecht van eerste aanleg heeft immers in verband met een nationaal gezondheidsstelsel, dat door ministeries en andere entiteiten wordt beheerd en werkt op basis van het solidariteitsbeginsel in die zin dat het wordt gefinancierd door sociale bijdragen en andere bijdragen van de overheid en het zijn leden op basis van een algemene dekking gratis diensten verleent, verklaard dat de betrokken beheersorganen niet als ondernemingen handelden in hun beheer van dat nationale gezondheidsstelsel⁽⁶⁴⁾. De Commissie is echter van oordeel dat er een onderscheid moet worden gemaakt tussen het beheer van het nationale gezondheidsstelsel, dat aan overheidsinstanties is toevertrouwd die daartoe de prerogatieven van de staat uitoefenen, en het verstrekken van ziekenhuiszorg tegen betaling in een concurrerende omgeving (wat in deze zaak aan de orde is, zoals uiteengezet in de punten (41)-(42) hierboven).
- (44) Wat het verrichten van gezondheidszorgdiensten en het verrichten van rechtstreeks daarmee verband houdende diensten (d.w.z. de uitgebreide ziekenhuisopdracht en ook de niet-ziekenhuisactiviteiten, zie de punten (29) en (30) hierboven) betreft, moeten de IRIS-ziekenhuizen dan ook worden beschouwd als ondernemingen in de zin van artikel 107, lid 1, VWEU.

Aanvullende sociale opdracht

- (45) Zoals uitgelegd in de punten (23) en (28)-(29) hierboven, zijn de Belgische autoriteiten van mening dat de IRIS-ziekenhuizen een verplichting hebben, en dat ook in de praktijk doen, diensten te verrichten die verder gaan dan de uitgebreide ziekenhuisopdracht. Op basis van de OCMW-wet zouden de IRIS-ziekenhuizen met name moeten bijdragen tot de doelstelling van de OCMW's, namelijk maatschappelijke dienstverlening aan te bieden voor de burgers die dat nodig hebben. Buiten hun ziekenhuisactiviteiten zouden de IRIS-ziekenhuizen derhalve ook niet-ziekenhuisactiviteiten van sociale aard verrichten, en patiënten en hun familieleden, als zij daaraan behoefte hebben, niet alleen medische bijstand verlenen, maar ook bijstand van psychosociale, sociaaladministratieve of sociaalmateriële aard. Omdat die aanvullende diensten specifiek van aard zijn, moeten de dienstverrichters over specifieke middelen beschikken, zoals speciaal opgeleid personeel.

⁽⁶²⁾ Arrest van 12 juli 2001, zaak C-157/99, Geraets-Smits/Stichting Ziekenfonds VGZ en H.T.M. Peerbooms/Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, Jurispr. 2001, blz. I-5473, punt 58, waarin het Hof van Justitie oordeelde dat de omstandigheid dat een medische behandeling in een ziekenhuis door de ziekenfondsen rechtstreeks op basis van overeenkomsten en vooraf vastgestelde tarieven wordt betaald, die behandeling niet onttrekt aan het gebied van de diensten in de zin van het VWEU, en dat betalingen door het ziekenfonds, ook al gaat het om forfaitaire betalingen, wel degelijk de economische tegenprestatie voor de door het ziekenhuis verleende diensten en zonder enige twijfel het karakter van een vergoeding hebben voor het ziekenhuis dat de betaling ontvangt en dat een activiteit van economische aard verricht. Het Hof van Justitie voegde in dit verband daaraan toe dat het niet nodig is dat die tegenprestatie wordt betaald door degene die de dienst geniet.

⁽⁶³⁾ Arrest van 12 juli 2001, zaak C-157/99, Geraets-Smits/Stichting Ziekenfonds VGZ en H.T.M. Peerbooms/Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, Jurispr. 2001, blz. I-5473, punt 53, arrest van 31 januari 1984, gevoegde zaken 286/82 en 26/86, Luisi en Carbone/Ministero del Tesoro, Jurisprudentie 1984, blz. 377, rechtsoverweging 16, arrest van 4 oktober 1991, zaak C-159/90, The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd/Grogan e.a., Jurispr. 1999, blz. I-4685, punt 18, arrest van 12 juli 2001, zaak C-368/98, Van Braekel e.a./Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), Jurispr. 2001, blz. I-5363, punt 43, en arrest van 11 juli 2007, zaak T-167/04, Asklepios Kliniken GmbH/Commissie van de Europese Gemeenschappen, Jurispr. 2007, blz. II-2379, punten 49-55.

⁽⁶⁴⁾ Arrest van 4 maart 2003, zaak T-319/99, Federación Nacional de Empresas de Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental (FENIN)/Commissie van de Europese Gemeenschappen, Jurispr. 2003, blz. II-357, punt 39.

- (46) Het valt niet te ontkennen dat de aanvullende sociale opdracht die de IRIS-ziekenhuizen zouden moeten uitvoeren, een louter sociale doelstelling dient. In zijn rechtspraak heeft het Hof van Justitie niettemin verklaard dat een louter sociale functie van een stelsel waarin een organisatie met specifieke taken wordt belast, op zichzelf niet volstaat om algemeen de economische aard van die taken uit te sluiten ⁽⁶⁵⁾.
- (47) In deze zaak wil de Commissie echter duidelijkheid over de vraag of het verrichten van de genoemde aanvullende sociale activiteiten eigenlijk wel kan worden aangemerkt als „het aanbieden van goederen en diensten op een markt”. Hoewel het theoretisch mogelijk lijkt dat de aanvullende sociale diensten die de IRIS-ziekenhuizen zouden verrichten, op een concurrerende markt worden aangeboden, komt het bestaan van een dergelijke markt onwaarschijnlijk voor, gelet op het bijzondere rechtskader waarin ze worden verricht (d.w.z. de OCMW-wet). De OCMW's moeten die diensten namelijk gratis aanbieden, wat weinig winstvooruitzichten lijkt te bieden voor een onderneming die mogelijkere wijs belangstelling heeft voor het verstrekken van soortgelijke diensten.
- (48) De conclusie luidt dat, gelet op de potentiële eigen kenmerken van het Belgische stelsel van sociale diensten en het Belgische rechtskader, een diepgaande analyse moet worden gemaakt van de aard (economisch of niet) van de aanvullende sociale diensten die door de IRIS-ziekenhuizen worden verricht. Op basis van de in deze fase beschikbare informatie heeft de Commissie twijfels over de vraag of de betrokken activiteiten economisch of niet-economisch van aard zijn. De Commissie zou derhalve deze vraag in een formele onderzoeksprocedure willen onderzoeken. De Commissie nodigt de Belgische autoriteiten en alle belanghebbenden uit alle informatie en opmerkingen over de aard (economisch of niet-economisch) van de aanvullende diensten in te dienen.
- (49) De Commissie merkt in dit verband op dat de twijfels over één van de constitutieve bestanddelen van staatsteun van een deel van de onderzochte maatregel, omwille van de proceseconomie voor de Commissie geen beletsel vormen om tegelijkertijd in haar formele onderzoeksprocedure informatie te verzamelen en te onderzoeken over de overige bestanddelen van staatssteun, evenals informatie die relevant is voor de beoordeling van de verenigbaarheid met de interne markt van dergelijke mogelijke staatssteun.

3.2.1.2. *Economisch voordeel*

Algemene beoordeling

- (50) Een voordeel in de zin van artikel 107, lid 1, VWEU is een economisch voordeel dat een onderneming onder normale marktvoorwaarden, d.w.z. zonder tussenkomst van de staat, niet zou hebben verkregen ⁽⁶⁶⁾. Slechts het effect van de maatregel op de onderneming is relevant, niet de oorzaak of de doelstelling van de tussenkomst van de staat ⁽⁶⁷⁾. Als de financiële situatie van de onderneming verbeterd is als gevolg van de tussenkomst van de staat, is er sprake van een voordeel.
- (51) In deze zaak moet, voor zover de IRIS-ziekenhuizen ondernemingen vormen in de zin van artikel 107, lid 1, VWEU, worden opgemerkt dat de IRIS-ziekenhuizen door de verschillende systemen van overheidsfinanciering tot dekking van de algemene ziekenhuisactiviteiten en de aanvullende activiteiten, waaronder ook de financiering van tekorten, konden profiteren van een pakket maatregelen om ervoor te zorgen dat ze minder lasten moesten dragen dan die welke normaal gezien door de verrichters van dergelijke activiteiten worden gedragen. De verschillende overheidsfinancieringen waarop dit besluit betrekking heeft, moeten derhalve worden geacht een economisch voordeel voor de IRIS-ziekenhuizen te vormen dat ze onder normale marktvoorwaarden, d.w.z. zonder tussenkomst van de staat, niet zouden hebben verkregen.

Altmark

- (52) De Commissie merkt op dat de overheidsfinanciering van de IRIS-ziekenhuizen voor hen geen voordeel zou vormen als ze niet meer zou bedragen dan de compensatie voor diensten die de IRIS-ziekenhuizen verrichten op grond van openbaredienstverplichtingen waarmee ze zijn belast, en voor zover voldaan is aan de voorwaarden die in de Altmark-rechtspraak zijn vastgesteld.
- (53) In zijn arrest Altmark verduidelijkte het Hof van Justitie dat een compensatie uit staatsmiddelen voor kosten die zijn gemaakt om een dienst van algemeen economisch belang te verrichten, geen voordeel vormt wanneer aan vier cumulatieve voorwaarden is voldaan ⁽⁶⁸⁾:
- a) in de eerste plaats moet de begunstigde onderneming daadwerkelijk belast zijn met de uitvoering van openbaredienstverplichtingen en moeten die verplichtingen duidelijk omschreven zijn;

⁽⁶⁵⁾ Zie met name arrest van 22 mei 2003, zaak C-355/00, Freskot AE/Elliniko Dimosio, Jurispr. 2003, blz. I-5263, punt 53. In die zaak verwees het Hof van Justitie naar de omstandigheid dat de diensten en bijdragen op basis van een verplicht verzekeringsstelsel in detail door de nationale wetgever waren vastgesteld.

⁽⁶⁶⁾ Arrest van 14 juli 1996, zaak C-39/94, Syndicat français de l'Express international (SFEI) e.a./La Poste e.a., Jurispr. 1996, blz. I-3547, punt 60, en arrest van 29 april 1999, zaak C-342/96, Koninkrijk Spanje/Commissie van de Europese Gemeenschappen, Jurispr. 1999, blz. I-2459, punt 41.

⁽⁶⁷⁾ Arrest van 2 juli 1974, zaak 173/73, Italiaanse Republiek/Commissie van de Europese Gemeenschappen, Jurisprudentie 1974, blz. 709, rechtsoverweging 13.

⁽⁶⁸⁾ Arrest van 24 juli 2003, zaak C-280/00, Altmark Trans GmbH en Regierungspräsidium Magdeburg/Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH en Oberbundesanwalt beim Bundesverwaltungsgericht, Jurispr. 2003, blz. I-7747, punten 87-95.

- b) de parameters op basis waarvan de compensatie wordt berekend, moeten vooraf op objectieve en doorzichtige wijze worden vastgesteld;
- c) de compensatie mag niet hoger zijn dan nodig is om de kosten van de uitvoering van de openbaredienstverplichtingen, rekening houdend met de opbrengsten alsmede met een redelijke winst uit de uitvoering van die verplichtingen, geheel of gedeeltelijk te dekken;
- d) wanneer een met de uitvoering van openbaredienstverplichtingen belaste onderneming niet is gekozen in het kader van een openbare aanbesteding, waarbij de kandidaat kan worden geselecteerd die deze diensten tegen de laagste kosten voor de gemeenschap kan leveren, moet de noodzakelijke compensatie worden vastgesteld op basis van een analyse van de kosten die een gemiddelde, goed beheerde en goed uitgeruste onderneming zou hebben gemaakt om deze verplichtingen uit te voeren.
- (54) De in het arrest Altmark vastgestelde beginselen en overwegingen zijn van toepassing met terugwerkende kracht, d. w.z. ook op de rechtsbetrekkingen die dateren van vóór het betrokken arrest ⁽⁶⁹⁾. De beoordelingscriteria die in het arrest Altmark zijn vastgesteld, zijn bijgevolg volledig van toepassing op de feitelijke en juridische situatie van deze zaak, zelfs met betrekking tot steun die vóór de datum van het arrest Altmark aan de IRIS-ziekenhuizen werd toegekend ⁽⁷⁰⁾.
- (55) In deze zaak heeft de Commissie besloten eerst het vierde Altmark-criterium te analyseren (namelijk of de onderneming die een DAEB verricht, gekozen is in een openbare aanbesteding, en indien niet, of de voor de DAEB toegekende compensatie gebaseerd is op de kosten van een gemiddelde, goed beheerde onderneming). De Commissie merkt op dat de IRIS-ziekenhuizen niet in een openbare aanbesteding zijn gekozen voor de openbaredienstverplichtingen waarmee zij volgens de Belgische autoriteiten zijn belast. De openbaredienstverplichtingen werden aan de betrokken openbare ziekenhuizen toegewezen via een erkenningsprocedure (waarin de gecoördineerde ziekenhuiswet voorziet) of via overeenkomsten en andere documenten (zoals bv. strategische plannen). Er kan dus worden geconcludeerd dat in deze zaak niet is voldaan aan het eerste deel van het betrokken criterium.
- (56) Wat het tweede deel van het onderzochte criterium betreft, merkt de Commissie op dat de informatie die door de Belgische autoriteiten en de klagers is verstrekt, niet volstaat om aan te tonen dat de systemen van compensatie voor de openbaredienstverplichtingen waarmee de IRIS-ziekenhuizen zouden zijn belast, voldoen aan het criterium van een efficiënte marktdeelnemer in de zin van de vierde Altmark-voorwaarde. Er is geen aanwijzing dat de toegekende compensatie gebaseerd is op een analyse van de kosten van een gemiddelde onderneming met de kenmerken die door de EU-rechtspraak worden opgelegd. Er is evenmin voldoende informatie waaruit blijkt dat de IRIS-ziekenhuizen (of net zozeer de private ziekenhuizen die de klacht hebben ingediend) kunnen worden beschouwd als gemiddelde, goed beheerde en voldoende uitgeruste ondernemingen. Bij de bepaling van de toegekende compensatie lijken er geen overwegingen van goed beheer of voldoende uitrusting in aanmerking te zijn genomen. Ten slotte moet worden opgemerkt dat een compensatiemechanisme om het tekort van de IRIS-ziekenhuizen te dekken, waarbij geen rekening wordt gehouden met de vraag of die ziekenhuizen efficiënt worden beheerd, niet aan het vierde Altmark-criterium kan voldoen.
- (57) De Commissie is bijgevolg van oordeel dat in deze zaak niet is voldaan aan het vierde criterium van het arrest Altmark. Omdat de in het arrest Altmark vastgestelde voorwaarden cumulatief zijn, leidt de omstandigheid dat aan één van de vier voorwaarden niet is voldaan, noodzakelijkerwijs tot de conclusie dat de onderzochte financieringsmaatregelen een economisch voordeel toekennen in de zin van artikel 107, lid 1, VWEU.

3.2.1.3. *Selectiviteit*

- (58) Om binnen het toepassingsgebied van artikel 107, lid 1, VWEU te vallen, moet een overheidsmaatregel „bepaalde ondernemingen of bepaalde producties” begunstigen. Bijgevolg vallen slechts de maatregelen die ondernemingen op een selectieve manier begunstigen, onder het begrip steun.

⁽⁶⁹⁾ Arrest van 12 februari 2008, zaak T-289/03, British United Provident Association Ltd (BUPA), BUPA Insurance Ltd en BUPA Ireland Ltd/Commissie van de Europese Gemeenschappen, Jurispr. 2008, blz. II-81, punt 159. Daarin verklaarde het Gerecht het volgende: „In dit verband zij eraan herinnerd dat de uitlegging die het Hof geeft aan een bepaling van gemeenschapsrecht, niet verder gaat dan het verklaren en preciseren van de betekenis en de strekking van die bepaling zoals deze sinds het tijdstip van haar inwerkingtreding had moeten worden verstaan en toegepast. Hieruit volgt dat de aldus uitgelegde bepaling ook kan en moet worden toegepast op rechtsbetrekkingen die zijn ontstaan en tot stand gekomen vóór het betrokken arrest en het Hof kan slechts bij uitzondering op grond van een aan de communautaire rechtsorde inherent algemeen beginsel van rechtszekerheid aanleiding vinden om beperkingen te stellen aan de mogelijkheid voor iedere belanghebbende, met een beroep op een door het Hof uitgelegde bepaling te goeder trouw tot stand gekomen rechtsbetrekkingen opnieuw aan de orde te stellen.”

⁽⁷⁰⁾ Arrest van 15 maart 2005, zaak C-209/03, The Queen, on the application of Dany Bidar/London Borough of Ealing en Secretary of State for Education and Skills, Jurispr. 2005, blz. I-2119, punten 66-67, en arrest van 6 maart 2007, zaak C-292/04, Meilicke, Weyde en Stöffler/Finanzamt Bonn-Innenstadt, Jurispr. 2007, blz. I-1835, punten 34-36.

- (59) De Commissie merkt op dat de overheidsfinanciering waarmee de kosten van het verrichten van de algemene ziekenhuisactiviteiten (d.w.z. de basisziekenhuisopdracht) wordt gedekt, slechts bestemd is voor gezondheidsinrichtingen die als „ziekenhuizen” worden omschreven in de zin van de desbetreffende wetgeving (met name de gecoördineerde ziekenhuiswet), waardoor andere verstrekkers van gezondheidszorg en marktdeelnemers uit andere sectoren worden uitgesloten. Die maatregelen zijn derhalve door hun aard selectief. De overheidsfinancieringen voor de aanvullende DAEB waarmee de IRIS-ziekenhuizen zouden zijn belast (zie punt (28) hierboven), zijn ook selectief, aangezien alleen openbare ziekenhuizen daarvan kunnen profiteren. Daarenboven moet ook het financieringsmechanisme dat is opgezet om de tekorten van de openbare ziekenhuizen te dekken, maar niet die van de private ziekenhuizen, als selectief van aard worden beschouwd.

3.2.2. Staatsmiddelen

- (60) Een maatregel kan slechts staatssteun vormen in de zin van artikel 107, lid 1, VWEU, als hij door de staat is toegekend of uit staatsmiddelen is bekostigd. Staatsmiddelen omvatten alle overheidsmiddelen⁽⁷¹⁾, waaronder middelen van lichamen binnen de staat (gedecentraliseerde, federatieve, gewestelijke of andere)⁽⁷²⁾.
- (61) In deze zaak worden alle onderzochte financieringsmaatregelen toegekend door overheidsinstanties, overeenkomstig hun respectieve bevoegdheden, uit overheidsmiddelen en kunnen ze aan de staat worden toegerekend. Zoals hierboven gezegd, worden de openbaredienstactiviteiten die op grond van de federale wet moeten worden verricht, zowel voor de openbare als de private ziekenhuizen, voornamelijk gefinancierd door de exploitatiekosten te compenseren via het budget van financiële middelen dat door de staat wordt toegekend, door de bedragen uit de sociale zekerheid via het RIZIV⁽⁷³⁾, alsook uit andere compensaties en investeringssubsidies die worden toegekend door de staat of door plaatselijke overheidsinstanties. De financiering die openbare ziekenhuizen, waaronder de IRIS-ziekenhuizen, aanvullend kunnen ontvangen van hun respectieve gemeenten om tekorten te dekken die voortvloeien uit het verrichten van ziekenhuisgebonden openbaredienstactiviteiten (financiering gebaseerd op artikel 109 van de gecoördineerde ziekenhuiswet, thans artikel 125 van de gecoördineerde ziekenhuiswet), komt ook uit overheidsmiddelen. De sociale taken die door de OCMW's aan de IRIS-ziekenhuizen zijn gedelegeerd, zouden (gedeeltelijk) gefinancierd zijn door een bijzondere jaarlijkse subsidie van bijna 10 miljoen EUR van de respectieve gemeenten (die voor de financiering daarvan bijzondere subsidies van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ontvingen), die een onderdeel zou kunnen zijn van het mechanisme om tekorten te compenseren (zie punt (92) hieronder).

3.2.3. Vervalsing van de mededinging en ongunstige beïnvloeding van het handelsverkeer

- (62) Steunmaatregelen van de staten voor ondernemingen zijn slechts staatssteun in de zin van artikel 107, lid 1, VWEU, als daardoor de mededinging wordt vervalst of dreigt te worden vervalst en slechts voor zover het handelsverkeer tussen de lidstaten daardoor ongunstig wordt beïnvloed.

Vervalsing van de mededinging

- (63) Een door de staat toegekende maatregel wordt geacht de mededinging te vervalsen of het risico daartoe in te houden wanneer daarmee de concurrentiepositie van de begunstigde onderneming ten opzichte van andere, concurrerende ondernemingen wordt versterkt⁽⁷⁴⁾. Praktisch gezien wordt een vervalsing van de mededinging dus aangenomen zodra een staat een financieel voordeel verleent aan een onderneming in een geliberaliseerde sector waar er concurrentie is of zou kunnen zijn.
- (64) Omdat er een zekere mate van mededinging bestaat tussen openbare ziekenhuizen, private ziekenhuizen en andere inrichtingen voor gezondheidszorg, kan de mededinging worden vervalst door overheidsfinanciering die aan bepaalde gezondheidsinrichtingen (waaronder de IRIS-ziekenhuizen) wordt toegekend om de ziekenhuisactiviteiten te financieren die zij op grond van hun openbaredienstverplichtingen moeten verrichten. Hetzelfde geldt voor de aanvullende sociale activiteiten van de IRIS-ziekenhuizen (voor zover die met een economische activiteit gelijkstaan).

⁽⁷¹⁾ Arrest van 12 december 1996, zaak T-358/94, Compagnie nationale Air France/Commissie van de Europese Gemeenschappen, Jurispr. 1996, blz. II-2109, punt 56.

⁽⁷²⁾ Arrest van 14 oktober 1987, zaak 248/84, Bondsrepubliek Duitsland/Commissie van de Europese Gemeenschappen, Jurisprudentie 1987, blz. 4013, rechtsoverweging 17, en arrest van 6 maart 2002, gevoegde zaken T-92/00 en T-103/00, Territorio Histórico de Álava — Diputación Foral de Álava (T-92/00), Ramondín, SA en Ramondín Cápsulas, SA (T-103/00)/Commissie van de Europese Gemeenschappen, Jurispr. 2002, blz. II-1385, punt 57.

⁽⁷³⁾ Het RIZIV is een federale instelling die onder toezicht staat van de federale minister van Sociale Zaken.

⁽⁷⁴⁾ Arrest van 17 september 1980, zaak 730/79, Philip Morris Holland BV/Commissie van de Europese Gemeenschappen, Jurisprudentie 1980, blz. 267, rechtsoverweging 11, en arrest van 15 juni 2000, gevoegde zaken T-298/97, T-312/97, T-313/97, T-315/97, T-600/97 tot en met 607/97, T-1/98, T-3/98 tot en met T-6/98 en T-23/98, Alzetta e.a./Commissie van de Europese Gemeenschappen, Jurispr. 2000, blz. II-2325, punt 80.

Ongunstige beïnvloeding van het handelsverkeer tussen de lidstaten

- (65) In de rechtspraak van de Europese gerechten is vastgesteld dat alle toekenning van steun aan een onderneming die haar activiteiten op de interne markt verricht, het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig kan beïnvloeden⁽⁷⁵⁾. Op het gebied van de staatssteunregels wordt een ongunstige beïnvloeding van het handelsverkeer niet a priori uitgesloten door de omstandigheid dat de verrichte dienst plaatselijk of regionaal van aard is. Hoewel er geen strikte drempel of strikt percentage is waaronder mag worden aangenomen dat het handelsverkeer tussen de lidstaten niet ongunstig wordt beïnvloed, kan de omstandigheid dat de economische activiteit een beperkt bereik heeft, wat kan blijken uit een erg lage omzet, het minder aantrekkelijk maken dat het handelsverkeer ongunstig wordt beïnvloed.
- (66) In deze zaak merkt de Commissie op dat de sector van de gezondheidszorg in het algemeen en de intramurale patiëntenzorg die door ziekenhuizen wordt verstrekt in het bijzonder, onder het handelsverkeer binnen de EU valt. Ziekenhuisexploitanten en private gezondheidszorgverstrekkers uit andere lidstaten kunnen de markt betreden waarop de IRIS-ziekenhuizen actief zijn. Alle maatregelen waardoor de concurrentiepositie van de IRIS-ziekenhuizen wordt verbeterd, kunnen er bijgevolg toe leiden dat in andere lidstaten gevestigde ondernemingen minder kansen hebben om de markt te betreden waarop de IRIS-ziekenhuizen actief zijn België, wat het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig kan beïnvloeden.
- (67) De Commissie merkt ook op dat de grensoverschrijdende mobiliteit van patiënten toeneemt. Weliswaar blijft gezondheidszorg een bevoegdheid van de lidstaten en wordt de mobiliteit van patiënten geregeld door strenge bepalingen inzake de tussenkomsten van de nationale socialezekerheidsstelsels. Intramurale patiëntenzorg wordt doorgaans verstrekt in de buurt van de woonplaats van de patiënt in een culturele omgeving waarmee hij vertrouwd is, waardoor hij een vertrouwensband kan opbouwen met de artsen die hem behandelen. Er is vooral grensoverschrijdende mobiliteit van patiënten in grensgebieden, of om een uiterst gespecialiseerde behandeling te krijgen voor specifieke aandoeningen. Ten slotte is het niet duidelijk in welke mate de onderzochte steunmaatregelen voor de openbare ziekenhuizen tot grensoverschrijdende mobiliteit van patiënten kunnen leiden. Omdat sommige IRIS-ziekenhuizen uiterst gespecialiseerde ziekenhuizen met een internationale reputatie⁽⁷⁶⁾ zijn en er in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zeer veel burgers uit andere lidstaten wonen waar juist wel kan worden gekozen waar men medische diensten laat verrichten, is de Commissie niettemin van oordeel dat patiëntenmobiliteit kan bijdragen tot de ongunstige beïnvloeding van het handelsverkeer die door de onderzochte maatregelen kan worden veroorzaakt.
- (68) Concluderend kan de Commissie in deze zaak niet uitsluiten dat het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig wordt beïnvloed door de financiering van de ziekenhuisactiviteiten van de IRIS-ziekenhuizen.
- (69) Wat ten slotte de aanvullende sociale activiteiten van de IRIS-ziekenhuizen betreft, d.w.z. de sociale taken die door de OCMW's zijn gedelegeerd, merkt de Commissie op dat, voor zover die activiteiten economisch van aard kunnen zijn en rekening houdend met de nauwe band met de algemene ziekenhuisactiviteiten van de IRIS-ziekenhuizen, moet worden aangenomen dat die activiteiten worden verricht op een markt die openstaat voor ondernemingen uit andere lidstaten. Op basis daarvan kunnen alle overheidsmaatregelen ten gunste van de IRIS-ziekenhuizen voor het verrichten van die activiteiten het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig beïnvloeden.

3.2.4. Conclusie

- (70) Op grond van de bovenstaande overwegingen is de Commissie van oordeel dat de compensaties die worden toegekend voor de ziekenhuisactiviteiten van de IRIS-ziekenhuizen, voldoen aan de cumulatieve staatssteuncriteria en dat dit onderdeel van de financiering van de IRIS-ziekenhuizen dus staatssteun vormt in de zin van artikel 107, lid 1, VWEU.
- (71) Zoals hierboven beschreven (zie punt (48)), wenst de Commissie, op basis van de informatie die in deze fase beschikbaar is, met betrekking tot de aanvullende sociale opdracht die door de IRIS-ziekenhuizen wordt uitgevoerd, meer informatie te krijgen, zodat zij kan bepalen of die opdracht van economische of niet-economische aard is. De Commissie nodigt de Belgische autoriteiten en alle belanghebbenden uit alle relevante informatie en opmerkingen over de aard (economisch of niet-economisch) van die activiteiten in te dienen.

3.3. Rechtmatigheid van de steunmaatregelen

- (72) De Commissie merkt op dat de maatregelen waarop dit besluit betrekking heeft, voor zover ze staatssteun vormen in de zin van artikel 107, lid 1, VWEU, niet zijn aangemeld overeenkomstig artikel 108, lid 3, VWEU. Sommige van de maatregelen kunnen niettemin onder een vrijstellingsbesluit vallen, zoals hieronder nader toegelicht (zie deel 3.4.1).

⁽⁷⁵⁾ Arrest van 17 september 1980, zaak 730/79, Philip Morris Holland BV/Commissie van de Europese Gemeenschappen, Jurisprudentie 1980, blz. 267, rechtsoverwegingen 11 en 12, en arrest van 30 april 1998, zaak T-214/95, Vlaams Gewest/Commissie van de Europese Gemeenschappen, Jurispr. 1998, blz. II-717, punten 48-50.

⁽⁷⁶⁾ Met name het Universitaire Kinderziekenhuis Koningin Fabiola en het Instituut Jules Bordet (dat gespecialiseerd is in kankerbehandelingen).

3.4. Verenigbaarheid met de interne markt

3.4.1. Rechtsgrondslag

Algemene opmerkingen

- (73) Voor zover de overheidsfinanciering van de IRIS-ziekenhuizen staatssteun vormt in de zin van artikel 107, lid 1, VWEU, moet worden beoordeeld of die verenigbaar is met de interne markt. De redenen waarom een steunmaatregel van een staat verenigbaar met de interne markt kan of moet worden verklaard, zijn opgenomen in artikel 106, lid 1, artikel 107, lid 2, en artikel 107, lid 3, VWEU.
- (74) Omdat de Belgische autoriteiten altijd zijn blijven aanvoeren dat de overheidsfinanciering van de IRIS-ziekenhuizen de compensatie is voor het verrichten van DAEB, moet de verenigbaarheid van de financieringsmaatregelen met de interne markt eerst worden getoetst aan artikel 106, lid 2, VWEU. In dat artikel is het volgende bepaald:

„De ondernemingen belast met het beheer van diensten van algemeen economisch belang of die het karakter dragen van een fiscaal monopolie, vallen onder de regels van de Verdragen, met name onder de mededingingsregels, voor zover de toepassing daarvan de vervulling, in feite of in rechte, van de hun toevertrouwde bijzondere taken niet verhindert. De ontwikkeling van het handelsverkeer mag niet worden beïnvloed in een mate die strijdig is met het belang van de Unie.”

Toepassing van artikel 106, lid 2, VWEU in de tijd

- (75) De Commissie heeft de precieze voorwaarden waaronder artikel 106, lid 2, door haar wordt toegepast, vastgelegd in een reeks instrumenten, meest recentelijk in, onder meer, de DAEB-kaderregeling van 2012⁽⁷⁷⁾ en het DAEB-besluit van 2012⁽⁷⁸⁾ (hierna samen „het DAEB-pakket van 2012” genoemd). Eerder had de Commissie de DAEB-kaderregeling van 2005⁽⁷⁹⁾ en de DAEB-beschikking van 2005⁽⁸⁰⁾ vastgesteld en toegepast. Een steunmaatregel die voldoet aan de criteria die in het DAEB-besluit van 2012 zijn vastgesteld, wordt verenigbaar geacht met de interne markt en van aanmelding vrijgesteld. Steunmaatregelen die niet binnen het toepassingsgebied van het DAEB-besluit van 2012 vallen omdat ze niet voldoen aan alle daarin vastgestelde criteria, moeten na aanmelding worden beoordeeld volgens de DAEB-kaderregeling van 2012.
- (76) In deze zaak gaat de onderzochte overheidsfinanciering van de IRIS-ziekenhuizen terug tot 1996, dus vroeger in de tijd dan het DAEB-besluit van 2012 en de DAEB-kaderregeling van 2012. Het DAEB-pakket bevat echter bepalingen — artikel 10 van het DAEB-besluit van 2012 en punt 69 van de DAEB-kaderregeling van 2012 — waardoor het ook van toepassing is op steun die is toegekend vóór de inwerkingtreding van het DAEB-pakket van 2012 op 31 januari 2012. Op grond van die bepalingen moeten drie verschillende situaties worden onderscheiden, die in de volgende punten worden uiteengezet.
- (77) Ten eerste, steun die was toegekend vóór 19 december 2005: in artikel 10, onder b), van het DAEB-besluit van 2012 is dienaangaande het volgende bepaald:

„Vóór de inwerkingtreding van dit besluit [d.w.z. vóór 31 januari 2012] van kracht geworden steunmaatregelen die overeenkomstig [de DAEB-beschikking van 2005] niet verenigbaar waren met de interne markt noch waren vrijgesteld van de aanmeldingsverplichting, maar die aan de in het onderhavige besluit vastgestelde voorwaarden voldoen, zijn verenigbaar met de interne markt en zijn vrijgesteld van de aanmeldingsverplichting.”

Steunmaatregelen die waren toegekend vóór 19 december 2005, de datum waarop de DAEB-beschikking van 2005 in werking trad, kunnen niet verenigbaar met de interne markt worden verklaard of van aanmelding worden vrijgesteld overeenkomstig de DAEB-beschikking van 2005, omdat de DAEB-beschikking van 2005 geen terugwerkende kracht heeft. Om verenigbaar met de interne markt te worden verklaard en van aanmelding te worden vrijgesteld, moeten die maatregelen derhalve voldoen aan alle voorwaarden die in het DAEB-besluit van 2012 zijn vastgesteld, waarin bepalingen inzake de toepassing met terugwerkende kracht zijn opgenomen. Indien de maatregelen niet voldoen aan de voorwaarden van het besluit van 2012, kunnen ze nog altijd verenigbaar met de interne markt worden verklaard — maar niet van aanmelding worden vrijgesteld — overeenkomstig de punten 61 en 69 van de DAEB-kaderregeling van 2012.

⁽⁷⁷⁾ Mededeling van de Commissie: EU-kaderregeling inzake staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst, PB C 8 van 11.1.2012, blz. 15.

⁽⁷⁸⁾ Besluit van de Commissie van 20 december 2011 betreffende de toepassing van artikel 106, lid 2, van het VWEU op staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst, verleend aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economisch belang belaste ondernemingen, PB L 7 van 11.1.2012, blz. 3.

⁽⁷⁹⁾ Communautaire kaderregeling inzake staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst, PB C 297 van 29.11.2005, blz. 4.

⁽⁸⁰⁾ Beschikking van de Commissie van 28 november 2005 betreffende de toepassing van artikel 86, lid 2, van het EG-Verdrag op staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst die aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economisch belang belaste ondernemingen wordt toegekend, PB L 312 van 29.11.2005, blz. 67.

- (78) Ten tweede, steun die was toegekend in de periode van 19 december 2005 tot 31 januari 2012: in artikel 10, onder a), van het DAEB-besluit van 2012 is dienaangaande het volgende bepaald:

„Vóór de inwerkingtreding van dit besluit van kracht geworden steunregelingen die overeenkomstig [de DAEB-beschikking van 2005] verenigbaar waren met de interne markt en waren vrijgesteld van de aanmeldingsverplichting, blijven gedurende een periode van nog eens twee jaar verenigbaar met de interne markt en vrijgesteld van de aanmeldingsverplichting.”

Steunmaatregelen die werden toegekend in de periode van 19 december 2005 (de datum van inwerkingtreding van de DAEB-beschikking van 2005) tot 31 januari 2012 (de datum van inwerkingtreding van het DAEB-besluit van 2012) zullen derhalve eerst worden beoordeeld overeenkomstig de DAEB-beschikking van 2005. Indien de betrokken maatregelen voldoen aan de voorwaarden van de DAEB-beschikking van 2005, zullen ze verenigbaar met de interne markt worden verklaard en van aanmelding worden vrijgesteld, doch slechts vanaf de datum waarop ze werden toegekend tot en met 30 januari 2014 (voor de periode die ingaat op 31 januari 2014 moet de maatregel overeenkomstig het DAEB-besluit van 2012 worden beoordeeld). Indien de betrokken maatregelen niet voldoen aan de voorwaarden van de DAEB-beschikking van 2005, zullen ze worden beoordeeld overeenkomstig artikel 10, onder b), van het DAEB-besluit van 2012 of, indien niet aan alle voorwaarden van dat besluit is voldaan, overeenkomstig de punten 61 en 69 van de DAEB-kaderregeling van 2012.

- (79) Ten derde, steun die was toegekend in de periode vanaf 31 januari 2012: alle steunmaatregelen die werden toegekend na de datum waarop het DAEB-pakket van 2012 in werking trad, zullen eerst worden beoordeeld op basis van het DAEB-besluit van 2012 en, indien niet aan alle voorwaarden van dat besluit is voldaan, op basis van punt 61 van de DAEB-kaderregeling van 2012.

Toepasselijkheid van artikel 106, lid 2, VWEU en de DAEB-pakketten

- (80) Artikel 106, lid 2, VWEU en de daarop gebaseerde DAEB-pakketten zijn alleen van toepassing op compensatie die is betaald aan een onderneming die belast is met het beheer van een *reële dienst van algemeen economisch belang*. De Commissie stelt op het eerste gezicht vast dat de activiteiten van de IRIS-ziekenhuizen die overheidsfinanciering genieten (d.w.z. de uitgebreide ziekenhuisopdracht en de aanvullende sociale opdracht), als reële diensten van algemeen economisch belang kunnen worden aangemerkt, zoals door de Belgische autoriteiten wordt aangevoerd.
- (81) De Commissie is voorts van oordeel dat de overheidsfinanciering voor de DAEB die aan de IRIS-ziekenhuizen is toegekend, op het eerste gezicht ook binnen het materiële toepassingsgebied lijkt te vallen van de DAEB-beschikking van 2005 en het DAEB-besluit van 2012, zoals dat in artikel 2 van die beschikking en dat besluit is omschreven. Volgens artikel 2, lid 1, onder b) en c), van het DAEB-besluit van 2012 is dat besluit van toepassing op staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst die wordt verleend aan ziekenhuizen die medische zorg bieden (daaronder begrepen daarmee verband houdende ondersteunende activiteiten) en ondernemingen die DAEB verstrekken waarmee wordt voldaan aan sociale behoeften wat betreft onder meer gezondheidszorg en sociale inclusie van kwetsbare groepen. Op dezelfde manier is in artikel 2, lid 1, onder b), van de DAEB-beschikking van 2005 bepaald dat die beschikking van toepassing is op DAEB-compensatie voor ziekenhuizen, daaronder begrepen een compensatie voor de daarmee verband houdende ondersteunende diensten⁽⁸¹⁾. Omdat de door de overheid gefinancierde DAEB die door de IRIS-ziekenhuizen worden verricht, allemaal in deze categorieën van activiteiten zouden kunnen vallen, is de Commissie van oordeel dat de in deze zaak onderzochte financieringsmaatregelen op het eerste gezicht binnen het materiële toepassingsgebied lijken te vallen van de DAEB-beschikking van 2005 en het DAEB-besluit van 2012, zoals dat in de hierboven vermelde bepalingen van de artikelen 2 van die beschikking en dat besluit is omschreven.

Verdere opmerkingen

- (82) Alvorens de vraag te beoordelen of de overheidsfinanciering van de IRIS-ziekenhuizen al dan niet verenigbare staatssteun vormt op grond van artikel 106, lid 2, VWEU, herinnert de Commissie aan de verklaring van het Gerecht dat „de lidstaten hun nationaal gezondheidsstelsel [organiseren] aan de hand van de beginselen die zij zelf kiezen, en in het bijzonder kunnen de verplichtingen van openbare dienst ter zake van ziekenhuiswerkzaamheden zowel de aan elk ziekenhuis opgelegde verplichtingen omvatten als aanvullende verplichtingen die alleen aan de openbare ziekenhuizen worden opgelegd, gelet op het grotere belang van laatstgenoemde ziekenhuizen voor de goede werking van het nationale gezondheidsstelsel”⁽⁸²⁾.
- (83) De Commissie herinnert ook aan de voorafgaande opmerking van het Gerecht dat wanneer aan met een zelfde openbare dienst belaste openbare en particuliere entiteiten verschillende eisen worden gesteld — wat een verschillende hoogte van de kosten en van de compensatie impliceert — deze verschillen duidelijk blijken uit de respectieve opdrachten van deze entiteiten⁽⁸³⁾. Het Gerecht merkte ook op dat staatssteun die wegens enkele van haar modaliteiten indruist tegen de algemene beginselen van het recht van de Unie, zoals het beginsel van gelijke behandeling, door de Commissie niet verenigbaar met de interne markt kan worden verklaard⁽⁸⁴⁾.

⁽⁸¹⁾ Ibid., overweging 16.

⁽⁸²⁾ Arrest van 7 november 2012, zaak T-137/10, CBI/Commissie, nog niet gepubliceerd, punt 93.

⁽⁸³⁾ Ibid., punt 95.

⁽⁸⁴⁾ Ibid., punt 95.

3.4.2. Verenigbaarheid overeenkomstig het DAEB-pakket van 2012

- (84) Zoals hierboven vastgesteld (zie punt (81) hierboven), valt de overheidsfinanciering van de IRIS-ziekenhuizen in beginsel binnen het materiële toepassingsgebied van de DAEB-beschikking van 2005 en het DAEB-besluit van 2012. Indien die overheidsfinanciering niet voldoet aan alle verenigbaarheidscriteria die in die beschikking en dat besluit zijn vastgesteld, kan ze nog verenigbaar met de interne markt worden verklaard op grond van de DAEB-kaderregeling van 2012 (gelet op punt 61 van die kaderregeling), mits ze noodzakelijk is voor het beheer van de betrokken dienst van algemeen economisch belang en de ontwikkeling van het handelsverkeer niet wordt beïnvloed in een mate die strijdig is met de belangen van de Unie.
- (85) De basisverenigbaarheidsvoorwaarden die aan artikel 106, lid 2, VWEU ten grondslag liggen, kunnen worden gevonden in de DAEB-beschikking van 2005 en het DAEB-besluit van 2012, alsook in de DAEB-kaderregeling van 2012. Het gaat onder meer om de volgende voorwaarden:
- a) de betrokken onderneming moet met het beheer van de DAEB worden belast door middel van één of meer besluiten, waarvan de vorm door elke lidstaat kan worden bepaald. Dat besluit moet duidelijk de inhoud en de duur van de openbaardienstverplichtingen vermelden, de betrokken onderneming en, in voorkomend geval, het betrokken grondgebied, en de aard van alle uitsluitende of bijzondere rechten die de onderneming zijn verleend (zie artikel 4, onder a) tot en met c), van de DAEB-beschikking van 2005 en het DAEB-besluit van 2012, en punt 16, onder a) tot en met c), van de DAEB-kaderregeling van 2012);
 - b) het toewijzingsbesluit moet een beschrijving bevatten van het compensatiemechanisme en de parameters voor de berekening, monitoring en herziening van de compensatie (zie artikel 4, onder d), van de DAEB-beschikking van 2005 en het DAEB-besluit van 2012, en punt 16, onder d), van de DAEB-kaderregeling van 2012);
 - c) er moeten regelingen ingevoerd zijn om eventuele overcompensatie te vermijden en terug te vorderen en er mag in feite geen overcompensatie worden toegekend (zie artikel 4, onder e), en artikel 5 van de DAEB-beschikking van 2005 en het DAEB-besluit van 2012, en punt 16, onder e), en deel 2.8 van de DAEB-kaderregeling van 2012).
- (86) In het licht van de conclusies van het Gerecht⁽⁸⁵⁾ dat er ernstige twijfels bestaan over de verenigbaarheid met de interne markt van de betwiste overheidsfinanciering die aan de IRIS-ziekenhuizen op grond van artikel 106, lid 2, VWEU is toegekend, is de Commissie verplicht de formele onderzoeksprocedure in te leiden. Op grond van de door het Gerecht geuite twijfels⁽⁸⁶⁾ nodigt de Commissie de Belgische autoriteiten, de klagers en alle andere belanghebbenden derhalve uit alle relevante informatie te verstrekken om de verenigbaarheid van de betwiste overheidsfinanciering te controleren, met name over de volgende essentiële voorwaarden van de DAEB-beschikking van 2005 en het DAEB-besluit van 2012, en de DAEB-kaderregeling van 2012:
1. *Het bestaan van toewijzingsbesluiten waarin de aanvullende DAEB van de IRIS-ziekenhuizen duidelijk omschreven zijn*
- (87) De basisziekenhuisopdracht is duidelijk omschreven in artikel 2 van de gecoördineerde ziekenhuiswet (zie punt (20)) en andere in die wet opgenomen verplichtingen (zie punt (21)). De gecoördineerde ziekenhuiswet vormt immers het kader voor de organisatie van de Belgische ziekenhuissector. Deze wet omvat de ziekenhuisprogrammatie, waarbij plafonds worden vastgesteld voor het aantal ziekenhuisbedden, ziekenhuisdiensten en medische hulpmiddelen (zoals scanners) die kunnen worden aangekocht en geëxploiteerd. Daarnaast worden in de gecoördineerde ziekenhuiswet gedetailleerde voorwaarden voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten vastgesteld. Alleen erkende ziekenhuisdiensten die aan de programatievoorwaarden voldoen, komen voor overheidsfinanciering in aanmerking. Voorts bestaan noch bij de klagers noch bij het Gerecht twijfels over die basisziekenhuisopdracht⁽⁸⁷⁾ (d.w.z. niet over de omschrijving, de toewijzing of de compensatie daarvan door middel van overheidsfinanciering). Gezien de twijfels die het Gerecht in zijn arrest heeft geuit, wenst de Commissie momenteel echter nog altijd meer duidelijkheid over de toewijzingsbesluiten voor de aanvullende DAEB van de IRIS-ziekenhuizen (zie punt (28) hierboven).

⁽⁸⁵⁾ Zie in dit verband arrest van 7 november 2012, zaak T-137/10, CBI/Commissie, nog niet gepubliceerd, punten 310 en 313.

⁽⁸⁶⁾ Zie in dit verband arrest van 7 november 2012, zaak T-137/10, CBI/Commissie, nog niet gepubliceerd, punt 308.

⁽⁸⁷⁾ Zie in dit verband arrest van 7 november 2012, zaak T-137/10, CBI/Commissie, nog niet gepubliceerd, punten 119-120.

- (88) De Commissie heeft tot dusver met name drie soorten documenten gevonden die gezamenlijk of apart als de toewijzingsbesluiten voor de aanvullende DAEB kunnen worden beschouwd: de OCMW-wet, de strategische plannen van IRIS en de onderstandsdomicilie-overeenkomsten⁽⁸⁸⁾.
- Wat de universelezorgopdracht betreft, merkt de Commissie op dat een deel van die opdracht (met name het verstrekken van zorg aan personen die OCMW-bijstand genieten en wier kosten door het OCMW worden betaald), lijkt te zijn toegewezen door de onderstandsdomicilie-overeenkomst. Tegelijkertijd concludeerde het Gerecht dat er ernstige twijfels bestonden over het bestaan van duidelijk omschreven openbaredienstverplichtingen waardoor specifiek de IRIS-ziekenhuizen met die opdracht waren belast⁽⁸⁹⁾. De Commissie wenst derhalve meer duidelijkheid over de toewijzing van de universelezorgopdracht.
 - Wat de opdracht meerdere sites te hebben betreft (de verplichting op meerdere sites ziekenhuizen te hebben), wenst de Commissie op basis van de opmerkingen van het Gerecht⁽⁹⁰⁾ momenteel meer duidelijkheid over de precieze omschrijving van die opdracht in de strategische plannen en alle andere relevante documenten waarin die aanvullende DAEB wordt omschreven.
 - Wat ten slotte de aanvullende sociale opdracht betreft, wenst de Commissie in het licht van de conclusies van het Gerecht⁽⁹¹⁾ van de Belgische autoriteiten meer duidelijkheid over de precieze inhoud van de aanvullende sociale opdracht en de wettelijke bepalingen waarbij die opdracht aan de IRIS-ziekenhuizen wordt toegewezen.
- (89) Samenvattend nodigt de Commissie de Belgische autoriteiten uit verdere uitleg te verstrekken over de precieze omschrijving van de universelezorgopdracht, de opdracht meerdere sites te hebben en de aanvullende sociale opdracht die aan de IRIS-ziekenhuizen zijn toegewezen. Daarnaast moeten de Belgische autoriteiten verduidelijken of die toewijzingen kunnen worden gebaseerd op de OCMW-wet, de strategische plannen van IRIS, de onderstandsdomicilie-overeenkomsten of andere documenten indien van toepassing (zie punt (27)), en gedetailleerde referenties geven van de bepalingen waarbij de opdrachten zijn omschreven en toegewezen.

2. *Het bestaan van duidelijke, vooraf vastgestelde parameters voor de compensatie voor de aanvullende DAEB*

- (90) De verschillende mechanismen voor overheidsfinanciering van de basisziekenhuisopdracht zijn duidelijk vastgesteld in de gecoördineerde ziekenhuiswet en de bijbehorende uitvoeringswetgeving. In de gecoördineerde ziekenhuiswet zijn de belangrijkste beginselen vastgelegd om het budget van financiële middelen te bepalen (zie punt (13), onder a)), terwijl meer gedetailleerde voorwaarden per type kost zijn vastgesteld in het koninklijk besluit van 25 april 2002. Op grond van die precieze regels kan de federale minister van Volksgezondheid het budget van financiële middelen voor elk individueel ziekenhuis berekenen. Met betrekking tot de financiering via het RIZIV (zie punt (13), onder b)) is in de wet van 14 juli 1994 vastgesteld hoe de nomenclatuur wordt bepaald waarin de medische diensten en medicijnen zijn opgenomen die voor terugbetaling door de sociale zekerheid in aanmerking komen. Met die nomenclatuur, die in het Belgisch Staatsblad wordt gepubliceerd, kan ook worden bepaald wat de precieze bijdrage van de sociale zekerheid voor elke medische behandeling is. Omdat noch de klagers noch het Gerecht twijfels hebben over de overheidsfinanciering via het budget van financiële middelen en het RIZIV, behoeft de Commissie niet meer duidelijkheid over die maatregelen.
- (91) De Belgische autoriteiten voeren aan dat de aanvullende DAEB kosten met zich brengen die niet volledig zijn gedekt door de financieringsbronnen die in de gecoördineerde ziekenhuiswet zijn beschreven. Zij voeren aan dat de aanvullende DAEB daardoor bijdragen aan het tekort van de IRIS-ziekenhuizen, dat door de respectieve gemeenten moet worden gedekt. Zoals hierboven besproken (zie punt (14) hierboven), moeten de gemeenten op grond van artikel 109 (thans artikel 125) van de gecoördineerde ziekenhuiswet dat tekort deels dekken (zoals berekend door de federale minister van Volksgezondheid). De Belgische autoriteiten leggen uit dat de respectieve Brusselse gemeenten in de praktijk het volledige boekhoudkundige tekort dekken (zelfs als dit meer bedraagt dan het tekort van artikel 109 (thans artikel 125) van de gecoördineerde ziekenhuiswet), op grond van de statuten⁽⁹²⁾ van elk IRIS-ziekenhuis waarin met name in artikel 46 is bepaald dat de boekhoudkundige tekorten van het ziekenhuis worden gedekt door de respectieve OCMW's en gemeenten. Daarnaast is in artikel 61 van de OCMW-wet bepaald dat het OCMW een beroep kan doen op de medewerking van inrichtingen of diensten (ongeacht of ze openbaar of privaat zijn) om de vereiste bijstand aan burgers te verlenen. In dat artikel is daaraan toegevoegd dat het OCMW de eventuele kosten van deze samenwerking kan dragen wanneer deze niet in uitvoering van een andere wet, een reglement, een overeenkomst of een rechterlijke beslissing worden gedekt. De Belgische autoriteiten wordt verzocht te verduidelijken op welke van deze grondslagen (of een andere grondslag indien van toepassing) de tekorten van de IRIS-ziekenhuizen (die mede ontstaan door de kosten van elk van de aanvullende DAEB) worden gecompenseerd, en om de precieze referenties te geven van de relevante bepalingen van de toepasselijke rechtsgrondslagen waarin de precieze modaliteiten van deze compensatie van tekorten zijn vastgelegd.

⁽⁸⁸⁾ In dit verband moet eraan worden herinnerd dat het Gerecht aanvaardde dat de strategische plannen van IRIS besluiten van overheidsinstanties zijn en voor de IRIS-ziekenhuizen bindend zijn (zie arrest van 7 november 2012, zaak T-137/10, CBI/Commissie, nog niet gepubliceerd, punt 14).

⁽⁸⁹⁾ Zie in dit verband arrest van 7 november 2012, zaak T-137/10, CBI/Commissie, nog niet gepubliceerd, punten 123-151.

⁽⁹⁰⁾ Zie in dit verband *ibid.*, punten 152-159.

⁽⁹¹⁾ Zie in dit verband *ibid.*, punten 180-186.

⁽⁹²⁾ Die statuten werden opgesteld toen de verenigingen van publiek recht die de IRIS-ziekenhuizen onder zich hebben, werden opgericht (zie ook punt (11) hierboven). Omdat de overheid (d.w.z. de gemeenten en de OCMW's) de meerderheid van de stemmen in die verenigingen hebben, kunnen de statuten van die verenigingen als handelingen van de overheid worden beschouwd.

- (92) Wat specifiek de betalingen tot 10 miljoen EUR per jaar betreft (zie punt (16) hierboven), waarmee voornamelijk de aanvullende sociale opdracht wordt gefinancierd, voeren de Belgische autoriteiten aan dat de gemeenten dit bedrag gebruiken om hun verplichting tot dekking van het tekort (die voortvloeit uit artikel 46 van de statuten van de IRIS-ziekenhuizen en/of artikel 109 van de gecoördineerde ziekenhuiswet) te kunnen nakomen. Zoals hierboven beschreven (zie punt (17)), wenst de Commissie meer duidelijkheid over de vraag of die betalingen tot 10 miljoen EUR van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest aan de gemeenten kunnen worden beschouwd als een overdracht van middelen binnen de staat. Ook wenst de Commissie meer duidelijkheid over de vraag of de overdracht van die middelen door de gemeenten aan de IRIS-ziekenhuizen al dan niet kan worden beschouwd als een verrichting die los staat van het hierboven beschreven mechanisme om tekorten te dekken (zie punt (91)). Ingeval de overdracht als een aparte verrichting wordt beschouwd, vraagt de Commissie de Belgische autoriteiten om de toepasselijke rechtsgrondslag te verstrekken waarin de precieze modaliteiten zijn vastgesteld.
- (93) Ten slotte voeren de Belgische autoriteiten aan dat er in de praktijk veel tijd verloopt (d.w.z. tot tien jaar) tussen het ogenblik waarop het boekhoudkundig tekort bekend is en de bepaling van het ziekenhuistekort door de minister van Volksgezondheid op basis van artikel 109 (thans artikel 125) van de gecoördineerde ziekenhuiswet. Om te voorkomen dat de IRIS-ziekenhuizen zo lang zouden moeten wachten, hebben de betrokken gemeenten besloten om hun tekorten (gedeeltelijk) te compenseren in afwachting van de officiële brief van de minister van Volksgezondheid waarin hun gevraagd wordt die betaling te verrichten. De Belgische autoriteiten wordt gevraagd te verduidelijken of zij dit als een mechanisme van terugbetaalbare voorschotten beschouwen, alsook wanneer, hoe, onder welke voorwaarden en op grond van welke wettelijke bepaling (bv. artikel 46 van de statuten van de IRIS-ziekenhuizen) dergelijke betalingen worden (of werden) gedaan (als er worden of werden gedaan). De Belgische autoriteiten wordt ook gevraagd om aan te geven of dergelijke betalingen al dan niet worden beschouwd als een steunmaatregel die los staat van het mechanisme om tekorten te dekken (zie punt (91) hierboven), en om te verduidelijken of dergelijke voorschotten (als die werden betaald) via het BGHGT werden gefinancierd (zie punt (17) hierboven).

3. *Het bestaan van mechanismen om overcompensatie van de aanvullende DAEB te vermijden, de afwezigheid van overcompensatie en de verplichting eventuele overcompensatie terug te betalen*

- (94) De Belgische autoriteiten verstrekten verschillende elementen om aan te tonen dat de ziekenhuisfinanciering via het budget van financiële middelen en de sociale zekerheid (RIZIV) zodanig is opgezet dat het risico van overcompensatie wordt verminderd. Zij leggen met name uit dat het budget van financiële middelen voornamelijk opgevat is als een vaste financiering op basis van gemiddelde werkelijke cijfers. Omdat die tarieven werden vastgesteld op basis van de werkelijke ziekenhuiskosten in de voorbije jaren (zonder overcompensatie) en metertijd weinig zijn veranderd, wordt aangevoerd dat het risico van overcompensatie miniem is. Daarnaast beschreven de Belgische autoriteiten de mechanismen die zijn ingevoerd om overcompensatie op te sporen en in voorkomend geval ervoor te zorgen dat een eventuele overcompensatie wordt terugbetaald. Het gaat onder meer om controles door de ziekenfondsen⁽⁹³⁾ en het RIZIV zelf voor de financiering van het RIZIV, en controles en inspecties door het ministerie van Volksgezondheid voor het budget van financiële middelen. Die mechanismen komen bovenop de eigen verplichtingen van de IRIS-ziekenhuizen om een gecentraliseerd factureringssysteem op te richten en verschillende soorten informatie te verstrekken om de financiering van het RIZIV en uit het budget van financiële middelen te ontvangen. Ten slotte is er verplichte controle van de boekhouding en de jaarrekening van elk ziekenhuis door een onafhankelijke bedrijfsrevisor. Gelet op deze elementen heeft de Commissie geen twijfels over het bestaan van mechanismen om overcompensatie te vermijden en de verplichting overcompensatie terug te betalen met betrekking tot de overheidsfinanciering van de basisziekenhuisopdracht.
- (95) Op basis van de conclusies van het Gerecht wenst de Commissie echter nog altijd meer duidelijkheid over de vraag of er (voldoende) soortgelijke maatregelen zijn ingevoerd om overcompensatie van de aanvullende DAEB te vermijden, met name via het mechanisme om tekorten te dekken in combinatie met de terugbetaalbare voorschotten (indien daarvan sprake is; zie punt (93) hierboven)⁽⁹⁴⁾. De Commissie verzoekt de Belgische autoriteiten dus aanvullende informatie te verstrekken over de bepalingen die zijn ingevoerd om mogelijke overcompensatie te vermijden en terug te vorderen, en in het bijzonder over de vraag of de IRIS-ziekenhuizen al dan niet wettelijk verplicht zijn ontvangen voorschotten terug te betalen om overcompensatie te vermijden.
- (96) Wat specifiek de betaling tot 10 miljoen EUR per jaar betreft (zie punt (16) hierboven), heeft de Commissie al duidelijkheid gevraagd over de vraag of die betalingen kunnen worden beschouwd als een verrichting die los staat van de compensatie van de tekorten van de IRIS-ziekenhuizen (zie punt (92) hierboven). Ingeval die betalingen inderdaad als een aparte verrichting moeten worden beschouwd, wenst de Commissie ook meer duidelijkheid over de vraag of er voldoende maatregelen zijn getroffen om ervoor te zorgen dat de compensatie niet hoger is dan nodig is om de kosten te dekken die bij de uitvoering van openbare dienstverplichtingen worden gemaakt⁽⁹⁵⁾.

⁽⁹³⁾ Dit zijn private organisaties die binnen het Belgische socialezekerheidsstelsel verantwoordelijk zijn voor de vergoeding van medische kosten (met name de wettelijke verzekering voor ziektekosten en invaliditeit). De ziekenfondsen staan onder toezicht van het RIZIV en moeten bepaalde controles verrichten voordat ze kosten mogen vergoeden.

⁽⁹⁴⁾ Zie met name arrest van 7 november 2012, zaak T-137/10, CBI/Commissie, nog niet gepubliceerd, punten 256-265.

⁽⁹⁵⁾ Ibid., punt 277.

- (97) De Commissie vraagt de Belgische autoriteiten ten slotte om duidelijk aan te tonen dat de IRIS-ziekenhuizen geen overcompensatie hebben ontvangen sinds ze autonome juridische structuren geworden zijn.

4. Overige voorwaarden van het DAEB-besluit van 2012 en de DAEB-kaderregeling van 2012

- (98) Naast de hierboven gevraagde informatie wenst de Commissie van de Belgische autoriteiten verdere concrete, specifieke en gedetailleerde argumenten en documentatie te ontvangen in verband met de vraag of, waarom en in welke mate de overheidsfinanciering van de IRIS-ziekenhuizen onder het DAEB-besluit van 2012 of de DAEB-kaderregeling van 2012 valt, en of, waarom en in welke mate aan alle daarin vastgestelde verenigbaarheidscriteria zou zijn voldaan. Andere belanghebbenden wordt ook gevraagd hun opmerkingen dienaangaande in te dienen.

3.4.3. Verenigbaarheid overeenkomstig de DAEB-beschikking van 2005

- (99) De Commissie merkt op dat heel wat van de verenigbaarheidsvoorwaarden in de DAEB-beschikking van 2005 en het DAEB-pakket van 2012 dezelfde zijn, met name die welke in punt (85) hierboven zijn opgenomen⁽⁹⁶⁾. De Commissie wenst derhalve, om dezelfde redenen als die welke met betrekking tot het DAEB-pakket van 2012 zijn gegeven, duidelijkheid over de vraag of de overheidsfinanciering van de IRIS-ziekenhuizen voor de aanvullende DAEB (zoals omschreven in punt (28) hierboven) voldoet aan alle voorwaarden van de DAEB-beschikking van 2005.
- (100) Naast de hierboven gevraagde informatie wenst de Commissie van de Belgische autoriteiten verdere concrete, specifieke en gedetailleerde argumenten en documentatie te ontvangen in verband met de vraag of, waarom en in welke mate de overheidsfinanciering voor de IRIS-ziekenhuizen onder de DAEB-beschikking van 2005 valt, en of, waarom en in welke mate aan alle daarin opgenomen verenigbaarheidscriteria zou zijn voldaan. Andere belanghebbenden wordt ook gevraagd hun opmerkingen dienaangaande in te dienen.

3.5. Overige overwegingen

- (101) De Commissie herinnert aan de opmerking van het Gerecht dat de aanvullende financiering die de IRIS-ziekenhuizen ontvangen, haar rechtvaardiging kan vinden in andere overwegingen dan die in verband met extra verplichtingen, en dat de compensatie van de tekorten van de openbare ziekenhuizen met name om redenen van volksgezondheid of om sociale redenen noodzakelijk kan blijken te zijn om de continuïteit en het voortbestaan van het ziekenhuisstelsel te verzekeren⁽⁹⁷⁾.
- (102) In dit verband merkt de Commissie op dat de Belgische autoriteiten hebben aangevoerd dat het voortbestaan (d.w.z. de continuïteit en de levensvatbaarheid) van openbare ziekenhuizen altijd gegarandeerd moet zijn. Zij voeren aan dat dit de reden is waarom een plaatselijke overheid (zoals een gemeente) die besloten heeft gezondheidszorgdiensten te verstrekken (door overeenkomstig de OCMW-wet een openbaar ziekenhuis op te richten, zie ook de punten (24)-(25)), ook verplicht is (op grond van artikel 109 van de gecoördineerde ziekenhuiswet, zie punt (14)) de tekorten van haar openbaar ziekenhuis te dekken om het voortbestaan van zijn diensten te garanderen. De Belgische autoriteiten wezen er ook op dat het IRIS-netwerk in de eerste plaats werd opgericht om het voortbestaan van het verrichten van openbare ziekenhuisdiensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest te garanderen (zie punt (10)).
- (103) In dit licht wenst de Commissie meer duidelijkheid over het begrip voortbestaan, de rechtsgrondslag daarvan (met name op het niveau van IRIS en de IRIS-ziekenhuizen), de gevolgen van dat begrip en hoe dat begrip een rechtvaardiging is voor de mechanismen om tekorten van de IRIS-ziekenhuizen te dekken. De Commissie vraagt de Belgische autoriteiten en belanghebbenden voorts opmerkingen in te dienen over het bestaan (of niet) van andere redenen dan de hierboven uiteengezette redenen (d.w.z. het bestaan van aanvullende DAEB-opdrachten en het voortbestaan van de openbare ziekenhuizen) die een rechtvaardiging kunnen zijn voor de aanvullende financiering die aan de IRIS-ziekenhuizen wordt toegekend.

4. SAMENVATTENDE CONCLUSIES

- (104) Op basis van de momenteel voorhanden zijnde informatie, de conclusies van het Gerecht (zie punt (6)) en de hierboven beschreven elementen, wenst de Commissie nog altijd meer duidelijkheid en/of opmerkingen over met name de volgende vragen:
- Werden al dan niet middelen van het BGHGT respectievelijke bijzondere subsidies rechtstreeks aan de IRIS-ziekenhuizen overgedragen, of zijn het BGHGT en de bijzondere subsidies alleen financieringsmechanismen tussen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Brusselse gemeenten (zie punt (17) hierboven)?
 - Wat is de precieze aard van artikel 60 § 6 van de OCMW-wet, bestaat de mogelijkheid dat een openbaar ziekenhuis wordt gesloten en wat is het verschil met het mechanisme van ziekenhuisprogrammatie (zie punt (26) hierboven)?

⁽⁹⁶⁾ Zie de artikelen 4 tot en met 6 van de DAEB-beschikking van 2005.

⁽⁹⁷⁾ Arrest van 7 november 2012, zaak T-137/10, CBI/Commissie, nog niet gepubliceerd, punt 162.

- Zijn de aanvullende sociale diensten die door de IRIS-ziekenhuizen worden verricht, economisch van aard of niet (zie punt (48) hierboven)?
 - Wat is de precieze omschrijving van de aanvullende DAEB van de IRIS-ziekenhuizen (d.w.z. de universele zorgopdracht, de opdracht meerdere sites te hebben en de aanvullende sociale opdracht) en op welke documenten is de toewijzing van die aanvullende DAEB gebaseerd (zie de punten (87)-(89) hierboven)?
 - Wat is de rechtsgrondslag voor de compensatie van de tekorten van de IRIS-ziekenhuizen (die mede ontstaan door de kosten van elk van de aanvullende DAEB) (zie punt (91) hierboven)?
 - Kan de overdracht van de bijzondere subsidies (van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest aan de gemeenten) door de gemeenten aan de IRIS-ziekenhuizen al dan niet worden beschouwd als een verrichting die los staat van het mechanisme om tekorten te dekken (zie punt (92) hierboven) en zo ja, in welke rechtsgrondslag zijn de precieze modaliteiten daarvan vastgesteld?
 - Bestaat er al dan niet een mechanisme van voorschotten, wat is de rechtsgrondslag daarvoor en hoe worden dergelijke betalingen gedaan (indien er worden gedaan), en worden die voorschotten al dan niet beschouwd als een steunmaatregel die los staat van het mechanisme om tekorten te dekken? Werden die voorschotten (indien er werden betaald) gefinancierd via het BGHGT (zie punt (93) hierboven)?
 - Zijn er (voldoende) maatregelen getroffen om overcompensatie van de aanvullende DAEB te vermijden, met name via het mechanisme om tekorten te compenseren in combinatie met de terugbetaalbare voorschotten (indien er werden betaald), en zijn de IRIS-ziekenhuizen wettelijk verplicht voorschotten die ze zouden hebben ontvangen, terug te betalen om overcompensatie te vermijden (zie punt (95) hierboven)?
 - Zijn er, ingeval de betalingen tot 10 miljoen EUR per jaar moeten worden beschouwd als een verrichting die los staat van de compensatie van de tekorten van de IRIS-ziekenhuizen, voldoende maatregelen getroffen om ervoor te zorgen dat de compensatie niet hoger is dan nodig is om de kosten te dekken die bij de uitvoering van openbare dienstverplichtingen worden gemaakt (zie punt (96) hierboven)?
 - Hebben de IRIS-ziekenhuizen in feite geen overcompensatie ontvangen sinds ze autonome juridische structuren geworden zijn (zie punt (97) hierboven)?
 - Zijn er verdere concrete, specifieke en gedetailleerde argumenten en documentatie over de vraag of, waarom en in welke mate de overheidsfinanciering van de IRIS-ziekenhuizen onder het DAEB-besluit van 2012 of de DAEB-kaderregeling van 2012 (zie punt (98) hierboven) respectievelijk de DAEB-beschikking van 2005 (zie punt (100) hierboven) valt, en of, waarom en in welke mate aan alle daarin opgenomen verenigbaarheidscriteria zou zijn voldaan?
 - Wat houdt het begrip voortbestaan in, wat is de rechtsgrondslag daarvan (met name op het niveau van IRIS en de IRIS-ziekenhuizen), welke gevolgen heeft dat begrip en hoe is dat begrip een rechtvaardiging voor de mechanismen om de tekorten van de IRIS-ziekenhuizen te dekken (zie de punten (102)-(103) hierboven)?
 - Zijn er andere redenen dan de hierboven genoemde (d.w.z. het bestaan van aanvullende DAEB-opdrachten en het voortbestaan van de openbare ziekenhuizen) die de aanvullende financiering van de IRIS-ziekenhuizen kunnen rechtvaardigen (zie punt (103) hierboven)?
- (105) De Commissie is derhalve thans verplicht de formele onderzoeksprocedure van artikel 108, lid 2, VWEU in te leiden ten aanzien van de overheidsfinanciering die de IRIS-ziekenhuizen ontvangen.
- (106) De eindconclusie over deze vragen zal pas worden getrokken in het eindbesluit dat na afloop van de formele onderzoeksprocedure zal worden vastgesteld, nadat alle beschikbare informatie (daaronder begrepen verdere opmerkingen van de lidstaat en opmerkingen van derden) is verzameld en aan een diepgaande beoordeling is onderworpen.

In het licht van de bovenstaande overwegingen heeft de Commissie besloten ten aanzien van de hierboven beschreven maatregelen de formele onderzoeksprocedure van artikel 108, lid 2, VWEU in te leiden.

De Commissie, handelend in het kader van de procedure van artikel 108, lid 2, VWEU, verzoekt het Koninkrijk België binnen één maand vanaf de datum van ontvangst van deze brief zijn opmerkingen in te dienen en alle dienstige informatie te verstrekken voor de beoordeling van de hierboven beschreven maatregelen. Zij verzoekt uw autoriteiten ook onmiddellijk een afschrift van deze brief toe te zenden aan de potentiële ontvangers van de steun.

De Commissie wenst het Koninkrijk België te wijzen op de schorsende werking van artikel 108, lid 3, VWEU, en op artikel 14 van Verordening (EG) nr. 659/1999 van de Raad, dat erin voorziet dat elke onrechtmatige steun van de ontvangers kan worden teruggevorderd.

Voorts deelt de Commissie het Koninkrijk België mee dat zij belanghebbenden door de bekendmaking van deze brief en van een samenvatting daarvan in het *Publicatieblad van de Europese Unie* in kennis zal stellen. Tevens zal zij belanghebbenden in de EVA-landen die partij zijn bij de EER-overeenkomst, door de bekendmaking van een mededeling in het EER-Supplement bij het *Publicatieblad van de Europese Unie* in kennis stellen, alsmede de Toezichthoudende Autoriteit van de EVA door haar een afschrift van deze brief toe te zenden. Alle bovengenoemde belanghebbenden zal worden verzocht hun opmerkingen in te dienen binnen één maand vanaf de datum van die bekendmaking.”
