

Κρατικές ενισχύσεις στον κλάδο της υγείας: επίκαιροι προβληματισμοί

Πασχάλης Πασχαλίδης*

Εισαγωγή

Η επιβίωση και ομαλή λειτουργία των δημοσίων συστημάτων υγείας αποτελεί έναν από τους πλέον δυσεπίλυτους γρίφους της εποχής μας. Αποτελώντας εξαίρεση από τον κανόνα της οικονομικής κερδοφορίας που αποτελεί αυτονόητο συστατικό στοιχείο του ύστερου καπιταλισμού, η δημόσια υγεία ακροβατεί στις προκλήσεις των καιρών. Η τεχνολογική πρόοδος, η εξειδίκευση των τεχνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων, ο ανταγωνισμός στην παγκοσμιοποιημένη αγορά και η συμμόρφωση με διεθνή και ενωσιακά πρότυπα είναι μερικές μόνο από τις πάγιες παραμέτρους στις οποίες πρέπει να ανταποκρίνεται κάθε σύγχρονο σύστημα. Σε όλα αυτά ήρθαν να προστεθούν η σημαντική επιβάρυνση των συστημάτων υγείας κατά την περίοδο της πανδημίας του κορωνοϊού, η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνητής νοημοσύνης, η ανάγκη περίθαλψης ανασφαλιστών σε συνθήκες οικονομικών κρίσεων και η κάλυψη των αναγκών μεταναστών και προσφύγων.

Όλα τα παραπάνω καθομολογούν μια αναντίρρητη πραγματικότητα: ότι το κόστος για τη διατήρηση και ομαλή λειτουργία των δημοσίων συστημάτων υγείας έχει αυξηθεί παρά ποτέ και απαιτεί μια διαρκή προσαρμογή στις σύγχρονες προκλήσεις. Σε μια εποχή όπου η οικονομική κερδοφορία έχει καταστεί πλέον αυτοσκοπός, ο ρόλος του κράτους έχει μετασηματιστεί άρδην, με αποτέλεσμα οι προτεραιότητές του να τοποθετούνται συχνά σε διαφορετικά πεδία. Έτσι, η ιδιωτική υγεία κερδίζει αναπόφευκτα ζωτικό χώρο ανάπτυξης. Γι' αυτό και το δημόσιο σύστημα καλείται να υπερνικήσει νέες προκλήσεις προκειμένου να καταστεί αποτελεσματικό και να παρέχει υψηλού επιπέδου περίθαλψη καθολικά και με βάση την αρχή της αλληλεγγύης¹.

Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, η κρατική χρηματοδότηση στη δημόσια υγεία αποτελεί αναμφίβολη αναγκαιότητα. Βάσει του ενωσιακού δικαίου, όμως, κάθε κρατική χρηματοδότηση εξετάζεται ως ύποπτη να χορηγεί κρατική ενίσχυση προς τον αποδέκτη της, με αποτέλεσμα να είναι εξεταστέα βάσει των κανόνων που θέτουν τα άρθρα 107-108 ΣΛΕΕ. Αμέσως παρακάτω, γίνεται πραγμάτευση του ζητήματος της ύπαρξης κρατικών ενισχύσεων στον κλάδο της υγείας. Παρουσιάζονται, εν πρώτοις, κατά τρόπο γενικό οι προϋποθέσεις για την ύπαρξη κρατικής ενίσχυσης, με έμφαση στο κρίσιμο εν προκειμένω στοιχείο της *οικονομικής δραστηριότητας*. Εν συνεχεία, τοποθετείται το ζήτημα εντός του κλάδου της υγείας, με εξειδίκευση επιμέρους κρίσιμων παραμέτρων. Κατόπιν, αναλύονται πρόσφατα παραδείγματα από διάφορα κράτη μέλη, όπως προκύπτουν από την πρακτική της Επιτροπής και την νομολογία των ενωσιακών δικαστηρίων. Τέλος, αναδεικνύονται κρίσιμα συμπεράσματα, επιβοηθητικά για κάθε κρατική χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας, στην Ελλάδα ή σε άλλο κράτος μέλος.

I. Η οικονομική δραστηριότητα ως προϋπόθεση ύπαρξης κρατικής ενίσχυσης

Προκειμένου ένα μέτρο χρηματοδότησης να χαρακτηρίζεται ως *κρατική ενίσχυση*, πρέπει να πληροί τις προϋποθέσεις του άρθρου 107 (1) ΣΛΕΕ. Συγκεκριμένα, πρέπει α) ο δικαιούχος του μέτρου να είναι *επιχείρηση*, δηλαδή φορέας που ασκεί οικονομική δραστηριότητα, β) το μέτρο να είναι καταλογιστέο στο κράτος, γ) να χρηματοδοτείται από κρατικούς πόρους, δ) να χορηγεί οικονομικό πλεονέκτημα, ε) το πλεονέκτημα να είναι επιλεκτικό, δηλαδή να ευνοεί προνομιακά ορισμένες επιχειρήσεις ή κλάδους, στ) το μέτρο να μπορεί να επηρεάσει τις εμπορικές συναλλαγές μεταξύ των κρατών μελών και ζ) να νοθεύει ή να απειλεί να νοθεύσει

* Υπ. Διδάκτωρ Νομικής Σχολής ΑΠΘ, Δικηγόρος, Επιστ. Συνεργάτης ΚΔΕΟΑ

¹. Για την αρχή της αλληλεγγύης και την κανονιστική σημασία της για το εξεταζόμενο ζήτημα: Α. ΣΤΕΡΓΙΟΥ, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, εκδ. Σάκκουλα, 2022, σ. 47 επ.

τον ανταγωνισμό². Οι προϋποθέσεις αυτές είναι σωρευτικές, με αποτέλεσμα εφόσον αποδειχθεί η απουσία έστω μίας εξ αυτών, το μέτρο να μην χορηγεί κρατική ενίσχυση.

Με δεδομένο τον δημόσιο χαρακτήρα του κλάδου της υγείας, ο πρώτος προβληματισμός που ανακύπτει είναι το εάν οι αποδέκτες χρηματοδοτικών μέτρων (νοσοκομεία, δομές υγείας, διαγνωστικά κέντρα κ.λπ.) αποτελούν *επιχειρήσεις*, δηλαδή εάν ασκούν ή όχι οικονομική δραστηριότητα. Κι αυτό με δεδομένο τον δημόσιο και καθολικό χαρακτήρα τους και τους σκοπούς ωφέλειας του κοινωνικού συνόλου που εξυπηρετούν. Το πότε μια δραστηριότητα είναι ή όχι οικονομική δεν αξιολογείται βάσει του σκοπού της. *Οικονομική δραστηριότητα* αποτελεί, κατά πάγια νομολογία, η παροχή αγαθών και υπηρεσιών στην αγορά³. Αμφότεροι οι όροι *επιχείρηση* και *οικονομική δραστηριότητα* είναι, επομένως, αντικειμενικοί. Εξαρτώνται, δηλαδή, από πραγματικά στοιχεία, και ιδίως από τις συνέπειες του μέτρου στον ανταγωνισμό⁴. Στον αντίποδα, δεν ενδιαφέρουν οι υποκειμενικές επιλογές ή εκτιμήσεις του κράτους, όπως ο σκοπός που εξυπηρετεί το εκάστοτε μέτρο ή οι λόγοι θέσπισής του⁵. Στη βάση αυτή, είναι κατ' αρχήν αδιάφορο το νομοθετικό καθεστώς που διέπει τον τρόπο χρηματοδότησης ή τη λειτουργία του ίδιου του δικαιούχου και ο κερδοσκοπικός ή μη κερδοσκοπικός σκοπός του δικαιούχου⁶. Ομοίως, ακόμη και ένας δικαιούχος στον οποίο έχει ανατεθεί αποστολή γενικού συμφέροντος μπορεί να ασκεί οικονομική δραστηριότητα ως προς την αποστολή του αυτήν⁷. Επιπλέον, ένας δικαιούχος μπορεί να ασκεί τόσο οικονομικές όσο και μη οικονομικές δραστηριότητες. Για τις πρώτες εξ αυτών, το μέτρο πρέπει να εξετάζεται ως προς την πλήρωση των λοιπών προϋποθέσεων κρατικής ενίσχυσης και εφόσον αυτές πράγματι πληρούνται, εν συνεχεία να αναζητείται ενδεχόμενη βάση συμβατότητας βάσει των παραγράφων 2 και 3 του άρθρου 107 ΣΛΕΕ. Για τις δεύτερες εξ αυτών, ασφαλώς δεν τίθεται ζήτημα κρατικής ενίσχυσης⁸. Συνεπώς, εφόσον ένας φορέας δημόσιας υγείας παρέχει υπηρεσίες στην αγορά, ελέγχεται, κατ' αρχήν, ως επιχείρηση.

Υπάρχουν, όμως, και περιπτώσεις όπου ορισμένες δραστηριότητες, οι οποίες παρέχονται στην αγορά κρίνονται ως μη οικονομικές, λόγω ύπαρξης ορισμένου δικαιολογητικού λόγου. Αυτές οι εξαιρέσεις από τον κανόνα της οικονομικής δραστηριότητας αποτυπώνονται σήμερα στην Ανακοίνωση 2016 για την έννοια της κρατικής ενίσχυσης και έχουν προκύψει τόσο από την πρακτική της Επιτροπής όσο και από την νομολογία των ευρωπαϊκών δικαστηρίων. Οι εξαιρέσεις αυτές είναι ενδεικτικές, με δεδομένες τις διαφορές μεταξύ των πολιτικών και οικονομικών δεδομένων που επικρατούν σε κάθε κράτος μέλος. Για τον λόγο αυτόν, η Επιτροπή έχει αποκλείσει τον εκ προοιμίου προσδιορισμό τους, αλλά επιλέγεται μία case-by-case προσέγγιση, βάσει της οποίας οι εξαιρέσεις από τον κανόνα της οικονομικής δραστηριότητας προκύπτουν από την ίδια την πρακτική της και ασφαλώς από τον έλεγχο που ασκούν τα ενωσιακά δικαστήρια.

Η κυριότερη εξαίρεση αφορά την περίπτωση όπου ο δικαιούχος του μέτρου ασκεί δημόσια εξουσία. Η εξαίρεση αυτή διακρίνεται σε δύο υπό-κατηγορίες, και συγκεκριμένα στην *άσκηση αρμοδιοτήτων δημόσιας αρχής* και στην *άσκηση προνομίων δημόσιας εξουσίας*. Υπάρχουν

². Μεταξύ άλλων: ΔΕΕ C-453/23, *Prezydent Miasta Mielca*, 29.04.2025, ECLI:EU:C:2025:285, σκ. 36, ΔΕΕ C-558/22, *Fallimento Esperia & GSE*, 07.03.2024, ECLI:EU:C:2024:209, σκ. 62, ΔΕΕ C-179/20, *Fondul Proprietatea*, 27.01.2022, ECLI:EU:C:2022:58, σκ. 86.

³. Μεταξύ άλλων: ΔΕΕ C-128/21, *Lietuvos notarių rūmai κ.λπ.*, 18.01.2024, ECLI:EU:C:2024:49, σκ. 56, ΔΕΕ C-237/04, *Enirisorse*, 23.03.2006, ECLI:EU:C:2006:197, σκ. 29. Πρβλ. Ανακοίνωση 2016 για την έννοια της κρατικής ενίσχυσης (2016/C 262/01), παρ. 12.

⁴. Αντί άλλων για το κριτήριο της επιχείρησης: Λ. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ, Δίκαιο κρατικών ενισχύσεων, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2025, σ. 19 επ.

⁵. ΓεΔΕΕ T-364/20, *Δανία κατά Επιτροπής*, 28.02.2024, ECLI:EU:T:2024:125, σκ. 62.

⁶. Ανακοίνωση ό.π., παρ. 7-9.

⁷. ΔΕΕ C-237/04, *Enirisorse*, 23.03.2006, ECLI:EU:C:2006:197, σκ. 34, ΓεΔΕΕ T-364/20, *Δανία κατά Επιτροπής*, 28.02.2024, ECLI:EU:T:2024:125, σκ. 64.

⁸. Ανακοίνωση, ό.π., παρ. 10. Πρβλ. Γ. ΑΡΓΥΡΟΣ, σε: Γ. Αργυρός / Α. Δεδούλη-Λαζαράκη, Ευρωπαϊκή Ένωση και το δίκαιο της ευρωπαϊκής οικονομίας, εκδ. Σάκκουλα, 2018, σ. 412.

ασφαλώς και περιπτώσεις όπου οι εν λόγω έννοιες αλληλοκαλύπτονται⁹. Στο πεδίο της άσκησης δημόσιας εξουσίας έχουν κατά καιρούς κριθεί ότι εμπίπτουν: ο έλεγχος και η αστυνόμευση του εναέριου χώρου¹⁰, η επιτήρηση για την πρόληψη της ρύπανσης σε λιμένα πετρελαίου¹¹, η διατήρηση, η βελτίωση και η ενίσχυση της ασφάλειας της αεροπορίας¹², η συλλογή στοιχείων σχετικών με τις επιχειρήσεις, βάσει τόσο της εκ του νόμου υποχρέωσής τους να δηλώνουν ορισμένα στοιχεία όσο και της εξουσίας επιβολής κυρώσεων σε περίπτωση παράβασης της εν λόγω υποχρέωσης¹³, η λειτουργία μιας πλατφόρμας για την ηλεκτρονική σύναψη δημοσίων συμβάσεων σε όλη την επικράτεια¹⁴, ο έλεγχος και η ασφάλεια των θαλάσσιων μεταφορών¹⁵ και ο καθορισμός των τρόπων καταβολής χρηματικής αποζημίωσης στις μεταφορικές επιχειρήσεις¹⁶.

Άλλοι τομείς στους οποίους έχουν εισαχθεί εξαιρέσεις είναι εκείνοι της κοινωνικής ασφάλισης, της εκπαίδευσης και έρευνας, του πολιτισμού και της διατήρησης της κληρονομιάς συμπεριλαμβανομένης της διατήρησης της φύσης, καθώς και της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που αφορά το εξεταστέο ζήτημα¹⁷. Στις περιπτώσεις όπου μια εξαίρεση πληρούται, αναιρείται η *οικονομική δραστηριότητα* και το εκάστοτε μέτρο δεν θεωρείται ότι χορηγεί κρατική ενίσχυση.

II. Η οικονομική δραστηριότητα στον κλάδο της υγείας

Ο τρόπος με τον οποίον οργανώνονται θεσμικά οι υπηρεσίες που παρέχονται στην αγορά ποικίλει από κράτος σε κράτος σε μια σειρά κλάδων. Μπορούμε να αντιληφθούμε τα εθνικά συστήματα υγείας ως ευρισκόμενα σε μια νοητή γραμμή μεταξύ του πλήρως ιδιωτικοποιημένου συστήματος υγείας και του πλήρως κρατικού. Το που τοποθετείται το εκάστοτε εθνικό σύστημα εξαρτάται από μια σειρά πολιτικών, κοινωνικών, ιστορικών και πολιτισμικών παραγόντων, με αποτέλεσμα να μην προκύπτει ομοιογένεια στην ενιαία ενωσιακή αγορά. Η ρύθμιση του κλάδου της υγείας ποικίλει από κράτος σε κράτος και να διενεργείται επί τη βάση των επιλογών του νομοθέτη, στο πλαίσιο της πολιτικής διαπάλης για τον ιδιωτικό ή δημόσιο χαρακτήρα της υγείας. Ωστόσο οι επιλογές του νομοθέτη δεν μπορεί να αντιστρατεύονται τους σκοπούς των κανόνων ανταγωνισμού, μέρος των οποίων αποτελεί και το δίκαιο κρατικών ενισχύσεων¹⁸. Κι αυτό παρά το άρθρο 168 (7) ΣΛΕΕ που προβλέπει τη διατήρηση των κρατικών αρμοδιοτήτων στη διαμόρφωση πολιτικής στον κλάδο της υγείας, περιλαμβανομένων των υγειονομικών υπηρεσιών και ιατρικής περίθαλψης. Στα συστήματα που βρίσκονται εγγύτερα στον άξονα της ιδιωτικής οικονομίας, οι σχετικοί φορείς παρέχουν συνήθως τις υπηρεσίες τους έναντι αμοιβής που καταβάλλεται είτε άμεσα από τους ασθενείς είτε από τα κοινωνικοασφαλιστικά τους ταμεία. Στην περίπτωση αυτήν, είναι αυξημένο το επίπεδο ανταγωνισμού και η πιθανότητα ύπαρξης οικονομικής δραστηριότητας θεωρείται σχεδόν δεδομένη. Ομοίως, στην περίπτωση της αμιγώς ιδιωτικής υγείας, (ιδιωτικών νοσοκομείων δομών, φορέων, φαρμακείων ιδιωτών ιατρών κ.λπ.), ο οικονομικός χαρακτήρας είναι αυτονόητος και συντρέχει οικονομική δραστηριότητα¹⁹. Στα συστήματα που βρίσκονται

⁹. Βλ., για παράδειγμα, ΓεΔΕΕ T-364/20, *Δανία κατά Επιτροπής*, 28.02.2024, ECLI:EU:T:2024:125, σκ. 49.

¹⁰. ΔΕΚ C-364/92, *SAT Fluggesellschaft*, 19.01.1994, ECLI:EU:C:1994:7, σκ. 30.

¹¹. ΔΕΚ C-343/95, *Diego Cali & Figli*, 18.03.1997, ECLI:EU:C:1997:160, σκ. 22.

¹². ΔΕΚ C-113/07 P, *SELEX Sistemi Integrati κατά Επιτροπής*, 26.03.2009, ECLI:EU:C:2009:191, σκ. 76.

¹³. ΔΕΕ C-138/11, *Compass-Datenbank*, 12.07.2012, ECLI:EU:C:2012:449, σκ. 40.

¹⁴. ΓεΔΕΕ T-138/15, *Aanbestedingskalender κ.λπ. κατά Επιτροπής*, 28.09.2017, ECLI:EU:T:2017:675, σκ. 71.

¹⁵. ΓεΔΕΕ T-673/17, *Port autonome du Centre et de l'Ouest κ.λπ. κατά Επιτροπής*, 20.09.2019, ECLI:EU:T:2019:643, σκ. 91.

¹⁶. ΔΕΕ C-666/20 P, *GVN κατά Επιτροπής*, 24.03.2022, ECLI:EU:C:2022:225, σκ. 73.

¹⁷. Βλ. αναλυτικώς, Ανακοίνωση, ό.π., παρ. 17-37.

¹⁸. M. GUY, *Competition Policy in Healthcare: Frontiers in Insurance-based and Taxation-funded Systems*, Itersentia, 2019, σ. 217 επ.

¹⁹. ΔΕΚ C-180/98, *Pavlov κ.ά.*, 12.09.2000, ECLI:EU:C:2000:428, σκ. 76-77, ΔΕΚ C-475/99, *Ambulanz Glöckner*, 25.10.2001, ECLI:EU:C:2001:577, σκ. 20.

εγγύτερα στον άξονα του δημόσιου χαρακτήρα, ελεγκτέα είναι εάν: πληρούνται οι αρχές της καθολικότητας και της αλληλεγγύης, οι φορείς υγείας χρηματοδοτούνται άμεσα από εισφορές κοινωνικής ασφάλισης/άλλους κρατικούς πόρους και εάν οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν. Στις περιπτώσεις που πληρούνται τα εν λόγω κριτήρια, δεν συντρέχει οικονομική δραστηριότητα, επομένως ούτε κρατική ενίσχυση²⁰.

Το οριακό αυτό ζήτημα της οικονομικής δραστηριότητας τέθηκε ενώπιον των ευρωπαϊκών δικαστηρίων στο πεδίο του ανταγωνισμού, σε χρόνο ήδη προγενέστερο των σύγχρονων δεδομένων του κλάδου της υγείας. Το ζήτημα, ωστόσο, δεν αφορούσε τις κρατικές ενισχύσεις, αλλά την ενδεχόμενη κατάχρηση δεσπόζουσας θέσης. Στην επίμαχη υπόθεση, η *Fenin*, μία ένωση που εκπροσωπούσε τις επιχειρήσεις εμπορίας υγειονομικού υλικού στα νοσοκομεία της Ισπανίας, είχε υποβάλει καταγγελία στην Επιτροπή σχετικά με σημαντικές καθυστερήσεις στις πληρωμές από τους ισπανικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας προς τις οικείες επιχειρήσεις. Στην καταγγελία της, η *Fenin* υποστήριξε πως οι επιχειρήσεις που υφίσταντο την καθυστέρηση δεν μπορούσαν να ασκήσουν εμπορική πίεση, αφού οι ισπανικοί φορείς κατείχαν δεσπόζουσα θέση στην ισπανική αγορά υγειονομικού υλικού και προέβαιναν σε κατάχρησή της, καθυστερώντας τις πληρωμές. Η Επιτροπή απέρριψε την καταγγελία, με το επιχείρημα ότι οι ισπανικοί φορείς δεν ενεργούσαν ως επιχειρήσεις, όταν συμμετείχαν στη διαχείριση υπηρεσιών δημόσιας υγείας, ενώ παράλληλα η ιδιότητά τους ως διαχειριστών δεν μπορούσε να διαχωριστεί από τη χρησιμοποίηση του υγειονομικού υλικού κατόπιν της αγοράς.

Κατόπιν προσφυγής ακυρώσεως της *Fenin* κατά της απόφασης της Επιτροπής, το Πρωτοδικείο έκρινε ότι, εφόσον ένας φορέας αγοράζει προϊόν, ακόμη και σε μεγάλες ποσότητες, «όχι προκειμένου να παράσχει αγαθά ή υπηρεσίες στο πλαίσιο οικονομικής δραστηριότητας αλλά για να το χρησιμοποιήσει στο πλαίσιο άλλης δραστηριότητας, όπως για παράδειγμα δραστηριότητας αμιγώς κοινωνικής φύσεως, δεν ενεργεί ως επιχείρηση και μόνον εκ του γεγονότος της ιδιότητάς του ως αγοραστή στην αγορά»²¹. Για την ερμηνεία αυτή, έθεσε ορισμένες παραμέτρους αξιολόγησης, οι οποίες ήταν: η εκπλήρωση αποστολής αποκλειστικά κοινωνικού χαρακτήρα, η εφαρμογή της αρχής της αλληλεγγύης, η χρηματοδότηση από κοινωνικές εισφορές και άλλους κρατικούς πόρους, η απουσία κερδοσκοπικού σκοπού, η δωρεάν παροχή υπηρεσιών στους ασφαλισμένους και η καθολικότητα της κάλυψης. Σε περιπτώσεις που οι παραπάνω παράμετροι πληρούνται, οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας δεν ενεργούν ως επιχειρήσεις στο πλαίσιο της διαχείρισης των εθνικών συστημάτων υγείας, όπως συνέβαινε στην επίμαχη ισπανική περίπτωση²².

Το ζήτημα τέθηκε υπόψη της Μείζονος Συνθέσεως του ΔΕΚ²³, το οποίο υπεραμύνθηκε της κρίσης του Πρωτοδικείου. Συγκεκριμένα, έκρινε ότι, στο πλαίσιο αξιολόγησης της φύσης που έχει η δραστηριότητα, δεν πρέπει να διαχωρίζεται η δραστηριότητα της αγοράς ενός προϊόντος από τη μεταγενέστερη χρήση του. Αντιθέτως, ο οικονομικός ή μη οικονομικός χαρακτήρας της χρήσης προσδιορίζει κατ' ανάγκη και τον χαρακτήρα της αγοράς²⁴.

Μερίδα της θεωρίας αντιτάχθηκε στην θέση αυτήν για δύο βασικούς λόγους. Αφενός μεν, διαφώνησε με τον ενιαίο χαρακτήρα της ερμηνείας, ο οποίος, κατά την αντίθετη αυτήν γνώμη, έπρεπε να σεβαστεί τη δυνατότητα διαχωρισμού των υπηρεσιών αγοράς και χρήσης, όπως είχε κάνει σε άλλους κλάδους²⁵. Αφετέρου δε, κατέκρινε την ενικότητα-ενότητα της προσέγγισης, η οποία, κατά την εν λόγω ερμηνεία, παραβιάζει το λειτουργικό κριτήριο της οικονομικής δραστηριότητας, το οποίο παγίως εφαρμόζεται σε όλους τους κλάδους του δικαίου

²⁰. Ανακοίνωση, ό.π., 23-27.

²¹. ΠΕΚ T-319/99, *Fenin κατά Επιτροπής*, 04.03.2003, ECLI:EU:T:2003:50, σκ. 37.

²². Αυτόθι, σκ. 38-40.

²³. ΔΕΚ C-205/03 P, *Fenin κατά Επιτροπής*, 11.07.2006, ECLI:EU:C:2006:453..

²⁴. Αυτόθι, σκ. 26-27. Πρβλ. Ανακοίνωση ό.π., παρ. 25.

²⁵. V. HATZOPOULOS, *The Concept of 'Economic Activity' in the EU Treaty: From Ideological Dead-Ends to Workable Judicial Concepts*, College of Europe: Research Paper in Law 06/2011, σ. 5 επ. και 16.

ανταγωνισμού²⁶. Άλλωστε, και ο ίδιος ο Γεν. Εισαγγελέας Maduro είχε προτείνει αντίθετη ερμηνεία από εκείνη που τελικώς προέκρινε η Μείζων Σύνοψη του ΔΕΚ, υποστηρίζοντας ότι έπρεπε να εξεταστεί πρωτίστως εάν οι ανάγκες της αγοράς ικανοποιούνταν πλήρως από τους κρατικούς φορείς ή εάν συμμετείχαν και ιδιωτικές επιχειρήσεις²⁷.

Όπως καταδεικνύεται αμέσως παρακάτω, η νομολογία *Fenin*, παρότι δεν εκδόθηκε στο πλαίσιο των κρατικών ενισχύσεων, αποτέλεσε εντούτοις τη βάση επί της οποίας η Επιτροπή, και πιο πρόσφατα τα ενωσιακά δικαστήρια, λειτούργησαν στις υποθέσεις κρατικών ενισχύσεων. Κι αυτό μάλιστα υπό το πρίσμα των νέων δεδομένων στον κλάδο της υγείας, όπου η κυριαρχία του καπιταλιστικού κεφαλαίου στον ευρωπαϊκό χώρο οδήγησε σε αυξημένη ιδιωτικοποίηση των συστημάτων υγείας. Η ευελιξία την οποία επέδειξε το δικαστήριο στην υπόθεση αυτήν, άλλωστε, προκρίνοντας τη δημόσια υγεία ως εξαίρεση στον κανόνα της οικονομικής δραστηριότητας, υιοθετήθηκε έκτοτε και σε άλλους τομείς, όπως τα συστήματα εκπαίδευσης και κοινωνικής ασφάλισης.

III. Επίκαιρα ζητήματα κρατικής χρηματοδότησης σε δομές υγείας

Εντός του προπεριγραφόμενου νομικού και οικονομικού περιβάλλοντος, η κρατική χρηματοδότηση, ως αυτονόητη αναγκαιότητα για την επιβίωση και βιωσιμότητα των εθνικών συστημάτων υγείας έχει εγείρει πρόσφατα και διάφορα ζητήματα κρατικών ενισχύσεων. Η αντιμετώπιση των υποθέσεων αυτών από την Επιτροπή δεν ήταν πάντως ενιαία, αλλά προκρίθηκε μια περιπτωσιολογική ανάλυση του εκάστοτε συστήματος, προκειμένου να αναζητούνται τόσο οι παράμετροι που αναλύθηκαν από τη νομολογία *Fenin* όσο και τα επιμέρους στοιχεία ιδιωτικοποίησης ενός εθνικού συστήματος υγείας, τα οποία μπορούσαν να επαναφέρουν το ζήτημα στον κανόνα της οικονομικής δραστηριότητας. Αμέσως παρακάτω αναλύονται τα τέσσερα κυριότερα παραδείγματα της σύγχρονης προσέγγισης που ακολουθούν η Επιτροπή και τα ενωσιακά δικαστήρια επί του ζητήματος. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, το νέο δεδομένο που έπρεπε να αξιολογηθεί ήταν το (μεγαλύτερο ή μικρότερο) άνοιγμα του εκάστοτε εθνικού συστήματος υγείας στην ελεύθερη αγορά, με αποτέλεσμα να δημιουργείται η υπόνοια ανταγωνισμού με ιδιωτικούς φορείς.

1. Βέλγιο: από το δημόσιο σύστημα προς την ιδιωτική οικονομία

Στην περίπτωση του Βελγίου, είχαν υποβληθεί διάφορες καταγγελίες σχετικά με τη χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων IRIS στις Βρυξέλλες. Η Επιτροπή εξέδωσε αρχικώς, το 2009, την απόφαση SA.19864 (πρώην NN 54/2009), η οποία ακυρώθηκε από το ΓεΔΕΕ για τυπικούς λόγους²⁸. Στη συνέχεια, επανήλθε το 2016 και υιοθέτησε επί της ουσίας το ίδιο σκεπτικό επί της οικονομικής δραστηριότητας.

Η Επιτροπή ξεκίνησε το σκεπτικό της από την αυξημένη εισοδο της ιδιωτικής πρωτοβουλίας ενός του εθνικού συστήματος υγείας του Βελγίου. Παρατήρησε ότι τα νοσοκομεία IRIS είχαν κατά βάση τέσσερις βασικές πηγές εσόδων: α) την τακτική κρατική χρηματοδότηση που λαμβάνουν όλα τα νοσοκομεία του Βελγίου, β) κρατική χρηματοδότηση που καλύπτει τα ταμειακά τους ελλείματα, γ) άμεσες πληρωμές από το Εθνικό Ινστιτούτο Ασφάλισης Ασθενείας-Αναπηρίας και δ) άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς. Οι δύο τελευταίες κατηγορίες εσόδων αποτελούσαν οικονομικό αντάλλαγμα για τις παρεχόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες. Στη βάση αυτή, η Επιτροπή έκρινε ότι, όταν η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από νοσοκομεία και άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης έναντι αμοιβής, είτε απευθείας από τους ασθενείς είτε από άλλες πηγές, πρέπει γενικά να θεωρείται ως οικονομική δραστηριότητα. Σε ένα σύστημα, όπως το βελγικό, υπάρχει ένας ορισμένος βαθμός ανταγωνισμού μεταξύ των δημοσίων νοσοκομείων, όπως τα IRIS, και της ιδιωτικής υγείας,

²⁶ V. KORAH, An Introductory Guide to EC Competition Law and Practice, Hart, 2007, σ. 47 επ.

²⁷ Προτάσεις Γεν. Εισαγγελέα M.P. Maduro επί της υποθέσεως C-205/03 P, *Fenin κατά Επιτροπής*, 10.11.2005, σημ. 53-57.

²⁸ ΓεΔΕΕ T-137/10, *CBI κατά Επιτροπής*, 07.11.2012, ECLI:EU:T:2012:584.

όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Στη βάση αυτή, με ευθεία εφαρμογή του λειτουργικού κριτηρίου, η Επιτροπή διαπίστωσε ότι ο κατ' αρχήν δημόσιος χαρακτήρας των νοσοκομείων IRIS δεν αποκλείει την οικονομική δραστηριότητα²⁹.

Η Επιτροπή δέχθηκε, ακόμη, ότι το βελγικό σύστημα λειτουργούσε εν μέρει υπό την αρχή της αλληλεγγύης. Παρόλα αυτά, διαχώρισε τη *διαχείριση* του εθνικού συστήματος υγείας με την *παροχή υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης* έναντι αμοιβής. Η τελευταία περίπτωση, στο μέτρο που ασκείται εντός απελευθερωμένου συστήματος ιδιωτικής οικονομίας και ανταγωνισμού, πρέπει να θεωρείται οικονομική δραστηριότητα³⁰. Με τον τρόπο αυτόν, η Επιτροπή επέστρεψε στη δυαδική προσέγγιση την οποία είχαν εισηγηθεί μερίδα της θεωρίας και ο Γεν. Εισαγγελέας Maduro στην υπόθεση *Fenin*, παρότι η προσέγγιση αυτή είχε απορριφθεί από τη Μείζονα Σύνοψη του ΔΕΚ. Επιπλέον, προκειμένου να στηρίξει το επιχειρήμα αυτό, η Επιτροπή παρέπεμψε σε δύο αποφάσεις που αφορούσαν όχι το δίκαιο του ανταγωνισμού, αλλά την αρχή της ελεύθερης κυκλοφορίας³¹. κανόνες, δηλαδή, αμφίβολης εφαρμοσιμότητας ως προς την αξιολόγηση του κατά πόσον μπορεί ένα σύστημα που λειτουργεί βάσει της αρχής της αλληλεγγύης να διαχωριστεί ή όχι από τον κανόνα της οικονομικής δραστηριότητας³².

2. Ιταλία: Η ελευθερία του ασθενούς να επιλέγει τον πάροχο υπηρεσιών υγείας

Στην περίπτωση της Ιταλίας, ένα θρησκευτικό ίδρυμα που λειτουργούσε ιδιωτικό νοσοκομείο υπέβαλε καταγγελία στην Επιτροπή σχετικά με την κρατική χρηματοδότηση που λάμβαναν τα δημόσια νοσοκομεία της περιφέρειας του Λάτσιο³³. Όλες οι υφιστάμενες τοπικές μονάδες υγείας είχαν μετατραπεί βάσει νόμου σε ιδιωτικά νομικά πρόσωπα. Οι ασθενείς μπορούσαν να επιλέξουν ελεύθερα τον ιατρό ή τον τόπο περίθαλψής τους, με ορισμένους μόνο περιορισμούς που προβλέπονταν από τον νόμο. Επιπλέον, ο ίδιος νόμος επέτρεπε στους ιατρούς που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία να προσφέρουν υπηρεσίες, εκτός του κανονικού ωραρίου εργασίας, υπό καθεστώς ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, δηλαδή εντός των δημόσιων εγκαταστάσεων και χρησιμοποιώντας τις δομές εξωτερικών ιατρείων και διαγνωστικών υπηρεσιών των νοσοκομείων. Οι υπηρεσίες αυτές είχαν επικουρικό χαρακτήρα σε σχέση με την τακτική λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων. Οι ασθενείς πλήρωναν οι ίδιοι απευθείας τους ιατρούς για την κάλυψη του συνολικού κόστους της εκάστοτε ιατρικής πράξης, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, των αναλογικών δαπανών απόσβεσης και συντήρησης των μηχανημάτων, καθώς και όλων των άμεσων και έμμεσων δαπανών που βάρυναν το νοσοκομείο. Κατόπιν αυτού, ο ιατρός όφειλε να αποδώσει υποχρεωτικά στο νοσοκομείο ένα ποσό ίσο με το 5% της αμοιβής του.

Το πρώτο ενδιαφέρον εύρημα της εν λόγω απόφασης είναι το ότι η Επιτροπή επέλεξε να εξετάσει το ιταλικό σύστημα υγείας συνολικά και όχι να αποσπάσει τη συγκεκριμένη δραστηριότητα, προκειμένου να την αξιολογήσει ως οικονομική ή όχι. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για το δίκαιο κρατικών ενισχύσεων, όπου κανόνας είναι ότι η οικονομική δραστηριότητα εξετάζεται κατά περίπτωση και με βάση τη συγκεκριμένη δραστηριότητα και τα συγκεκριμένα πραγματικά περιστατικά³⁴. Ο υπόρρητος λόγος που φαίνεται να οδήγησε την Επιτροπή σε μια τέτοια ενέργεια είναι η διαπίστωση πως αποσπασματικά οι επιμέρους δραστηριότητες θα ήταν, σε κάθε σχεδόν περίπτωση, οικονομικής φύσεως, όπως είχε ήδη

²⁹. SA.19864/2016, παρ. 44-48 και 108-109.

³⁰. Αυτόθι, παρ. 110-111.

³¹. Πρόκειται για τις αποφάσεις: ΔΕΚ C-157/99, *Smits και Peerbooms*, 12.07.2001, ECLI:EU:C:2001:404, σκ. 58, η οποία, με τη σειρά της, παραπέμπει στην απόφαση C-263/86, *Βελγικό Δημόσιο κατά Humbel και Edel*, 27.09.1988, ECLI:EU:C:1988:451, σκ. 17.

³². V. HATZOPOULOS, ό.π., 2011, σ. 6. Πρβλ. ομοίως, D. GALLO, *Social Security and Health Services in EU Law: Towards Convergence or Divergence in Competition State Aids and Free Movement?*, EUI RSCAS, 19/2011, άνευ ηλεκτρονικής σελιδοποίησης.

³³. SA.39913/2017.

³⁴. Βλ. Ανακοίνωση, ό.π., 2016, παρ. 7-9.

διαπιστώσει στη βελγική περίπτωση. Μόνο μια συνολική θεώρηση του συστήματος υγείας θα μπορούσε να διακριβώσει τον βαθμό του ανταγωνιστικού ή αλληλεγγυού χαρακτήρα του.

Στη βάση αυτήν, διαπίστωσε εν πρώτοις ότι οι επίμαχες μεταρρυθμίσεις του ιταλικού συστήματος υγείας δεν μετέβαλλαν τα κύρια χαρακτηριστικά που καθιστούν τις δραστηριότητες μη οικονομικής φύσης, οι οποίες είναι: α) η καθολική κάλυψη με το ίδιο επίπεδο υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, β) η δωρεάν (ή σχεδόν δωρεάν) παροχή των υπηρεσιών, γ) η κρατική χρηματοδότηση από πόρους του κρατικού προϋπολογισμού και των κοινωνικοασφαλιστικών εισφορών που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι και δ) η εφαρμογή της αρχής της αλληλεγγύης³⁵.

Εν συνεχεία, η Επιτροπή αξιολόγησε το κατά πόσον η ελευθερία του ασθενούς να επιλέγει τους παρόχους των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μεταβάλλει το συμπέρασμα αυτό. Παρατήρησε ότι η επιλογή αυτή εντάχθηκε σε ένα ευρύτερο πλαίσιο μεταρρυθμίσεων που σκοπό είχαν να διευκολύνουν τον προγραμματισμό της παροχής των υπηρεσιών, τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών και την αύξηση της αποτελεσματικότητάς. Η Επιτροπή αποδέχθηκε ότι η ελευθερία επιλογής του ασθενούς ενδέχεται να έχει εισαγάγει έναν ορισμένο βαθμό ανταγωνισμού εντός του συστήματος, δηλαδή μεταξύ των παρόχων που εντάσσονται στο ιταλικό σύστημα υγείας. Ωστόσο, γεγονός παραμένει ότι οι εν λόγω πάροχοι δεν παύουν να χρηματοδοτούνται μέσω κοινωνικοασφαλιστικών εισφορών και άλλων κρατικών πόρων και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους δωρεάν και καθολικά³⁶.

Η κρίση της Επιτροπής επικυρώθηκε ως προς την ουσία της τόσο από το ΓεΔΕΕ όσο και από το ΔΕΕ. Συγκεκριμένα, το ΓεΔΕΕ επεσήμανε ομοίως ότι η εισαγωγή ενός ανταγωνιστικού στοιχείου σε ένα σύστημα που τηρεί τα παραπάνω χαρακτηριστικά δεν αλλοιώνει τη φύση του συστήματος, στο μέτρο που αποσκοπεί να ενθαρρύνει τους φορείς να ασκούν τη δραστηριότητά τους σύμφωνα με τις αρχές της χρηστής διοίκησης, δηλαδή με τον αποτελεσματικότερο και λιγότερο δαπανηρό τρόπο. Ακόμη και όταν συνδυάζεται με έναν ορισμένο βαθμό ανταγωνισμού που επικρατεί στη σχετική αγορά και στις παρακείμενες αγορές, οι αρχές της αλληλεγγύης και της καθολικότητας συνεπάγονται μόνον ότι η υπηρεσία πρέπει να παρέχεται, τουλάχιστον δυνητικά, σε όλους τους ασθενείς που τη ζητούν, χωρίς το εθνικό σύστημα υγείας να καλύπτει απαραίτητως όλες τις ανάγκες περίθαλψης των ασθενών³⁷. Η κρίση αυτή επιβεβαιώθηκε και από το ΔΕΕ, σε μια κατά τα άλλα μάλλον δικονομική απόφαση³⁸.

Αυτή η τελευταία επισήμανση περί του ότι δεν είναι αναγκαίο να καλύπτονται όλες οι ανάγκες περίθαλψης των ασθενών έχει μεγάλη σημασία, διότι χαμηλώνει τον πήχη της καθολικότητας που απαιτείται για τη διαπίστωση του μη οικονομικού χαρακτήρα των δραστηριοτήτων. Αφενός, αποδίδει την ανοχή της νομολογίας στη μερική απελευθέρωση των εθνικών συστημάτων υγείας, αρκεί να μην θίγονται οι βασικές τους αρχές. Αφετέρου, δίνει και μια γενικότερη κατεύθυνση, η οποία πιθανότατα θα υιοθετηθεί στο μέλλον και σε άλλα κριτήρια του δημοσίου συστήματος υγείας, όπως η δωρεάν κάλυψη. Έτσι, με την κρίση αυτήν, επιβεβαιώνεται ότι ένας φορέας που οργανικά ανήκει σε ένα εθνικό σύστημα υγείας μπορεί να ανταγωνίζεται μερικώς και άλλους φορείς (δημόσιους ή ιδιωτικούς) χωρίς ταυτόχρονα να αποβάλλει τον δημόσιο χαρακτήρα του.

3. Εσθονία: Πρόσθετες ιατρικές υπηρεσίες επί πληρωμή

Στην περίπτωση της Εσθονίας, η Επιτροπή, στο περιβάλλον πανδημίας του κορωνοϊού, έλεγξε την κρατική χρηματοδότηση που λάμβαναν τα δημόσια εσθονικά νοσοκομεία. Το επίμαχο νομοθετικό καθεστώς προέβλεπε ότι ο κρατικός φορέας δημόσιας υγείας σήναπτε συμβάσεις

³⁵. SA.39913/2017, παρ. 62-63 και 66.

³⁶. Αυτόθι, παρ. 71-75.

³⁷. ΓεΔΕΕ T-223/18, *Casa Regina Apostolorum della Pia Società delle Figlie di San Paolo/Επιτροπή*, 02.06.2021, ECLI:EU:T:2021:315, σκ. 154 και 164-165.

³⁸. ΔΕΕ C-492/21 P, *Casa Regina Apostolorum della Pia Società delle Figlie di San Paolo/Επιτροπή*, 27.04.2023, ECLI:EU:C:2023:354, σκ. 104.

με τα δημόσια νοσοκομεία για τη χρηματοδότηση ιατρικών θεραπειών. Βάσει των συμβάσεων αυτών, τα δημόσια νοσοκομεία παρείχαν ολοκληρωμένες δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περιθάλψης σε ασφαλισμένους με την καταβολή συμβολικού μόνο τέλους. Παράλληλα με την κανονική τους δραστηριότητα, τα δημόσια νοσοκομεία είχαν μια περιορισμένη δραστηριότητα, εν μέρει ιδιωτική, καθώς δεν καλυπτόταν από την κρατική χρηματοδότηση, αλλά πληρωνόταν απευθείας από τους ασθενείς ή από την ιδιωτική τους ασφάλιση. Η δραστηριότητα περιελάμβανε μια σειρά από πρόσθετες υπηρεσίες, και ιδίως: α) ορισμένου τύπου ιατρικές υπηρεσίες, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονταν η επιλογή των ασθενών να παραλείψουν τη λίστα αναμονής χειρουργείων, β) πρόσθετες υπηρεσίες που παρέχονταν στο πλαίσιο ιατρικών θεραπειών (π.χ. οικογενειακά και προγεννητικά μαθήματα) και γ) άλλες παράπλευρες δραστηριότητες (π.χ. ενοικιάσεις χώρων σε μικρά νοσοκομειακά καταστήματα).

Η Επιτροπή χρησιμοποίησε ίδια κριτήρια με εκείνα της ιταλικής υπόθεσης προκειμένου να καταλήξει στο συμπέρασμα περί απουσίας οικονομικής δραστηριότητας. Με τον τρόπο αυτόν, έμεινε πιστή στην οριζόντια προσέγγιση που κρίθηκε αναγκαία στην ιταλική περίπτωση, σε χρόνο ήδη προγενέστερο από την επικύρωση της μεθοδολογίας εκείνης από τα ενωσιακά δικαστήρια. Ειδικότερα, διαπίστωσε αρχικά ότι το εθνικό σύστημα υγείας της Εσθονίας βασιζόταν στις αρχές της αλληλεγγύης και της καθολικής κάλυψης, ενώ παράλληλα επεδίωκε κοινωνικούς στόχους και οι δραστηριότητές του τελούσαν υπό κρατική εποπτεία. Προκειμένου να καταλήξει στο συμπέρασμα αυτό ιδιαίτερο ρόλο έπαιξαν τα εξής κριτήρια: α) ο δημόσιος χαρακτήρας των νοσοκομείων και η εκπλήρωση στόχων δημοσίου συστήματος υγείας (καθολικότητα, βελτιστοποίηση δαπανών, διασφάλιση βιωσιμότητας κ.ά.), β) η χρηματοδότηση άμεσα από κοινωνικοασφαλιστικές εισφορές, ανεξαρτήτως του είδους των υπηρεσιών που λάμβαναν οι ασθενείς, γ) ο περιορισμός των τελών που κατέβαλλαν οι ασθενείς σε οικονομικά επουσιώδη επίπεδα, τα οποία εξυπηρετούσαν απλώς τον σκοπό αποφυγής της αναζήτησης περιττών υπηρεσιών και δ) η απουσία ανταγωνισμού μεταξύ των νοσοκομείων όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτονταν από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης³⁹.

Το ενδιαφέρον στην απόφαση αυτήν είναι ότι η Επιτροπή προέβη σε έναν διαχωρισμό των τακτικών δραστηριοτήτων των δημοσίων νοσοκομείων (που καλύπτονταν κατά κύριο λόγο από τις κοινωνικοασφαλιστικές εισφορές) και των πρόσθετων υπηρεσιών που παρείχαν (έναντι αμοιβών που καταβάλλονταν απευθείας από τους ασθενείς ή την ιδιωτική τους ασφάλιση). Για τις τελευταίες, άφησε ανοιχτό το ενδεχόμενο να συνιστούν οικονομικές δραστηριότητες, χωρίς ωστόσο να προβεί σε διεξοδική αξιολόγηση. Κι αυτό διότι, εξετάζοντας την μεθοδολογία τιμολόγησης των εν λόγω υπηρεσιών, διαπίστωσε ότι ο τρόπος λειτουργίας των εσθονικών νοσοκομείων δεν επέτρεπε τη σταυροειδή χρηματοδότηση οικονομικών και μη οικονομικών δραστηριοτήτων των δημοσίων νοσοκομείων. Ως εκ τούτου, ακόμη κι αν υποθεθούν οικονομικές, οι εν λόγω πρόσθετες δραστηριότητες δεν είναι ικανές να αναιρέσουν τον δημόσιο χαρακτήρα των εσθονικών δημοσίων νοσοκομείων⁴⁰. Αυτό ήταν και το όριο ελέγχου της Επιτροπής στην υπόθεση αυτήν, καθώς η επίμαχη καταγγελία αφορούσε κατ' αρχήν την κρατική χρηματοδότηση των δημοσίων νοσοκομείων και όχι τις πρόσθετες δραστηριότητές τους *per se*. Ενδεχομένως σε μια άλλη υπόθεση που θα είχε ως αντικείμενο μόνον τις τελευταίες η αυστηρότητα της Επιτροπής να ήταν μεγαλύτερη. Σε μια υπόθεση με το ως άνω αντικείμενο, όμως, ένας τέτοιος διευρυμένος έλεγχος θα ήταν οπωσδήποτε μάλλον επιβαρυντικός και ουδόλως επωφελής για την όλη διαδικασία.

4. Σλοβενία: Μερικό άνοιγμα του εθνικού συστήματος υγείας στην αγορά

Στην περίπτωση της Σλοβενίας, το εθνικό σύστημα υγείας παρείχε δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περιθάλψης μέσω δύο βασικών πυλώνων. Αφενός, μέσω των δημοσίων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας. Αφετέρου, μέσω ιδιωτικών φορέων στους οποίους είχε παραχωρηθεί η άσκηση ορισμένων υπηρεσιών, όταν ο πρώτος πυλώνας αδυνατούσε να εξασφαλίζει επαρκώς την παροχή των αντίστοιχων υπηρεσιών σε συγκεκριμένη περιοχή ή για συγκεκριμένη ειδικότητα. Οι τιμές για τις υπηρεσίες αμοιτέρων των πυλώνων

³⁹. SA.39324/2020, παρ. 53-60.

⁴⁰. Αυτόθι, παρ. 61-74.

προκαθορίζονταν από μία ετήσια σύμβαση, κατόπιν διαπραγματεύσεων μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (δημοσίων και ιδιωτικών), του Εθνικού Ινστιτούτου Ασφάλισης και του Υπουργείου Υγείας. Επομένως, η επιλογή του κόστους δεν ήταν ανοιχτή στον ανταγωνισμό. Κατά κανόνα, το Εθνικό Ινστιτούτο Ασφάλισης χρηματοδοτούσε τις ιατρικές υπηρεσίες είτε στο 100% της αξίας τους είτε σε χαμηλότερο ποσοστό και οι ασθενείς επωμίζονταν το κόστος του μη καλυπτόμενου ποσοστού. Ωστόσο, σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσίασαν στην Επιτροπή οι σλοβενικές αρχές, το 95% των ασθενών διέθετε επικουρική ασφάλιση, η οποία κάλυπτε την εν λόγω διαφορά και μόλις το 5% των ασθενών πλήρωνε αυτή τη διαφορά είτε από δικούς του πόρους είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης.

Η Επιτροπή ακολούθησε ομοίως την οριζόντια προσέγγιση του σλοβενικού εθνικού συστήματος υγείας⁴¹. Παρατήρησε αρχικά ότι η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών βασιζόταν κατά κύριο λόγο στα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, ενώ η παραχώρηση υπηρεσιών σε ιδιώτες είχε συμπληρωματικό χαρακτήρα. Το σύστημα βασιζόταν στην υποχρεωτικότητα της κοινωνικής ασφάλισης, ενώ προβλεπόταν καθολική κάλυψη που περιελάμβανε και κατηγορίες ασθενών που δεν ασφαλιζόνταν (π.χ. ανέργους και αναπήρους). Παράλληλα, λειτουργούσε ένα σύστημα επικουρικής ασφάλισης, βασισμένο στην αρχή της αμοιβαιότητας. Μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό ασφαλισμένων επέλεγε να μην διαθέτει επικουρική ασφάλιση, καθώς τα οφέλη που αυτή συνεπαγόταν ήταν οικονομικά πολύ συμφέροντα για κάθε ασθενή. Στη βάση αυτήν, η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η επικουρική ασφάλιση είχε κατ' ουσίαν καταστεί μέρος της κοινωνικής ασφάλισης, δεδομένου ότι πάνω από το 95% του πληθυσμού καλυπτόταν από αυτήν.

Ενόψει του παραπάνω συστήματος, η κάλυψη των ασθενών ήταν καθολική και άνευ αντιτίμου. Μόνον ένα επουσιώδες ποσοστό, κάτω του 5%, χρησιμοποιούσε ίδιους πόρους για την πληρωμή υπηρεσιών υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη αυτόν τον επουσιώδη αριθμό ασθενών που επιβαρύνονταν οικονομικά κατά τρόπο άμεσο και το γεγονός ότι οι πληρωμές αυτές θα αφορούσαν, σε κάθε περίπτωση, μόνο το μέρος που δεν καλυπτόταν από την υποχρεωτική ασφάλιση, η Επιτροπή κατέληξε στο συμπέρασμά ότι οι δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονταν άνευ αντιτίμου και μόνο σε ορισμένες σπάνιες περιπτώσεις, οι ασθενείς πλήρωναν για τις εν λόγω υπηρεσίες.

Περαιτέρω, η Επιτροπή παρατήρησε ότι το σλοβενικό σύστημα υγείας έχει κοινωνικό σκοπό, καθώς διασφαλίζει την καθολική κάλυψη των πολιτών, ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης ή κατάστασης της υγείας. Το όλο σύστημα διέπεται από την αρχή της αλληλεγγύης, στο μέτρο που α) προβλέπει υποχρεωτικότητα της συμμετοχής των ασφαλισμένων και των ασφαλιστικών οργανισμών στις ασφαλιστικές εισφορές, β) επιβάλλει τις εισφορές ανάλογα με το εισόδημα των ασφαλισμένων και όχι με τον κίνδυνο που αντιπροσωπεύουν λόγω της ηλικίας ή της κατάστασης της υγείας τους, γ) χορηγεί ίδιες παροχές σε όλους τους ασφαλισμένους, χωρίς εξάρτηση από το ύψος των εισφορών του καθενός και δ) προβλέπει έναν μηχανισμό εξισορρόπησης των εισφορών των ασφαλισμένων. Τέλος, η Επιτροπή σημείωσε ότι το μερικό άνοιγμα του συστήματος στην αγορά, μέσω των συμβάσεων παραχώρησης σε ιδιωτικούς φορείς, δεν αναιρούσε την κρατική εποπτεία, η οποία εκτεινόταν τόσο σε δημόσιους όσο και σε ιδιωτικούς φορείς.

Ως προς την ενδεχόμενη ύπαρξη ανταγωνισμού μεταξύ δημοσίων νοσοκομείων και παραχωρησιούχων, η Επιτροπή διαπίστωσε ότι ο όποιος ανταγωνισμός ενδέχεται να υφίσταται, είναι, σε κάθε περίπτωση, πολύ περιορισμένος. Οι ετήσιες συμβάσεις καθόριζαν συγκεκριμένα πρότυπα διασφάλισης της παροχής των υπηρεσιών, τα οποία ήταν κοινά τόσο για τους δημόσιους όσο και για τους ιδιωτικούς φορείς. Σημαντική, στο πλαίσιο αυτό, είναι η σημείωση της Επιτροπής ότι ένας δυνητικά περιορισμένος ανταγωνισμός μεταξύ των δημοσίων νοσοκομείων και των παραχωρησιούχων δεν θέτει υπό αμφισβήτηση τον μη οικονομικό χαρακτήρα των δημοσίων υπηρεσιών υγείας. Η παρουσία ενός στοιχείου ανταγωνισμού σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που διέπεται από την αρχή της αλληλεγγύης, δεν μεταβάλλει τον μη οικονομικό χαρακτήρα του συστήματος αυτού, στο μέτρο που αποσκοπεί

⁴¹. Βλ. για την ανάλυση των αμέσως παρακάτω παραγράφων: SA.45844/2024, παρ. 74-117.

στο να ενθαρρύνει τους φορείς να λειτουργούν σύμφωνα με τις αρχές της χρηστής διαχείρισης, δηλαδή με τον αποτελεσματικότερο και λιγότερο δαπανηρό τρόπο, προς το συμφέρον της εύρυθμης λειτουργίας του συστήματος. Στο σλοβενικό σύστημα, ακόμη και εάν οι ασθενείς μπορούσαν να επιλέξουν την ιατρική μονάδα την οποία θα επισκέπτονταν, όλοι οι πάροχοι (δημόσιοι και ιδιωτικοί) χρηματοδοτούνταν από εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και προσέφεραν τις υπηρεσίες τους δωρεάν σε όλους τους ασφαλισμένους. Επομένως, ο περιορισμένος ανταγωνισμός μεταξύ δημοσίων νοσοκομείων και παραχωρησιούχων τελούσε προς το συμφέρον της καλής λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, αλλά δεν τροποποιούσε τη μη οικονομική φύση του συστήματος.

Στη βάση αυτή, η Επιτροπή διαπίστωσε ότι το σλοβενικό σύστημα δημόσιας υγείας είναι μη οικονομικής φύσεως, γεγονός που σημαίνει ότι και τα δημόσια νοσοκομεία του δεν ασκούν οικονομική δραστηριότητα. Η κρίση αυτή είναι μεγάλης σημασίας, καθώς επεκτείνει ακόμη περισσότερο την ήδη αυξημένη ανοχή της Επιτροπής ως προς την κρατική χρηματοδότηση σε δομές εθνικών συστημάτων υγείας, ακόμη κι όταν αυτά προσαρμόζονται στις σύγχρονες εξελίξεις και ανοίγουν βαθμιαία στον ανταγωνισμό. Το σκεπτικό της Επιτροπής θα αξιολογηθεί στο άμεσο μέλλον από τα ευρωπαϊκά δικαστήρια, καθώς κατά τον παρόντα χρόνο εκκρεμεί προσφυγή ακυρώσεως κατά της απόφασής της, ενώπιον του ΓεΔΕΕ⁴². Θα έχει ενδιαφέρον εάν το ΓεΔΕΕ θα ακολουθήσει την έως τώρα ανεκτική νομολογιακή προσέγγιση στα οικεία ζητήματα ή αν θα ενσκήψει περαιτέρω στα στοιχεία του συστήματος που προσιδιάζουν σε οικονομικές δραστηριότητες, ώστε να απόσχει από την οριζόντια προσέγγιση αξιολόγησης και να επιστρέψει σε μια *in concreto* κρίση περί της εκάστοτε δραστηριότητας, με άμεση εφαρμογή του λειτουργικού κριτηρίου.

Επίλογος

Το ζήτημα της ύπαρξης *οικονομικής δραστηριότητας* σε ένα εθνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα παλιό ερώτημα, το οποίο διαρκώς παρουσιάζεται αναδιαμορφωμένο, στο πλαίσιο των αλληπάλληλων εξελίξεων στην σύγχρονη, παγκοσμιοποιημένη αγορά υγείας. Το μεγαλύτερο ή μικρότερο άνοιγμα των εθνικών συστημάτων υγείας στον ανταγωνισμό είναι μια πραγματικότητα την οποία καλείται να συναξιολογεί ο εκάστοτε ερμηνευτής και εφαρμοστής του δικαίου κρατικών ενισχύσεων, είτε πρόκειται για την Επιτροπή είτε για τα ευρωπαϊκά δικαστήρια.

Παρότι η προσέγγιση των εθνικών συστημάτων δεν ήταν πάντα ομοιόμορφη, φαίνεται τα τελευταία χρόνια να υπάρχει μια ερμηνευτική κατεύθυνση μεγαλύτερης ευελιξίας. Κοινός παρονομαστής της σύγχρονης προσέγγισης Επιτροπής και δικαστηρίων είναι η διαπίστωση ότι η εισαγωγή ενός περιορισμένου στοιχείου ανταγωνισμού δεν αναιρεί τον μη οικονομικό χαρακτήρα του εθνικού συστήματος υγείας, εφόσον δεν αναιρούνται οι αρχές της επιδίωξης κοινωνικού σκοπού, της αλληλεγγύης και της καθολικής κάλυψης. Η κρίση αυτή προκρίνει μια οριζόντια προσέγγιση των εκάστοτε συστημάτων υγείας, η οποία παρεκκλίνει από τον γενικό κανόνα του *in concreto* ελέγχου της εκάστοτε δραστηριότητας.

Η κρίση αυτή θα δοκιμαστεί αναμφίβολα τα επόμενα χρόνια, με δεδομένο το ολοένα και μεγαλύτερο άνοιγμα των εθνικών συστημάτων υγείας στην αγορά, η οποία μπορεί να οδηγήσει στη διαπίστωση οικονομικών δραστηριοτήτων ακόμη και από αμιγώς δημοσίους φορείς. Στον αντίποδα, η προσέγγιση αυτή ενδεχομένως θα δώσει το παράδειγμα για τη χρήση αυτής της οριζόντιας προσέγγισης σε άλλους κλάδους της κρατικής δραστηριότητας, όπου η σύγχρονη πραγματικότητα επιτάσσει τη σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα ή την χρήση κρατικών σχημάτων ιδιωτικού χαρακτήρα, με σκοπό την χρηστή και ορθολογικότερη χρήση των πόρων και την επίτευξη του μέγιστου δυνατού αποτελέσματος με το χαμηλότερο κόστος.

⁴². T-499/24, *Zdravniška Zbornica Slovenije κατά Επιτροπής*.