

Συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στα κοινωνικά συστήματα προστασίας της υγείας

Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη
Επ. καθηγήτρια Παν/μίου Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο «κοινωνικά συστήματα προστασίας της υγείας»¹ εννοούνται τα συστήματα στα οποία η υποβάθμιση της υγείας του ανθρώπου θεωρείται κοινωνικός κίνδυνος. Διακρίνονται:

α) Σε εθνικά συστήματα υγείας, δηλαδή συστήματα που καλύπτουν το σύνολο του πληθυσμού και χρηματοδοτούνται κυρίως από το Κράτος μέσω της φορολογίας (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία, Δανία, Φινλανδία, Σουηδία).

β) Σε συστήματα που στηρίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή καλύπτουν τους ασφαλισμένους των οργανισμών κοινωνικής ασφαλίσεως και χρηματοδοτούνται κυρίως από τους οργανισμούς αυτούς μέσω των εισφορών (π.χ. Γερμανία, Αυστρία, Γαλλία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες κ.λπ.).

γ) Σε συστήματα μεικτά στα οποία λειτουργεί μεν εθνικό σύστημα υγείας, αλλά χρηματοδοτείται και από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και από το κράτος (π.χ. Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία)².

Οι συμπράξεις στα κοινωνικά συστήματα προστασίας της υγείας εγείρουν δύο βασικά ερωτήματα στα οποία εστιάζεται η παρούσα εισήγηση: Πρώτον, εάν η ιδιαίτερη

* Το παρόν αποδίδει στην ελληνική εισήγηση που παρουσιάστηκε στην αγγλική με τον τίτλο «Public Private Partnerships in Social Healthcare Systems» στο ετήσιο συνέδριο του Ευρωπαϊκού Ινστιτούτου Κοινωνικής Ασφάλειας (European Institute of Social Security) που έγινε στην Αθήνα την 1^η και 2^η Οκτωβρίου 2009 με θέμα «Public Private Partnerships in Statutory Social Security».

¹ Social Healthcare Systems

² V. Xatzopoulos, “Health Law and Policy”J, “The Impact of the EU”, Selected Courses of the Academy of European Law, EUI/OUP 2003.

Κοινό σημείο όλων των κοινωνικών συστημάτων προστασίας της υγείας είναι η κοινωνική αλληλεγγύη (solidarity). Στην περίπτωση των εθνικών συστημάτων υγείας πρόκειται για εθνική αλληλεγγύη και συνοψίζεται σε ισότιμο δικαίωμα των πολιτών στη λήψη των κατάλληλων υπηρεσιών και αγαθών υγείας με την πληρωμή φόρων ανάλογων του εισοδήματος. Στην περίπτωση που η χρηματοδότηση γίνεται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς πρόκειται για αλληλεγγύη μεταξύ των μελών της ομάδας των ασφαλισμένων (εσωτερική) και συνοψίζεται σε ισότιμο δικαίωμα των ασφαλισμένων στην ασφαλιστική κάλυψη μέσω του ασφαλιστικού κεφαλαίου, το οποίο σχηματίζεται με εισφορές ανάλογες του εισοδήματος.

φύση της υγειοπροστατευτικής δραστηριότητας επιβάλλει τη θέσπιση ιδιαίτερου νομοθετικού καθεστώτος σε σχέση με το γενικό καθεστώς που ισχύει για τις συμπράξεις στους υπόλοιπους τομείς της διοικητικής δράσεως (Α.).

Δεύτερον, ποιες επιπτώσεις επιφέρει ο χαρακτηρισμός των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και των δημόσιων οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας ως επιχειρήσεων, κατά την εφαρμογή του ευρωπαϊκού δικαίου για την εσωτερική αγορά, τις κρατικές ενισχύσεις και τον ανταγωνισμό, στη νομική φύση των συμπράξεων (Β.).

Α. Χρειάζεται να θεσπισθεί εξειδικευμένο νομοθετικό καθεστώς για τις συμπράξεις στα κοινωνικά συστήματα προστασίας της υγείας.

1. Οι συμπράξεις από νομικής πλευράς δεν αποτελούν *ponum*³. Η έννοια των συμπράξεων δεν ορίζεται στο δίκαιο της ΕΕ, ωστόσο γίνεται δεκτό⁴ ότι αναφέρεται στις κάθε είδους συμβατικές σχέσεις μεταξύ των δημοσίων αρχών και των ιδιωτών σχετικά με την κατασκευή έργων ή την παροχή αγαθών και υπηρεσιών στους τομείς της διοικητικής δράσεως και ότι διακρίνονται δύο τύποι συμπράξεων:

α) Οι “θεσμοθετημένες” που συνίστανται είτε στη δημιουργία ενός νέου νομικού προσώπου στο οποίο συμμετέχει τουλάχιστον μια δημόσια αρχή και ένας ή περισσότεροι ιδιώτες είτε στη συμμετοχή σε ένα ήδη υφιστάμενο νομικό πρόσωπο μιας τουλάχιστον δημόσιας αρχής και ιδιωτών.

β) Οι “συμβατικές” με τις οποίες οι δημόσιες αρχές συνάπτουν συμβάσεις και αναθέτουν σε ιδιώτες την παροχή υπηρεσιών η αγαθών.

Τα χαρακτηριστικά των συμπράξεων δεν συνιστούν ιδιαίτερη νομική κατηγορία που εμπλουτίζει τις ήδη υφιστάμενες⁵. Η σύναψη συμβάσεων μεταξύ του

³ Η σχέση μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα όσον αφορά στους επιμέρους τομείς της διοικητικής δράσεως συναρτάται πρωτίστως με ιδεολογικές επιλογές και οικονομικές παραμέτρους και αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη ζητήματα που ρυθμίζει κάθε έννομη τάξη.

⁴ *Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων*, Πράσινη Βίβλος (Green Paper) σχετικά με τις συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα και το κοινοτικό δίκαιο των δημοσίων συμβάσεων και των συμβάσεων παραχώρησης, COM(2004) 327 τελικό.

⁵ Αναφέρονται στη βιβλιογραφία, βλ. *ενδεικτικά*, Σπ. Παναγόπουλος, «Το νέο θεσμικό πλαίσιο των συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα μετά τον Ν. 3389/2005», σ. 44, Α. Καϊδατζής, «Το πεδίο εφαρμογής των συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Συνταγματική θεώρηση ενόψει της νομολογίας του ΣτΕ», σ. 65. ως χαρακτηριστικά των συμπράξεων τα εξής:

- Η μεγάλη διάρκεια της σχέσεως μεταξύ των εταίρων.
- Η χρηματοδότηση του σχεδίου εν όλω ή εν μέρει από ιδιωτικά κεφάλαια (ίδια και δανειακά), χωρίς να αποκλείεται η μερική δημόσια χρηματοδότηση.

κράτους και εν γένει των δημόσιων αρχών και των ιδιωτών με αντικείμενο την κατασκευή δημόσιου έργου ή την παραχώρηση δημόσιας υπηρεσίας είναι από μακρότατου χρόνου γνωστή⁶. Ομοίως και η συμμετοχή δημόσιων αρχών και ιδιωτών σε μεικτές επιχειρήσεις⁷.

Το καινούργιο δεν είναι αυτές καθ' εαυτές οι συμπράξεις, αλλά ο στόχος τον οποίο σήμερα εξυπηρετούν. Η εγκαθίδρυση της ενιαίας αγοράς στην ΕΕ στηρίζεται στις ιδέες του ελεύθερου ανταγωνισμού, την προτεραιότητα της αγοράς ως μηχανισμού ρυθμίσεως των κοινωνικών σχέσεων και την παραδοχή ότι θα υπάρξουν πλεονεκτήματα για τους καταναλωτές σε όρους παραγωγικότητας, ποιότητας των υπηρεσιών και καινοτομίας. Σκοπός του κράτους και εν γένει των δημόσιων αρχών είναι πλέον η υποχώρηση από την επιχειρηματική και παραγωγική δραστηριότητα και ο περιορισμός τους στην εξουσιαστική δράση, δηλαδή στη ρύθμιση της συμπεριφοράς των διοικουμένων, και στην εκπλήρωση ορισμένων αποστολών, π.χ. άμυνα, δημόσια τάξη κ.λπ. Οι συμπράξεις συνεισφέρουν στην επίτευξη του παραπάνω στόχου επειδή:

- Στην περίπτωση που τα κράτη μέλη θεσπίζουν ειδική νομοθεσία, επέρχεται απλοποίηση και συστηματοποίηση των κατά κανόνα διάσπαρτων διατάξεων και

-
- Η αποπληρωμή συμβατικού ανταλλάγματος.
 - Ο επιμερισμός των κινδύνων του έργου. Κατά τη μεθοδολογία της Eurostat, μόνο στην περίπτωση που ο ιδιώτης εταίρος αναλαμβάνει μεγάλο μέρος των κινδύνων (και συγκεκριμένα τον κατασκευαστικό κίνδυνο και επιπλέον είτε τον κίνδυνο διαθεσιμότητας είτε τον κίνδυνο ζήτησης) οι υποχρεώσεις που αναλαμβάνει το Δημόσιο από τη σύμπραξη επιτρέπεται να μην προσμετρώνται στο δημόσιο χρέος της χώρας.
 - Ο αυξημένος ρόλος του ιδιωτικού εταίρου που μπορεί να συμμετέχει σε διάφορα στάδια του έργου (μελέτη, κατασκευή, χρηματοδότηση, διαχείριση κ.λπ.).
 - Η εφαρμογή του δικαίου της ΕΕ. Ειδικότερα εφαρμόζονται οι αρχές της ελευθερίας εγκατάστασης και ελεύθερης παροχής υπηρεσιών (άρθρα 43 και 49 της ΣΕΚ) και οι αρχές των δημόσιων συμβάσεων (διαφάνειας, αναλογικότητας, ίσης μεταχείρισεως των υποψηφίων, μη διάκρισης κ.λπ.).

⁶ Παραχώρηση δημόσιας υπηρεσίας ορίζεται η *ανάθεση επιχειρηματικής δραστηριότητας που έχει ως αντικείμενο την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών και την παροχή τους στο ευρύ κοινό για την ικανοποίηση βασικών αναγκών και η οποία αποτελεί δημόσια υπηρεσία με τη λειτουργική έννοια. Η παραχώρηση γίνεται με σύμβαση που κυρώνεται με νόμο ή εγκρίνεται με διοικητική πράξη, ή με διοικητική πράξη. Βλ. Επ. Σπηλιωτόπουλος, Εγχειρίδιο διοικητικού δικαίου, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, ¹¹2001, παράγρ. 379.*

⁷ Επ. Σπηλιωτόπουλος, Η δημόσια επιχείρηση, εκδ. Ι. Ζαχαρόπουλου, 1963, σ. 3. Ο συγγραφέας ορίζει την επιχείρηση μεικτής οικονομίας ως τη *σχέση μεταξύ του κράτους ή δημόσιου νομικού προσώπου αφ' ενός και ιδιωτών αφ' ετέρου ως προς ορισμένη επιχείρηση*. Επισημαίνει ότι κατά την ορθότερα άποψη χρειάζεται η συμμετοχή του Δημοσίου ή άλλων δημόσιων νομικών προσώπων τόσο στο κεφάλαιο όσο και στη διοίκηση του νομικού προσώπου που ασκεί την επιχείρηση και ότι σκοπός τους είναι πάντοτε η εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος. Αναφέρει επίσης ότι από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, αρχής γενομένης από το Ηνωμένο Βασίλειο, το κράτος και οι δημόσιες αρχές αναμείχθηκαν στην οικονομία με την παραγωγή αγαθών και την παροχή υπηρεσιών με δικές τους εμπορικές και βιομηχανικές επιχειρήσεις ή με τη συμμετοχή τους σε μεικτές επιχειρήσεις. Η οικονομική αυτή ανάμειξη επεκτάθηκε στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες σε νέους τομείς στο διάστημα μεταξύ των δύο παγκοσμίων πολέμων και μετά το 1945 τουλάχιστον μέχρι και τη δεκαετία του '80 περιέλαβε με τις εθνικοποιήσεις τους περισσότερους βασικούς κλάδους της οικονομίας

δημιουργούνται συνθήκες εμπιστοσύνης και ασφάλειας για την προσέλκυση εταιρών και από άλλα κράτη μέλη της ΕΕ.

- Θεωρείται ότι είναι οικονομικά αποδοτικότερες των παραδοσιακών δημόσιων συμβάσεων. Ορθότερο πάντως είναι τούτο να αποδεικνύεται με συγκεκριμένα οικονομικά στοιχεία⁸.

- Οι κυβερνήσεις μπορούν μέσω των συμπράξεων να εκτελούν έργα και να παρέχουν υπηρεσίες τα οποία θα απαιτούσαν την εκταμίευση μεγαλύτερου ποσού του προϋπολογισμού τους απ' όσο διαθέτουν. Τούτο όμως ισχύει, εφόσον το έργο ή η υπηρεσία μπορεί να χρηματοδοτηθεί χωρίς να αυξηθεί η δαπάνη των χρηστών κατά τρόπο που θα εμποδίζει ή περιορίζει την πρόσβασή τους στο έργο ή στις υπηρεσίες και εφόσον δεν επιβαρύνονται υπέρμετρα οι επόμενες γενεές.

2. Η ιδιαιτερότητα της υγειοπροστατευτικής δραστηριότητας συνίσταται:

α) Στο αντικείμενό της, β) στο ότι η λειτουργία της αγοράς είναι ατελής όσον αφορά στον καθορισμό της ζήτησης των αγαθών και υπηρεσιών υγείας και ως εκ τούτου είναι αναγκαία η κρατική παρέμβαση, προκειμένου να εξισορροπεί η προσφορά των υπηρεσιών υγείας με τη ζήτηση και γ) στο ότι ενεργοποιείται ο κοινωνικός τομέας της οικονομίας παράλληλα με τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Αναλυτικότερα:

α) Η υγειοπροστατευτική δραστηριότητα αναφέρεται στην αποκατάσταση και τη διατήρηση της ανθρώπινης υγείας και στην πρόληψη ώστε να μην υποβαθμισθεί αυτή⁹. Το αντικείμενό της, δηλαδή η ζωή και η υγεία του ανθρώπου, την διαφοροποιεί από τις λοιπές δραστηριότητες και υπηρεσίες.¹⁰ Υπό τις συνθήκες αυτές οι ρυθμίσεις σχετικά

⁸ Στη Γαλλία, για παράδειγμα, προϋπόθεση για τη σύμπραξη είναι η προηγούμενη αξιολόγηση των οικονομικών αποτελεσμάτων της σε σχέση με τις παραδοσιακές συμβάσεις, έτσι ώστε να προκύπτει ότι η σύμπραξη αποτελεί την καλύτερη λύση για την ικανοποίηση του δημόσιου συμφέροντος. Αντιθέτως, στην Ελλάδα ο ισχύων για τις συμπράξεις Ν. 3389/2005 δεν προβλέπει τέτοια υποχρέωση τεκμαίροντας προφανώς ότι οι συμπράξεις είναι σε κάθε περίπτωση επωφελέστερες των παραδοσιακών συμβάσεων.

9. B. Bonnici, *La politique de la santé en France*, εκδ. PUF, Que sais-je, ³2003, σ. 60, C. Évin, *Les droits des usagers du système de santé*, εκδ. Berger - Levrault, 2002, σ. 49.

10. J. Moreau, D. Truchet, *Droit de la santé publique*, εκδ. Dalloz, ⁶2004, σ. 6-9, Π. Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, *Το δημόσιο δίκαιο της υγείας*, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη 2009, παρ.10. Το δίκαιο της υγείας ως επιστημονικός κλάδος αναπτύσσεται τα τελευταία μόλις χρόνια και αυτό οφείλεται σε τρεις κυρίως λόγους: Στη σημασία που απέκτησε το δικαίωμα στην προστασία της υγείας μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, στην επικράτηση της ιδέας ότι η υγεία αποτελεί κρατική ευθύνη και στην έκταση και την ποικιλία των δυνατοτήτων, αλλά και των κινδύνων για την υγεία από τη χρήση των επιτευγμάτων της σύγχρονης επιστήμης και τεχνολογίας. Για παράδειγμα, η ραγδαία πρόοδος στη βιολογία, ιδίως στους κλάδους της βιοτεχνολογίας και της γενετικής, μπορεί να επιδρά ριζικά στην τροφική αλυσίδα και κατ' επέκταση στην ανθρώπινη υγεία. Η αποκρυπτογράφηση του ανθρώπινου γονιδιώματος, δηλαδή του συνόλου των γενετικών χαρακτηριστικών που βρίσκονται σε ένα κύτταρο, συμβάλλει στη διάγνωση και την αντιμετώπιση ασθενειών, οι οποίες πριν δεν μπορούσαν να θεραπευθούν, ενέχει όμως παράλληλα τον κίνδυνο της επιλογής ανθρώπινων ιδιοτήτων και χαρακτηριστικών κ.λπ

με την υγειοπροστατευτική δραστηριότητα πολλαπλασιάζονται και το κράτος και οι δημόσιες αρχές εστιάζουν στην εξουσιαστική διοίκηση, περιορίζοντας την ανάμιξή τους στην παρέχουσα διοίκηση.

Συχνά η υγειοπροστατευτική δραστηριότητα διαχωρίζεται σε κλινική και διοικητική και πολλές φορές υποστηρίζεται ότι η κλινική δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο συμπράξεων. Στην πράξη παρατηρείται ότι η νοσοκομειακή κλινική δραστηριότητα κατά κανόνα εξαιρείται των συμπράξεων. Υπάρχουν κάποιες εξαιρέσεις, όπως η Πορτογαλία και η Ισπανία. Στα νοσοκομεία οι συμπράξεις κατά κανόνα αφορούν στις υπηρεσίες καθαριότητας, απομάκρυνσης νοσοκομειακών αποβλήτων, σίτισης, φύλαξης κ.λπ. Αντιθέτως, όσον αφορά στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, κατά κανόνα οι ασφαλιστικοί οργανισμοί συνάπτουν συμβάσεις με φυσικά και νομικά πρόσωπα που έχουν ως κύριο αντικείμενο την κλινική δραστηριότητα, για παράδειγμα τη διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων, τη φυσιοθεραπεία κ.λπ. Επομένως δεν είναι η φύση της κλινικής δραστηριότητας που εμποδίζει τις συμπράξεις, αφού η κλινική εξωνοσοκομειακή δραστηριότητα κατά κανόνα αποτελεί αντικείμενο συμβατικών ρυθμίσεων, αλλά οι κρατούσες σε κάθε χώρα αντιλήψεις και ο τρόπος που το σύστημα έχει οργανωθεί.

β) Το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για την υγειοπροστατευτική δραστηριότητα είναι υψηλό σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ¹¹. Τα κοινωνικά συστήματα προστασίας της υγείας επιδιώκουν να παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας στους χρήστες με το μικρότερο δυνατό κόστος. Μέχρι στιγμής διακρίνονται δύο κατευθύνσεις: από τη μια η γαλλικής προελεύσεως έννοια της δημόσιας υπηρεσίας και της συνεργασίας του δημόσιου με τον ιδιωτικό κερδοσκοπικό και μη τομέα και από την άλλη η αγγλοσαξονικής εμπνεύσεως διείσδυση των κανόνων και των τεχνικών του ανταγωνισμού στην ΕΥΥ μέσω της ρύθμισης της προσφοράς και της ζήτησεως.

Η δημόσια υπηρεσία υπό λειτουργική έννοια γίνεται αντιληπτή ως αντικειμενικό όριο της κρατικής εξουσίας. Σύμφωνα με τον Duguít, η *κοινωνική αλληλεγγύη* και, σύμφωνα με τον Hautiou, το *κοινωνικό συμβόλαιο* αποτελούν το θεμέλιο για τον περιορισμό της κρατικής εξουσίας¹². Η κοινωνική αλληλεγγύη

11. Οι δαπάνες αυτές καταλαμβάνουν τη δεύτερη θέση στην ΕΕ και παρουσιάζουν ανησυχητικά αυξητικές τάσεις, εξαιτίας της ανόδου του προσδόκιμου επιβιώσεως, των ασθενειών της τρίτης ηλικίας και της αλματώδους προόδου της τεχνολογίας. Το πρόβλημα αυτό είχε επισημανθεί από τις αρχές της δεκαετίας του '90 από τον ΟΟΣΑ.

12. J. Chevallier, «Regards sur une évolution», AJDA, αφιέρωμα Service Public, Ιούνιος 1997, σ. 10.

βρίσκεται στη ρίζα των κοινωνικών στόχων που καθιστούν τις δημόσιες υπηρεσίες εγγύηση για την κοινωνική συνοχή, δηλαδή λόγο υπάρξεως του κράτους. Επομένως, μόνον οι δημόσιες υπηρεσίες μπορεί να ικανοποιήσουν τις γενικότερες ανάγκες της κοινωνίας και το κράτος εγγυάται το δημόσιο συμφέρον με την έκδοση γενικών και αφηρημένων κανόνων δικαίου.

Αντιθέτως, στα αγγλοσαξωνικά δίκαια επικρατεί η αντίληψη ότι οι γενικότερες ανάγκες της κοινωνίας μπορεί να ικανοποιηθούν από τη λειτουργία της αγοράς και, όπου αυτό δεν είναι δυνατό, από τις επιχειρήσεις γενικότερου οικονομικού συμφέροντος (public utilities). Το Κράτος δεν είναι παρά ο διαιτητής στις διενέξεις μεταξύ των καταναλωτών και των παραγωγών και οι κανόνες δικαίου προέρχονται πρωτίστως από το έθιμο και τη νομολογία.

Η λειτουργία της αγοράς μπορεί πράγματι να συμβάλλει στη ρύθμιση της προσφοράς των υπηρεσιών και των αγαθών υγείας μέσω του ανταγωνισμού μεταξύ των προσώπων που προσφέρουν τέτοιες υπηρεσίες και αγαθά. Δεν μπορεί όμως να συμβάλει στη ρύθμιση της ζήτησεως σε υπηρεσίες και αγαθά υγείας, διότι έχουμε να κάνουμε με μια *ατελή αγορά*¹³, δεδομένου ότι η ανάγκη προσδιορίζεται κατά κύριο λόγο από τους επαγγελματίες υγείας και όχι από τους χρήστες, οι οποίοι κατά κανόνα στερούνται των αναγκαίων επιστημονικών και τεχνικών γνώσεων για τη διαμόρφωση των επιλογών τους¹⁴. Η εγγενής αδυναμία λειτουργίας των κανόνων και των μηχανισμών της αγοράς στη διαμόρφωση της ζήτησεως των υπηρεσιών και των αγαθών υγείας από μόνη της δικαιολογεί την κρατική παρέμβαση, προκειμένου να εξισορροπήσει η προσφορά των υπηρεσιών υγείας με τη ζήτηση. Συνεπώς, ακόμη και αν η υγεία θεωρηθεί οικονομικό αγαθό, εξαιτίας αυτής της ιδιαιτερότητας της υγειοπροστατευτικής δραστηριότητας, η προσφυγή στην κρατική ρύθμιση καθίσταται αναγκαία για τη λειτουργία της αγοράς και συγκεκριμένα για τη διαμόρφωση της ζήτησεως σε υπηρεσίες και αγαθά υγείας.

13. Βλ. *J. Allsop*, Health Policy and the National Health Service, εκδ. Longman, 1985 ό.π., σ. 198, που παραπέμπει στον *B. Abel-Smith*, Value for Money in Health Services, εκδ. Heineman, London, 1976, κεφ. 4, *R Klein*, The Politics in the National Health Service, εκδ. Longman, 1983, σ. 153 κε, *J.-P. Dumont*, Les systèmes de protection sociale en Europe, εκδ. Economica, 1994, σ. 47 που χαρακτηρίζει παραστατικά τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας ως *αχμόλωτη*, επειδή η επιλογή του χρήστη κατευθύνεται κατά κανόνα από τον προμηθευτή υπηρεσιών και αγαθών υγείας.

14. Η από μακρού συμμετοχή των ιατρών στη διαδικασία λήψεως των αποφάσεων που αφορούν στο σύστημα υγείας (είτε με την εκπροσώπησή τους στα όργανα του νοσοκομείου και εν γένει των αποκεντρωμένων ή κεντρικών υπηρεσιών υγείας είτε με την κατοχύρωση του συμβουλευτικού ρόλου των επαγγελματιών τους οργανώσεων) εξηγείται από τη σημασία που αποδίδεται στις επιστημονικές τους γνώσεις και κρίσεις. Η συμμετοχή των άλλων επαγγελματιών υγείας γίνεται δεκτή με μεγάλη καθυστέρηση.

γ) Στα κοινωνικά συστήματα προστασίας της υγείας δραστηριοποιείται και ο αποκαλούμενος «τομέας της κοινωνικής οικονομίας» ή «τρίτος τομέας», ο οποίος δεν έχει κερδοσκοπικό χαρακτήρα, στηρίζεται στην αρχή της αλληλεγγύης και της μίας ψήφου ανά μέλος, παραγωγό, χρήστη ή καταναλωτή¹⁵. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και ο Διεθνής Οργανισμός Εργασίας (ΔΟΕ) εννοούν τις συμπράξεις ως συνεργασίες δημόσιων αρχών, επιχειρήσεων και του τομέα της κοινωνικής οικονομίας¹⁶. Αναπτύσσεται διεθνώς η ιδέα ότι οι “συμπράξεις δημοσίου, κοινωνικού και ιδιωτικού τομέα” (public social private partnerships PPSs) αποτελούν ιδιαίτερη κατηγορία των συμπράξεων. Η πρωτοτυπία αυτών συνοψίζεται στο ότι μη κερδοσκοπικές οργανώσεις συμπράττουν με δημόσιες αρχές και ιδιωτικές επιχειρήσεις για την επίτευξη ενός κοινωνικού σκοπού και εν προκειμένω για την βελτίωση της υγείας, ιδίως των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού¹⁷. Το βασικό πλεονέκτημα των συμπράξεων δημοσίου, κοινωνικού και ιδιωτικού τομέα είναι ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες δεν ρυθμίζονται από πάνω προς τα κάτω, αλλά σε συνεργασία με την κοινωνία των πολιτών¹⁸. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η συνεργασία του ΠΟΥ, της Phizer και του ιδρύματος Bill και Melinda Gates για την παρασκευή εμβολίων για χώρες της Αφρικής. Η ΕΕ χωρίς να αποκλείει ρητώς τον τομέα της κοινωνικής οικονομίας δεν δίδει καμία ώθηση σε τέτοιου τύπου συνεργασίες¹⁹. Επομένως το θεσμικό πλαίσιο δεν αξιοποιεί όλες τις διαθέσιμες δυνάμεις στον χώρο της υγείας. Βεβαίως, η αξιοποίηση του κοινωνικού τομέα της οικονομίας στις συμπράξεις προϋποθέτει διαδικασίες πιστοποίησης και αξιολόγησης της οικονομικής και κοινωνικής προσφοράς εκάστου κοινωνικού εταίρου και κυρίως τον συντονισμό της δράσεώς τους με τις δημόσιες αρχές και τις ιδιωτικές επιχειρήσεις καθώς και έλεγχο της δράσεώς τους. Το θέμα αυτό βρίσκεται στην ΕΕ και σε πολλά κράτη μέλη της στα σπάργανα.

3. Τα παραδείγματα του ΗΒ και της Γαλλίας

Το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου επιτρέπει σε οργανωμένες ομάδες ιατρών ή ακόμη και σε ασφαλιστικές εταιρείες να προμηθεύονται εξειδικευμένες

15. *A.-F. Camilleri.*, La protection sociale en Europe, εκδ. GLN Joly, 1993, σ. 336 κε.

16. *R. Widdus*, «Public – private partnerships for health: their main targets, their diversity, and their future directions», Bulletin of the WHO, 2001, 713 κε *M. Reich*, «Public-private partnerships for public health, Nature Medicine», τ. 6, 1990, σ. 619.

17. *M. Reich*, ibidem.

18. *Chr. Bovin*, «The Development of Public Private Partnerships at European level», EPPPL Review, 1/2006, p. 5.

19. Μάλιστα, η νομοθεσία ορισμένων κρατών μελών, π.χ. της Ελλάδας, αναφέρεται ρητώς σε επιχειρήσεις με αποτέλεσμα να αφήνει εκτός τον τομέα της κοινωνικής οικονομίας.

υπηρεσίες υγείας και να τις προσφέρουν για ένα χρονικό διάστημα στους συνδρομητές τους έναντι προκαθορισμένης τιμής που προκαταβάλλεται σε τακτικές δόσεις (Οργανισμοί Διατηρήσεως της Υγείας)²⁰. Οι ομάδες αυτές είτε παρέχουν υπηρεσίες είτε διαπραγματεύονται και προμηθεύονται νοσοκομειακές και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες από τρίτους (π.χ. ιατρούς, νοσοκομεία, ειδικά κέντρα κ.λπ). Η λειτουργία των Οργανισμών Διατηρήσεως της Υγείας ακυρώνει την έμφυτη τάση της υπερβολικής καταναλώσεως που χαρακτηρίζει κάθε σύστημα υγείας. Οι προμηθευτές υγείας προσφέρουν ελκυστικές τιμές και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, προκειμένου να προσελκύσουν και να διατηρήσουν τα μέλη τους.

Στη Γαλλία η υπό λειτουργική έννοια δημόσια υπηρεσία νοσοκομειακής περιθάλψεως²¹ επιτρέπει τη συνεργασία και κοινή αξιοποίηση του εξοπλισμού από τον δημόσιο, τον κοινωνικό και τον ιδιωτικό τομέα των υπηρεσιών υγείας. Τούτο ωφελεί το σύστημα υγείας, αφού με τη συνεργασία αποφεύγεται η υπερκάλυψη των κινδύνων και συνακόλουθα η σπατάλη πόρων, λαμβανομένου υπόψη ότι ο ιατρικός εξοπλισμός είναι συνήθως εξαιρετικά δαπανηρός. Ο διοικητικός έλεγχος, όσον αφορά στην καταλληλότητα της προσφοράς των ιδιωτικών και κοινωνικών υγειονομικών υπηρεσιών που συμμετέχουν στη δημόσια υπηρεσία υγείας, περιλαμβάνει την αδειοδότηση και τον έλεγχο της λειτουργίας.

Η υπό λειτουργική έννοια δημόσια υπηρεσία νοσοκομειακής περιθάλψεως υπερέχει των συμπράξεων, διότι οι τελευταίες αφορούν κατά κανόνα σε μεμονωμένο έργο και όχι στη συνεργασία και τον συντονισμό του ιδιωτικού με τον κοινωνικό και τον δημόσιο τομέα υπηρεσιών υγείας, ώστε να αποφεύγεται η σπατάλη των πόρων, π.χ. στις επενδύσεις σε ακριβό μηχανολογικό εξοπλισμό. Περαιτέρω, η συνεργασία εκτείνεται και στην καθιέρωση κοινού τρόπου χρηματοδότησεως των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, στη δημιουργία δομών που προάγουν τον συντονισμό του ιδιωτικού με τον δημόσιο τομέα²² και στην από κοινού παροχή υπηρεσιών στον

20. Οι Οργανισμοί Διατηρήσεως της Υγείας (Health Maintenance Organisations - HMOs), βλ. σχετικά Γ. Κυριόπουλος και Δ. Νιάκας, Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1991, σ. 25-27, J.-P. Dumont, ό.π., σ. 52, J.-J. Dupeyron., M. Borghetto, R. Lafore, R. Ruellan, Droit de la sécurité sociale, εκδ. Dalloz, σειρά Précis, ¹⁴2001, σ. 291 κε, J.-P. Chauchard, Droit de la sécurité sociale, εκδ. L.G.D.J., ³2001, σ. 260 κε, N. Destais, Le système de santé. Organisation et régulation, εκδ. L.G.D.J., 2003, σ. 212 κε.

²¹ Δηλαδή της δραστηριότητας των δημόσιων νομικών προσώπων ή και των ιδιωτών που λειτουργούν κατά παραχώρηση, που έχει ως αντικείμενο την παροχή αγαθών ή υπηρεσιών προς τους διοικούμενους για την ικανοποίηση βασικών αναγκών τους που καθορίζονται κάθε φορά από την έννομη τάξη.

22. M. Dupont, C. Bergoignan-Esper, C. Paire., Droit hospitalier, εκδ. Dalloz, 2007, σ. 35 κε., J.-P. Duprat., «La portée des normes dans le domaine de la biomédecine», RFAS 3/2002, σ. 248 κε. Ενδεικτικά, δημιουργούνται: α)

πληθυσμό, όπως για παράδειγμα με τη δημιουργία δικτύων υγείας²³. Επομένως, οι συμπράξεις, ακόμη και αν μετά συγκεκριμένη σύγκριση με τις παραδοσιακές δημόσιες συμβάσεις έχουν καλύτερα οικονομικά αποτελέσματα, και πάλι η συμβολή τους στο να μην καταστεί η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας αφόρητο δημοσιονομικό βάρος και να οργανωθούν κατά τρόπο που θα παρέχονται υψηλής ποιότητας υπηρεσίες στους χρήστες δεν είναι αρκετή.

Εν κατακλείδι, χρειάζεται η ανάπτυξη ευρωπαϊκής πολιτικής και ενδεχομένως καθεστώτος για τις συμπράξεις στα κοινωνικά συστήματα προστασίας της υγείας που να ανταποκρίνεται στη φύση της υγειοπροστατευτικής δραστηριότητας. Επιβάλλεται να αξιοποιηθούν και να συντονισθούν όλες οι διαθέσιμες δυνάμεις και ειδικότερα ο κοινωνικός τομέας της οικονομίας. Η υγεία, ακόμη και αν θεωρηθεί εμπορικό αγαθό, δεν μπορεί να ρυθμισθεί από την αγορά, όσον αφορά στη ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας. Οι ελλείψεις του νομοθετικού πλαισίου για τις συμπράξεις στις κοινωνικές υπηρεσίες υγείας εξηγούν τη μικρή ανάπτυξή τους στον τομέα αυτό. Η πλειονότητά τους αφορά στην κατασκευή υποδομών και δευτερευόντως την παροχή υπηρεσιών ενώ οι θεσμοθετημένες συμπράξεις είναι σχεδόν ανύπαρκτες. Απαιτείται επομένως η κρατική παρέμβαση για να ρυμισθεί η ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας και να εξισορροπήσει με την προσφορά.

Οι Περιφερειακές Ενώσεις για τη Δημόσια Υγεία (groupement régional de santé publique), με σκοπό να ενωθούν κάτω από την ομπρέλα αυτή όλοι οι αρμόδιοι για την προστασία της υγείας στην περιφέρεια, ώστε να υπάρξει συνοχή και αποτελεσματικότητα. Οι ενώσεις αποφασίζουν για τη χρηματοδότηση, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των περιφερειακών πλάνων για τη δημόσια υγεία. Βλ. και β) Οι Ομάδες Υγειονομικής Συνεργασίας (groupement de coopération sanitaire) είναι νομικά πρόσωπα είτε ιδιωτικού είτε δημοσίου δικαίου με μέλος τουλάχιστον ένα νοσοκομείο. Τα υπόλοιπα μέλη μπορεί να είναι ελεύθεροι επαγγελματίες ή ιατροκοινωνικές υπηρεσίες. Αποσκοπούν στη βελτίωση και την ανάπτυξη της δραστηριότητας των μελών τους. Μπορούν να διαθέτουν ή να διαχειρίζονται για λογαριασμό των μελών τους κοινές υποδομές, π.χ. ένα φαρμακείο εσωτερικό. γ) Οι Ενώσεις Οικονομικού Συμφέροντος (groupement d'intérêt économique) που είναι ΝΠΔΔ με αυτονομία νομική και οικονομική και ιδρύονται μέσω μιας σύμβασης μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νομικών προσώπων με σκοπό να ασκούν μαζί για περιορισμένη χρονική διάρκεια δραστηριότητες σχετικές με τη δημιουργία και τη διαχείριση του εξοπλισμού και των υπηρεσιών τους. Δεν μπορούν να παρέχουν θεραπείες και ιατρικές φροντίδες κ.λπ.

23. Τα δίκτυα υγείας έχουν σκοπό να διευκολύνουν την πρόσβαση στις φροντίδες, να συντονίζουν τη συνεχή και διεπιστημονική προσέγγιση και εκπαίδευση, να εξασφαλίζουν τη φροντίδα του ασθενή ανάλογα με τις ανάγκες του, την πρόληψη, την αξιολόγηση και τη συμμετοχή στις δράσεις της δημόσιας υγείας. Αποτελούνται από τα δίκτυα πειραματικών φροντίδων και τα δίκτυα των νοσοκομειακών φροντίδων. Σε αυτά συμμετέχουν δημόσια και ιδιωτικά νομικά πρόσωπα καθώς και επαγγελματίες υγείας. Η αμοιβή των συμμετεχόντων στα δίκτυα υγείας γίνεται εκ των προτέρων. Ρυθμίζονται ειδικότερα από τα άρθρα L. 6321, D 766.1.1. του Κώδικα Δημόσιας Υγείας και μπορεί να αποκτήσουν τη νομική μορφή του σωματείου. Βλ. *Fr Ponchon.*, La loi du 4 Mars 2002. La mise en pratique. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, εκδ. Berger-Levrault, 2003, σ. 70, *J. Moreau*., *D. Truchet D.*, ό.π., σ. 168, *Κ. Σουλιώτης*, Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα, εκδ. Παπαζήση, 2000, σ. 71, *Π. Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη*, Το δημόσιο δίκαιο της υγείας, ό.π., υποσημ. 403.

B) Η εννοιολογική διαμόρφωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας υπό την επίδραση της ευρωπαϊκής νομοθεσίας και νομολογίας για την εσωτερική αγορά, τις κρατικές ενισχύσεις και τον ανταγωνισμό

Στην ΕΕ η οργάνωση και η λειτουργία των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και των κοινωνικών συστημάτων προστασίας της υγείας αποτελεί αρμοδιότητα των κρατών-μελών²⁴. Ωστόσο οι διατάξεις για την εσωτερική αγορά έχουν επιτρέψει τη θέσπιση δεσμευτικών κανόνων δικαίου, προκειμένου είτε να διευκολυνθεί η ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων, των υπηρεσιών και των κεφαλαίων είτε αντίθετα να περιορισθεί χάριν προστασίας της δημόσιας υγείας. Οι διατάξεις αυτές καθώς και οι διατάξεις για τον ανταγωνισμό επιχειρήσεων, όπως στη συνέχεια σταδιακά εμπλουτίζονται και ερμηνεύονται από το ΔΕΚ, επηρεάζουν τα εθνικά συστήματα προστασίας της υγείας και ενίοτε προβληματίζουν όσον αφορά στην εφαρμογή της αρχής της επικουρικότητας²⁵. Το ερώτημα που τίθεται είναι αν τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας ασκούν οικονομική δραστηριότητα και είναι επιχειρήσεις. Στην περίπτωση αυτή οι συμπράξεις τους με τον ιδιωτικό τομέα αντιστοιχούν σε συμπράξεις ιδιωτών και δεν πρόκειται πλέον για συμπράξεις του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα της οικονομίας, παρά τα όσα τα εθνικά δίκαια μπορεί να ορίζουν. Εξετάζονται στη συνέχεια τα πορίσματα της νομολογίας του ΔΕΚ όσον αφορά στην ελεύθερη κυκλοφορία, τις κρατικές ενισχύσεις και τον ανταγωνισμό των κοινωνικών συστημάτων προστασίας της υγείας:

24. Κατά το άρθρο 152 της ΣΕΚ (169 ΣΛΕΕ), η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και η ρύθμιση των σχετικών θεμάτων ανήκει στην αρμοδιότητα των κρατών-μελών. Η Κοινότητα έχει συντρέχουσα με τα κράτη-μέλη αρμοδιότητα για τη θέσπιση μέτρων υψηλών προδιαγραφών για την ασφάλεια και την ποιότητα των οργάνων και των ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως, του αίματος και των παραγώγων του και του κτηνιατρικού και φυτοϋγειονομικού τομέα. Η συντρέχουσα αρμοδιότητα αναφέρεται περιοριστικά στους τομείς αυτούς. Η δράση της ΕΕ στους υπόλοιπους τομείς της δημόσιας υγείας μπορεί να έχει τη μορφή των υποστηρικτικών μέτρων (soft law), δηλαδή μέτρων μη δεσμευτικού χαρακτήρα τα οποία λαμβάνονται χωρίς να μεταβάλλεται η νομική της αρμοδιότητα. Προϋπόθεση για τη λήψη των υποστηρικτικών μέτρων είναι το κοινό συμφέρον της ΕΕ και των κρατών-μελών να επιβάλλουν την ενίσχυση και τη συμπλήρωση των εθνικών πολιτικών. Αυτό προβλέπεται από την παρ. 5 του άρθρου 152 της ΣΕΚ (169 ΣΛΕΕ), σύμφωνα με την οποία η δράση της Κοινότητας δεν επιτρέπεται να θίγει στο παραμικρό την οργάνωση και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περιθάλψεως. Η διάταξη αυτή, αν και μοιάζει με την αρχή της επικουρικότητας, εν τούτοις χρειάζεται να θεσπισθεί, επειδή η επικουρικότητα περιορίζεται στην έκδοση κανονιστικών πράξεων. Η διατύπωση της παραγράφου αυτής είναι ιδιαίτερα αυστηρή και επιτάσσει τη στενή ερμηνεία της αρμοδιότητας της ΕΕ για την ανάληψη δράσεων, εφόσον επηρεάζει την οργάνωση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας και ιατρικής περιθάλψεως. Επειδή το σύνολο των δράσεων της ΕΕ εν δυνάμει επηρεάζει τα συστήματα υγείας και την ιατρική περίθαλψη, είναι προφανές ότι τα περιθώρια δράσεως της ΕΕ εκ των πραγμάτων είναι πολύ περιορισμένα.

25. Στο χρονικό διάστημα 1958-1998 η Κοινότητα με βάση τις διατάξεις για την εσωτερική αγορά, εξέδωσε 233 Κανονισμούς, Οδηγίες, Αποφάσεις, Συστάσεις και Αποφάσεις του ΔΕΚ που επηρέασαν τα εθνικά συστήματα υγείας, βλ. *European Commission, Health and Consumer Protection DG, The Internal Market and Health Services Report, of the High Level Committee on Health, 17.12.2001, <http://www.europa.eu.int>, σ. 19.*

1. Όσον αφορά στην ελεύθερη κυκλοφορία η νομολογία, ανεξάρτητα του αν πρόκειται για εθνικό σύστημα υγείας ή ασφαλιστικό σύστημα :

α) Έχει επεκτείνει το δικαίωμα των ευρωπαίων πολιτών σε υπηρεσίες και αγαθά υγείας σε άλλα κράτη-μέλη της ΕΕ, δεχόμενο απευθείας την παράλληλη εφαρμογή του πρωτογενούς δικαίου για την ελεύθερη διακίνηση με το δευτερογενές δίκαιο και συγκεκριμένα με τον Κανονισμό 1408/1971, όπως ισχύει.

β) Έχει δεχθεί ότι οι ιατρικές υπηρεσίες και γενικότερα οι υπηρεσίες υγείας εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής των άρθρων 49 και 50 της ΣΕΚ για την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το αν παρέχονται εντός ή εκτός νοσοκομείου²⁶.

γ) Έχει δεχθεί ότι δεν απαιτείται ο χρήστης των υπηρεσιών να καταβάλλει ο ίδιος το αντάλλαγμα για να χαρακτηριστεί η νοσοκομειακή περίθαλψη ως οικονομική δραστηριότητα. Αρκεί το ότι ο ασφαλιστικός του οργανισμός έχει αναλάβει συμβατικά τη χρηματοδότηση της περίθαλψης με βάση προκαθορισμένο τιμολόγιο παροχής υπηρεσιών²⁷.

δ) Ομοίως έχει δεχθεί ότι οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται δωρεάν από εθνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτούμενο από τη φορολογία (Εθνική Υπηρεσία Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου) αποτελούν οικονομική δραστηριότητα που υπόκειται στις διατάξεις για την εσωτερική αγορά²⁸.

στ) Έχει δεχθεί ότι η υποχρεωτική ασφάλιση για τους κινδύνους εργατικού ατυχήματος και επαγγελματικής ασθένειας σε νομοθετικό καθεστώς κοινωνικής ασφαλίσεως πρέπει να είναι σύμφωνη με τα άρθρα 49 και 50 της ΣΕΚ. Επομένως πρέπει να εξετάζεται ad hoc:

1) Αν τυχόν το σύστημα της υποχρεωτικής υπαγωγής, εν προκειμένω της Γερμανίας, αποκλείει ή δυσχεραίνει τις εγκατεστημένες σε άλλα κράτη-μέλη ασφαλιστικές επιχειρήσεις που ασφαλίζουν τους ίδιους κινδύνους να προσφέρουν στην αγορά της Γερμανίας τις υπηρεσίες τους καθώς και αν αποθαρρύνει τις επιχειρήσεις που λειτουργούν στη Γερμανία να συνάπτουν συμβάσεις με ασφαλιστικές επιχειρήσεις από άλλα κράτη-μέλη²⁹.

²⁶ Ενδεικτικά, βλ. ECJ 286/1982 & 26/1983, *Luisi and Carbone*, ECR 1984, 377, ECJ C-159/1990, *Society for the protection of unborn children Ireland*, ECR 1991, I-4685, ECJ C-158/1996, *Kohl*, ECR 1998, I-01931 και C-120/95, *Decker*, ECR 1998, I-01831, C-368/1998 *Vanbraekel*, ECR 2001, I- Βλ. και *Πρ. Μαυρίδης*, «Υγειονομική περίθαλψη χωρίς σύνορα στην Ευρώπη», ΕΔΚΑ 4/1999, σ. 249

²⁷ ECJ C-157/1999, *Smits και Peerbooms*, ECR 2001, I-5473, ECJ C-385/1999, *Müller-Fauré and Van Riet*, ECR 2003, I- 04509.

²⁸ ECJ C-372/2004, *Watts*, ECR 2006, I-04325.

²⁹ ΔΕΚ C-350/2007, *Kattner Stahlau GmbH*.

2) Αν οι περιορισμοί αυτοί μπορούν να δικαιολογηθούν από επιτακτικούς λόγους δημοσίου συμφέροντος, π.χ. από τον κίνδυνο διαταράξεως της οικονομικής ισορροπίας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

Το σκεπτικό της απόφασης αυτής μπορεί κάλλιστα να μεταφερθεί και στην ασφάλιση της ασθένειας, εφόσον τεθεί θέμα συμβατότητας του καθεστώτος υποχρεωτικής υπαγωγής σε νομοθετικό καθεστώς ασφάλισης ασθένειας.

2. Στον τομέα των κρατικών ενισχύσεων η απόφαση για τις κρατικές ενισχύσεις με τη μορφή της αντιστάθμισης για την παροχή δημόσιας υπηρεσίας που εγκρίθηκε μετά το 2005 και συχνά αναφέρεται ως δέσμη μέτρων Altmark στηρίζεται στις εξής αρχές: Τα κράτη μέλη καθορίζουν ποιες είναι οι υπηρεσίες γενικού οικονομικού συμφέροντος. Επιτρέπεται με την πράξη ανάθεσης να αντισταθμίζεται όλο το καθαρό κόστος που επιφορτίζονται οι επιχειρήσεις που αναλαμβάνουν τις αποστολές αυτές. Για τις αντισταθμίσεις αυτές δεν χρειάζεται κοινοποίηση στην ΕΕ, εφόσον πρόκειται για μικρές επιχειρήσεις (με τζίρο μέχρι εκατό εκατομμύρια ευρώ) και το ύψος των αντισταθμίσεων είναι κατώτερο των τριάντα εκατομμυρίων Ευρώ ετησίως ή ακόμη και χωρίς όριο στην περίπτωση των τομέων της κοινωνικής στέγασης και των νοσοκομείων. Η Επιτροπή έχει επιφυλαχθεί μέχρι το τέλος του 2009 να επανεξετάσει το πλαίσιο αυτό, αν απαιτείται³⁰.

3. Μεγαλύτερα προβλήματα όμως έχουν γεννηθεί με την εφαρμογή των διατάξεων για τον ανταγωνισμό επιχειρήσεων στα κοινωνικά συστήματα προστασίας της υγείας και στους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης (άρθρα 81, 82, 86 της ΣΕΚ). Βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή των διατάξεων του ανταγωνισμού είναι τα εξεταζόμενα συστήματα ή οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης να είναι επιχειρήσεις³¹.

³⁰ Ανακοίνωση από την Επιτροπή προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο και την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών, Συνοδευτικό έγγραφο της ανακοίνωσης με τίτλο «Μια Ενιαία Αγορά για τον 21^ο αιώνα» Υπηρεσίες Γενικού Συμφέροντος, περιλαμβανομένων των κοινωνικών υπηρεσιών γενικού συμφέροντος: Μια νέα ευρωπαϊκή διάσταση, COM(2007) 525 τελικό.

³¹ Το πρωτογενές δίκαιο της ΕΕ καθιερώνει μαχητό τεκμήριο υπέρ του οικονομικού χαρακτήρα μιας δραστηριότητας. Εξετάζεται αν υπάρχει ανταγωνιστική αγορά εντός της οποίας ανταγωνίζονται περισσότερες επιχειρήσεις (συγκριτικό κριτήριο) και αν η συγκεκριμένη δραστηριότητα ασκείται στο πλαίσιο μιας αγοράς και υπό συνθήκες αγοράς. Συνεπώς, η κρατική συμμετοχή στην αγορά (παρέχουσα διοίκηση) αποτελεί κατά τεκμήριο οικονομική δραστηριότητα, ενώ αντιθέτως η ρύθμιση της αγοράς (εξουσιαστική διοίκηση) δεν αποτελεί. Από το τεκμήριο αυτό εξαίρονται οι δραστηριότητες που αποτελούν έκφραση του κρατικού *impetium*. Μεγάλη μερίδα της θεωρίας υποστηρίζει ότι και η κοινωνικού περιεχομένου δραστηριότητα εξαιρείται από την εφαρμογή του ευρωπαϊκού δικαίου για τον ανταγωνισμό επιχειρήσεων, επειδή αποτελεί έκφραση της κοινωνικής αλληλεγγύης.

α) Ως προς τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης: Αρχικά φάνηκε να επικρατεί η άποψη ότι δεν νοείται να είναι επιχειρήσεις³². Αργότερα όμως το ΔΕΚ δέχθηκε ότι κάτι τέτοιο μπορεί κάλλιστα να συμβαίνει, εφόσον βέβαια συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις³³. Η νομολογία του ΔΕΚ χαρακτηρίζει τον οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης που χορηγεί συνταξιοδοτικές παροχές χρησιμοποιώντας τα κριτήρια:

- της υποχρεωτικότητας/προαιρετικότητας³⁴,
- της αλληλεγγύης/ ανταποδοτικότητας³⁵ και
- του συστήματος χρηματοδότησης διανεμητικό/ κεφαλαιοποιητικό³⁶.

³² ΔΕΚ C-159, 160/199, συνεκδικασθείσες αποφάσεις *Poucet et Pistre*, ECR 1993, I-637.

³³ ΔΕΚ, C-67/1996, *Albany*, ECR, 1999, I-5751, ΔΕΚ, συνεκδικασθείσες αποφάσεις C-115/1997, C-117/1997 *Maatschappij κ.λπ.*, ECR 1999, I-6121, ΔΕΚ, C-222/98, *Henri van der Woude*, ECR 2000, I-07111, C-180/1998 – C-184/1998 *Pavel Pavlov*, ECR 2000, I- 06451, C-218/2000, *Cisal di Battistelo Venanzio & C. Sas*, εισήγηση του Γενικού Εισαγγελέα Jacobs, ECR 2002, I-00691, απόφαση του ΔΕΚ επί των υποθέσεων που συνεκδικάσθησαν C-264/2001, C-306/2001, C-354/2001 και C355/2001 *AOK Bundesverband, κ.λπ.*, Σ-2004, I-024493, C-205/2003, *FENIN*, Προτάσεις του Γενικού Εισαγγελέα P. Poiares Maduro, ECR 000 Βλ. σχετικά και *Συνοδινός Χ.*, «Όρια εφαρμογής του κοινοτικού δικαίου ανταγωνισμού στο χώρο της κοινωνικής ασφάλισης. Αμφιταλαντεύσεις στη νομολογία του ΔΕΚ. Σκέψεις με αφορμή τις αποφάσεις του ΔΕΚ *Albany*, *Brentjens* και *Maatschappij*», ΕΔΚΑ, 2000, σ. 881 κε. και *Π Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη*, Η επικουρική κοινωνική ασφάλιση στο κοινοτικό δίκαιο του ανταγωνισμού, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2002.

³⁴ Η θεωρία και η νομολογία του ΔΕΚ θεωρούν ότι η υποχρεωτικότητα ή η προαιρετικότητα, όσον αφορά στην υπαγωγή στην ασφάλιση, αποτελούν κριτήριο για την χαρακτηρισμό του οργανισμού ως επιχειρήσεως ή μη. Ωστόσο δεν διακρίνεται η ελεύθερη επιλογή του καθεστώτος από την ελεύθερη επιλογή του οργανισμού. Στην ιδιωτική ασφάλιση υπάρχει κατ' αρχήν αυτή η διπλή επιλογή και εξαιρετικός προβλέπεται η υποχρεωτική υπαγωγή, με ελεύθερη όμως πάντα επιλογή του ασφαλιστή. Αντιθέτως, στη διά νόμου κύρια και επικουρική κοινωνική ασφάλιση δεν προβλέπεται ελεύθερη επιλογή ούτε για το καθεστώς ούτε για τον οργανισμό. Τέλος, στη συμβατική επικουρική ασφάλιση προβλέπεται διπλή ελεύθερη επιλογή και κατ' εξαίρεση υποχρεωτική υπαγωγή στο καθεστώς και ελεύθερη επιλογή του οργανισμού. Κατά συνέπεια, η υποχρεωτικότητα ή η προαιρετικότητα αποτελούν συνέπεια της νομοθετικής ή συμβατικής προελεύσεως του καθεστώτος επικουρικής ασφάλισης.

³⁵ Το κριτήριο της εφαρμογής της αρχής της ανταποδοτικότητας ή της αλληλεγγύης, αποτελεί επίσης συνέπεια της νομοθετικής ή συμβατικής προελεύσεως του καθεστώτος επικουρικής ασφάλισης. Η ανταποδοτικότητα είναι αντιστρόφως ανάλογη της εθνικής κοινωνικής αλληλεγγύης. Όσο εγγύτερα βρισκόμαστε σε νομοθετικής προελεύσεως καθεστώτα κύριας ή επικουρικής ασφάλισης, τόσο μικρότερη σημασία έχει η αρχή της ανταποδοτικότητας. Επομένως, το κριτήριο της αλληλεγγύης αποτελεί συνέπεια και αποτέλεσμα της προελεύσεως του εξεταζόμενου καθεστώτος.

³⁶ Η θεωρία και η νομολογία του ΔΕΚ θεωρούν ότι το διανεμητικό σύστημα αποτελεί έκφραση της κοινωνικής αλληλεγγύης και για το λόγο αυτό τα καθεστώτα που το εφαρμόζουν εξαιρούνται από το δίκαιο περί ανταγωνισμού επιχειρήσεων. Αντιθέτως, τα καθεστώτα που εφαρμόζουν το κεφαλαιοποιητικό σύστημα δεν διαφέρουν σε τίποτε από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις. Η άποψη αυτή, όμως, υπεραπλουστεύει την έννοια της κεφαλαιοποίησεως. Τα κριτήρια αυτά κατ' ουσίαν παραπέμπουν στην προέλευση του καθεστώτος. Ειδικότερα, στα νομοθετικής προελεύσεως καθεστώτα επικουρικής ασφάλισης υπάρχει τεκμήριο υπέρ της εξαίρεσεως της δραστηριότητάς τους από τις διατάξεις του ευρωπαϊκού δικαίου περί ανταγωνισμού επιχειρήσεων, ενώ αντίθετα στα συμβατικής προελεύσεως καθεστώτα υπάρχει τεκμήριο υπέρ της εφαρμογής του ευρωπαϊκού δικαίου περί ανταγωνισμού. Η λειτουργία του τεκμηρίου επιβεβαιώνεται και στην περίπτωση των καθεστώτων που ιδρύθηκαν με ΣΣΕ. Οι οργανισμοί επικουρικής ασφάλισης που έχουν ιδρυθεί με ΣΣΕ παραμένουν επιχειρήσεις ακόμη και όταν το ρυθμιστικό πεδίο των ΣΣΕ επεκτείνεται με κανονιστικές αποφάσεις. Κρίσιμο, δηλαδή, στοιχείο παραμένει η συμβατική προέλευση και όχι η υποχρεωτικότητα που είναι συνέπεια της νομοθετικής επεμβάσεως.

Στην ουσία τους τα κριτήρια που χρησιμοποιεί το ΔΕΚ δεν είναι παρά αποτέλεσμα του νομοθετικού ή συμβατικού τρόπου συστάσεως κάθε καθεστώτος. Συνάγεται, λοιπόν, τεκμήριο και αυτό επιβεβαιώνεται από τη νομολογία του ΔΕΚ σύμφωνα με το οποίο: Ένα νομοθετικό καθεστώς δεν είναι επιχείρηση και δεν διέπεται από το ευρωπαϊκό δίκαιο περί ανταγωνισμού επιχειρήσεων. Αντιθέτως, ένα συμβατικής προελεύσεως καθεστώς, επειδή έχει όλα τα εννοιολογικά γνωρίσματα της ιδιωτικής ασφάλισης, είναι κατά το ευρωπαϊκό δίκαιο επιχείρηση. Το τεκμήριο είναι μαχητό και επιβεβαιώνεται από την υποχρεωτικότητα ή προαιρετικότητα του καθεστώτος που κρίνεται, την έκταση της κοινωνικής αλληλεγγύης ή της ανταποδοτικότητας και την εφαρμογή του διανεμητικού ή του κεφαλαιοποιητικού συστήματος.

β) Ως προς τα κοινωνικά συστήματα προστασίας της υγείας: Η αλληλεγγύη νοείται ως διασφάλιση της καθολικής προσβάσεως στις υπηρεσίες υγείας και εξάλειψη των διαφορών του πραγματικού κόστους για τις υπηρεσίες και τα αγαθά υγείας με την καθιέρωση μιας ενιαίας τιμής. Έτσι όταν οι υπηρεσίες και τα αγαθά υγείας παρέχονται δωρεάν δεν υπάρχει κανένας σύνδεσμος μεταξύ του κόστους της υπηρεσίας και του αγαθού υγείας με την καταβαλλόμενη από τον χρήστη τιμή³⁷.

- Στην περίπτωση που οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται αποκλειστικά από κρατικές ή ελεγχόμενες από το κράτος υπηρεσίες, τότε έχουν αμιγώς κοινωνικό χαρακτήρα και κατ' αρχήν δεν εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής των διατάξεων για την αγορά και τον ανταγωνισμό.
- Αντιθέτως, στην περίπτωση που οι δημόσιες υπηρεσίες παρέχονται παράλληλα με τις ιδιωτικές, τότε εφαρμόζεται το άρθρο 86 παρ. 2 ΣΕΚ, σύμφωνα με το οποίο οι επιχειρήσεις γενικότερου οικονομικού συμφέροντος μπορεί να εξαιρεθούν από την εφαρμογή του ευρωπαϊκού δικαίου για τον ανταγωνισμό των επιχειρήσεων υπό δύο προϋποθέσεις: τους στενούς δεσμούς της επιχείρησης με το Κράτος και τη σπουδαιότητα της συγκεκριμένης οικονομικής δραστηριότητας για την κοινωνία.

Ειδικότερα, το ΔΕΚ έχει κρίνει ότι:

1) Οι μη κερδοσκοπικές ενώσεις προσώπων που παρέχουν υπηρεσίες ιατρικής βοήθειας και συγκεκριμένα ασθενοφόρου και πληρώνονται από τους χρήστες και από το δημόσιο (για την υποδομή) ασκούν οικονομική δραστηριότητα³⁸.

³⁷ Γνώμη του Γενικού Εισαγγελέα, P. Maduro, στην υπόθεση ΔΕΚ C-205/2003, *FENIN*, ECJ C-205/2003, ECR, I-06295, σκέψη 31.

³⁸ ECJ C-475/1999, *Glöckner*, ECR 2001, I-8080

2) Οι αυτοαπασχολούμενοι ιατροί ασκούν οικονομική δραστηριότητα που υπόκειται στις διατάξεις για την εσωτερική αγορά³⁹.

3) Οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης ασθένειας της Γερμανίας όταν καθορίζουν το ανώτατο ποσό που πληρώνουν τα φάρμακα δεν αποτελούν επιχειρήσεις⁴⁰, διότι:

- δεν λειτουργούν υπό συνθήκες αγοράς,
- δεν ανταγωνίζονται μεταξύ τους ούτε με τις ιδιωτικές επιχειρήσεις ως προς τις εκ του νόμου υποχρεωτικές παροχές περιθάλψεως ή φαρμάκων που αποτελούν το κύριο αντικείμενο της λειτουργίας τους και
- καθορίζουν τις τιμές των φαρμάκων με βάση τα κριτήρια που θέτει ο νόμος (διαχειριστική πράξη στο πλαίσιο του γερμανικού συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως)

4) Το ισπανικό εθνικό σύστημα υγείας που χρηματοδοτείται από τις εισφορές των ασφαλισμένων και τη φορολογία και καλύπτει το σύνολο των ασφαλισμένων παρέχοντας υπηρεσίες υγείας δεν ασκεί οικονομική δραστηριότητα αγοράζοντας ιατρικά εργαλεία από επιχειρήσεις, τα οποία εν συνεχεία χρησιμοποιεί για την περίθαλψη των ασθενών⁴¹.

Στην υπόθεση αυτή ένωση επιχειρήσεων ειδών υγιεινής (FENIN) υποστήριζε ότι η μεγάλη καθυστέρηση των πληρωμών των μελών της συνιστά κατάχρηση της δεσπόζουσας θέσεως των οργανισμών που διαχειρίζονται το ΕΣΥ και αντίκειται στις διατάξεις για την προστασία του ανταγωνισμού. Το Πρωτοδικείο και εν συνεχεία το ΔΕΚ δέχθηκαν ότι η προσφορά αγαθών ή υπηρεσιών σε δεδομένη αγορά είναι αυτό που χαρακτηρίζει την έννοια της οικονομικής δραστηριότητας και όχι η δραστηριότητα της αγοράς αυτή καθ'εαυτή. Επομένως δεν διαχωρίζεται η αγορά των ιατρικών εργαλείων από τη χρήση για την οποία προρίζεται το φάρμακο και ο χαρακτηρισμός της δραστηριότητας ως οικονομικής ή μη εξαρτάται από τη χρήση για την οποία προορίζονται τα αγαθά υγείας.

Πάντως στην υπόθεση αυτή απορρίφθηκε ως απαράδεκτος και επομένως δεν εξετάστηκε στην ουσία του ο επικουρικός, αλλά λογικά πρότερος, ισχυρισμός της

³⁹ ΔΕΚ P. Pavlov, ό.π., Οι αυτοαπασχολούμενοι ειδικευμένοι ιατροί είναι επιχειρηματίες, διότι διεξάγουν οικονομική δραστηριότητα έναντι αμοιβής. Ειδικότερα, παρέχουν υπηρεσίες στην αγορά των σχετικών υπηρεσιών, πληρώνονται από τους ασθενείς για τις υπηρεσίες τους αυτές και υπόκεινται στους οικονομικούς κινδύνους κατά την άσκηση των δραστηριοτήτων τους.

⁴⁰ ECJ C-264/2001, C-306/2001, C-354/2001, C-355/2001 AOK Bundesverband, ECR 2004, I-02493.

⁴¹ Court of First Instance T-319/199 FENIN, ECR II 00357, ECJ C-205/2003, ό.π. που απέρριψε την αναίρεση της Fenin.

FENIN ότι η δραστηριότητα αγοράς υγειονομικών αγαθών είναι οικονομική φύσεως, επειδή η μεταγενέστερη παροχή ιατρικών φροντίδων είναι οικονομικής φύσεως.

Για τον ισχυρισμό αυτό υπήρχε θετική γνώμη του Γενικού Εισαγγελέα, σύμφωνα με την οποία στο ισπανικό σύστημα υγείας θα έπρεπε να διακριθεί η παροχή υπηρεσιών ασφάλισης ασθένειας από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Στην περίπτωση της ασφάλισης ασθένειας δεν τίθεται θέμα ανταγωνισμού, αφού προέχει το κριτήριο της αλληλεγγύης και ως εκ τούτου η δραστηριότητα χαρακτηρίζεται αμιγώς κοινωνική. Αντίθετα, στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας θα έπρεπε να εξετασθεί αν οι ανάγκες της αγοράς ικανοποιούνται πλήρως από τους κρατικούς φορείς ή αν συμμετέχουν και ο ιδιωτικός τομέας υγείας και στην περίπτωση που συμμετέχει και ο ιδιωτικός τομέας να χαρακτηριστεί οικονομική.

Συνοψίζοντας την προαναφερθείσα νομολογία του ΔΕΚ προκύπτουν τα εξής:

1. Τα κράτη-μέλη έχουν αρμοδιότητα να ρυθμίζουν την οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας και κοινωνικής ασφάλισης. Η αρμοδιότητα αυτή ελέγχεται δικαστικά ως προς την τυχόν αντίθεσή της με τις διατάξεις για την εσωτερική αγορά και τον ανταγωνισμό. Επομένως, η υποχρεωτική υπαγωγή σε νομοθετικό καθεστώς ασφάλισης μπορεί να αντίκειται στις διατάξεις για την εσωτερική αγορά ή/και στις διατάξεις για τον ανταγωνισμό επιχειρήσεων.

2. Στα κοινωνικά συστήματα προστασίας της υγείας η καθολική πρόσβαση, δηλαδή η αλληλεγγύη δεν έχει σχέση αυτό καθ'εαυτό με την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών αλλά με την ασφαλιστική ή φορολογική κάλυψη του κινδύνου. Επομένως θα πρέπει να διαχωρίζεται η ασφαλιστική δραστηριότητα από την υγειοπροστατευτική. Η ασφαλιστική δραστηριότητα κινείται εκτός του ευρωπαϊκού δικαίου για την εσωτερική αγορά και τον ανταγωνισμό, εφόσον προέχει η κοινωνική αλληλεγγύη και ο κρατικός έλεγχος.

3. Η παροχή ιατρικών υπηρεσιών και εν γένει υπηρεσιών υγείας συνιστά οικονομική δραστηριότητα, ιδίως όταν οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται ταυτόχρονα και από τον δημόσιο και από τον ιδιωτικό τομέα. Η παραπάνω απόφαση του ΔΕΚ FENIN δεν έκρινε το ζήτημα αν η αγορά ιατρικού εξοπλισμού συνιστά οικονομική δραστηριότητα, επειδή χρησιμοποιείται στην παροχή ιατρικών φροντίδων (οικονομική δραστηριότητα). Ωστόσο, το θέμα πιθανολογείται ότι θα επανέλθει, διότι δεν είναι ασύνηθες φαινόμενο εθνικά συστήματα υγείας να εκμεταλλεύονται τη δεσπόζουσα

θέση τους στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, π.χ. καθυστερώντας υπερβολικά τις πληρωμές στους προμηθευτές τους.

4. Οι ιατρικές υπηρεσίες μπορεί να παρέχονται και από τον δημόσιο και από τον ιδιωτικό τομέα. Στην περίπτωση αυτή η τυχόν προνομιακή μεταχείριση του δημόσιου τομέα ή των ιδιωτικών φορέων που διαχειρίζονται το σύστημα για λογαριασμό του στο μέτρο που δεν δικαιολογείται με βάση το άρθρο 86 παρ. 2 θίγει τον ανταγωνισμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Η φύση της υγειοπροστατευτικής δραστηριότητας και ο σκοπός της παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας με ανεκτό δημοσιονομικά κόστος επιβάλλουν την επεξεργασία και εισαγωγή ιδιαίτερου θεσμικού πλαισίου για τις συμπράξεις του δημόσιου, του κοινωνικού και του ιδιωτικού τομέα των υπηρεσιών υγείας.

2. Τα τελευταία χρόνια η κοινωνική ασφάλιση και οι κοινωνικές υπηρεσίες αποτελούν το αντικείμενο συζητήσεων και προβληματισμού, κυρίως επειδή η επιδίωξη μεγαλύτερης συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα εντείνει τις δυσκολίες στην εφαρμογή των κανόνων για την εσωτερική αγορά, τον ανταγωνισμό και τις κρατικές ενισχύσεις και δημόσιες συμβάσεις⁴². Η νομολογία του ΔΕΚ επιφέρει μια οιοσδήποτε εναρμόνιση στο δίκαιο της κοινωνικής προστασίας, διότι οδηγεί στην καθιέρωση κοινών αξιών, εννοιών, κανόνων και ορολογίας⁴³. Επίσης, είναι συχνά μοχλός για τη θέσπιση ευρωπαϊκών ρυθμίσεων. Ωστόσο το αν και υπό ποιές προϋποθέσεις τα κοινωνικά συστήματα προστασίας της υγείας αποτελούν επιχειρήσεις γενικού οικονομικού συμφέροντος είναι ζήτημα εξαιρετικά λεπτό και καθόλου προφανές.

3. Η σύνθεση των πορισμάτων της νομολογίας του ΔΕΚ και των αντίθετων για το θέμα αυτό απόψεων των κρατών-μελών και της θεωρίας οδηγεί στη μελλοντική επεξεργασία ιδιαίτερου καθεστώτος για τις επιχειρήσεις κοινωνικού γενικού συμφέροντος στην ΕΕ συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας. Ο νομοθετικός καθορισμός των κριτηρίων διακρίσεως των οικονομικού χαρακτήρα

42 *Commission of the European Communities*, Communication from the Commission, Implementing the Community Lisbon Programme: Social Services of General Interest in the European Union, COM 2006, 177 final, Ανακοίνωση από την Επιτροπή προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο, την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών, Συνοδευτικό έγγραφο της ανακοίνωσης με τίτλο «Μια ενιαία αγορά για τον 21ο αιώνα, Υπηρεσίες γενικού συμφέροντος, περιλαμβανομένων των κοινωνικών υπηρεσιών γενικού συμφέροντος: Μια νέα ευρωπαϊκή δέσμευση, COM, 2007, 724 τελικό.

43 *Α. Στεργίου*, Ο κοινοτικός δικαστής και ο συντονισμός των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας, εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1997, σ. 16.

επιχειρήσεων κοινωνικού γενικού συμφέροντος θα συνέβαλε στην ασφάλεια δικαίου και συνακόλουθα στην ανάπτυξη των συμπράξεων μεταξύ του δημοσίου, του κοινωνικού και του ιδιωτικού τομέα των υπηρεσιών υγείας. Στην περίπτωση που τα ταμεία της κοινωνικής ασφάλισης και οι οργανισμοί που παρέχουν υπηρεσίες και αγαθά υγείας ασκούν οικονομική δραστηριότητα και είναι επιχειρήσεις κατά το ευρωπαϊκό δίκαιο για την εσωτερική αγορά και τον ανταγωνισμό, τότε οι συμβάσεις που συνάπτουν με τον ιδιωτικό τομέα δεν έχουν τα χαρακτηριστικά της συμπράξεων των συμπράξεων ιδιωτικού με δημόσιο τομέα. Πρόκειται για συμπράξεις ιδιωτικών επιχειρήσεων. Το ευρωπαϊκό δίκαιο αναδεικνύεται έτσι καθοριστικός παράγοντας για τον προσδιορισμό της νομικής φύσεως των συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου στα κοινωνικά συστήματα προστασίας της υγείας.

4. Πολύ επιγραμματικά, χρειάζεται να θεσπισθεί ειδικό καθεστώς για τις συμπράξεις δημοσίου, κοινωνικού και ιδιωτικού τομέα καθώς και για τις επιχειρήσεις γενικότερου κοινωνικού συμφέροντος, προκειμένου τα κοινωνικά συστήματα προστασίας της υγείας να επιτύχουν τον στόχο της παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών και αγαθών υγείας με ανεκτό κόστος.