ROZHODNUTÍ KOMISE (EU) 2015/248

ze dne 15. října 2014

o opatřeních SA.23008 (2013/C) (ex 2013/NN), která Slovenská republika zavedla ve prospěch společností Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (SZP) a Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VZP)

(oznámeno pod číslem C(2014) 7277)

(Pouze slovenské znění je závazné)

(Text s významem pro EHP)

EVROPSKÁ KOMISE,

s ohledem na Smlouvu o fungování Evropské unie (dále jen „SFEU“), a zejména na čl. 108 odst. 2 první pododstavec této smlouvy,

s ohledem na Dohodu o Evropském hospodářském prostoru, a zejména na čl. 62 odst. 1 písm. a) této dohody,

poté, co vyzvala zúčastněné strany k podání připomínek v souladu s výše uvedenými ustanoveními ([1]),

vzhledem k těmto důvodům:

1. POSTUP

(1) Komise dne 2. dubna 2007 obdržela dopis, jímž soukromý poskytovatel zdravotního pojištění Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s. (dále jen „pojišťovna Dôvera“ nebo „stěžovatel“) podal stížnost na údajné opatření státní podpory, jež byla dne 26. ledna 2006 poskytnuta státnímu poskytovateli zdravotního pojištění, společnosti Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s. (dále jen „SZP“), formou zvýšení základního kapitálu SZP o 450 mil. SKK (přibližně 15 mil. EUR).

(2) Komise zaslala dne 21. srpna 2009 Slovenské republice žádost o poskytnutí informací. Po prodloužení lhůty na odpověď poskytly slovenské orgány požadované informace dne 24. září 2009.

(3) Komise svým dopisem ze dne 26. února 2010 požádala Slovenskou republiku o poskytnutí dalších informací o této kapitálové injekci a požádala o vysvětlení slovenského systému vyrovnávání rizik („Risk equalisation scheme“, dále jen „RES“) – dalšího opatření, které by mohlo být označeno za státní podporu. Dopisem ze dne 25. března 2010 slovenské orgány požádaly o prodloužení lhůty na odpověď a Komise této žádosti vyhověla dopisem ze dne 31. března 2010. Komise dne 16. června 2010 Slovenskou republiku upomenula o předložení informací a slovenské orgány na tuto žádost odpověděly dopisem ze dne 9. července 2010. V souladu s žádostí Komise zaslanou dopisem ze dne 4. listopadu 2010 poskytla Slovenská republika dne 3. prosince 2010 verzi této odpovědi, která nemá důvěrný charakter.

(4) Pojišťovna SZP se dne 1. ledna 2010 sloučila s druhým státním poskytovatelem zdravotního pojištění ve Slovenské republice, se společností Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. (dále jen „VšZP“). Na tyto dvě státem vlastněné akciové společnosti byly v období od roku 1998 minimálně až do roku 2005 převáděny pojistné kmeny jiných zdravotních pojišťoven.

(5) Na dvou schůzkách zástupců Komise a pojišťovny Dôvera, které se uskutečnily ve dnech 10. října 2010 a 15. března 2011, se diskutovalo o předmětu stížnosti a o fungování odvětví zdravotního pojištění na Slovensku. Pojišťovna Dôvera dne 15. července 2011 poskytla doplňující informace o povaze odvětví zdravotního pojištění na Slovensku a rozšířila rozsah své stížnosti o tři nová opatření, jež byla SZP a VšZP údajně poskytnuta: i) splacení dluhu SZP, jež v letech 2004–2005 provedla ve dvou splátkách ve výši 52,7 mil. EUR a 28 mil. EUR státní společnost Veriteľ a.s.; ii) dotace poskytnutá SZP v roce 2006 ministerstvem zdravotnictví ve výši 7,6 mil. EUR a iii) státem financované zvýšení základního kapitálu VšZP o 65,1 mil. EUR ke dni 1. ledna 2010. Komise tedy vyzvala slovenské orgány, aby se vyjádřily ke stížnosti rozšířené o tato nová tvrzení. Po prodloužení lhůty na odpověď předložily slovenské orgány své připomínky dopisem ze dne 11. listopadu 2011.

([1]) Úř. věst. C 278, 26.9.2013, s. 28.

(6) Po schůzce se zástupci útvarů Komise dne 15. prosince 2011 poskytla pojišťovna Dôvera dopisem ze dne 16. ledna 2012 další informace o povaze vnitrostátního odvětví zdravotního pojištění.

(7) Komise dopisem ze dne 2. července 2013 oznámila Slovenské republice, že zahájila formální vyšetřovací řízení podle čl. 108 odst. 2 Smlouvy („rozhodnutí o zahájení řízení"). Rozhodnutí o zahájení řízení bylo zveřejněno v *Úředním věstníku Evropské unie* ([2]) a zúčastněné strany v něm byly vyzvány k podání připomínek.

(8) Dopisem ze dne 24. července 2013 slovenské orgány požádaly o prodloužení lhůty k předložení připomínek k rozhodnutí o zahájení řízení a Komise této žádosti vyhověla dopisem ze dne 30. července 2013. Své připomínky k rozhodnutí o zahájení řízení předložila Slovenská republika dopisem ze dne 27. srpna 2013.

(9) Připomínky k rozhodnutí o zahájení řízení obdržela Komise od pěti třetích stran: institutu Inštitút pre ekonomické a sociálne reformy (INEKO) dopisem ze dne 15. října 2013, společnosti Union zdravotná poisťovňa a.s. (dále jen „pojišťovna Union") dopisem ze dne 25. října 2013, institutu Health Policy Institute (HPI) dopisem ze dne 28. října 2013, sdružení Združenie zdravotných poisťovní SR (ZZP) dopisem ze dne 28. října 2013 a od pojišťovny Dôvera dopisem ze dne 11. listopadu 2013.

(10) Slovenským orgánům byly tyto připomínky postoupeny dopisy ze dne 20. listopadu a 20. prosince 2013. Slovenské orgány dne 20. prosince 2013 požádaly o prodloužení lhůty na odpověď na tyto připomínky do 31. ledna 2014 a Komise této žádosti ještě tentýž den vyhověla. Odpověď na připomínky třetích osob k rozhodnutí o zahájení řízení předložilo Slovensko dopisem ze dne 29. ledna 2014.

(11) Dne 2. dubna 2014 proběhla schůzka mezi zástupci útvarů Komise a slovenských orgánů.

(12) Komise dne 11. dubna 2014 a 25. srpna 2014 zaslala doplňující žádosti o informace, na něž Slovensko odpovědělo dopisy ze dne 15. května 2014 a 27. srpna 2014.

2. **SOUVISLOSTI**

2.1. VÝVOJ SYSTÉMU POVINNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ NA SLOVENSKU

(13) V roce 1994 se na Slovensku změnil unitární systém jedné státní zdravotní pojišťovny na pluralitní model, v němž mohou působit veřejné i soukromé subjekty. Rozsáhlou reformou tvořenou zákony č. 581/2004 Z. z. a č. 580/2004 Z. z., jež nabyly účinnosti dne 1. ledna 2005 (dále jen „reforma z roku 2005"), se změnila pravidla rozdělování vybraných příspěvků na zdravotní pojištění, ale i právní forma všech pojišťoven (státních či soukromých) z právnických osob *sui generis* na akciové společnosti (tj. akciové společnosti soukromého práva zaměřené na dosahování zisku). Byl zřízen nezávislý regulační orgán, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (dále jen „ÚDZS"), účelem jehož činnosti je vydávat povolení a vykonávat dohled nad tím, zda pojišťovny dodržují platné právní předpisy. V podstatě byly tyto reformy navrženy tak, aby přispěly k lepší efektivitě využívání dostupných prostředků a vyšší kvalitě poskytování zdravotní péče ([3]).

(14) Všechny zdravotní pojišťovny ve Slovenské republice – veřejné i soukromé subjekty – poskytují povinné zdravotní pojištění slovenským rezidentům ([4]). Možnost poskytovat individuální zdravotní pojištění podle zákona č. 580/2004 Z. z. jako doplněk k základnímu balíčku poskytovanému na základě povinného zdravotního

([2]) Viz poznámka pod čarou 1.

([3]) Viz též zpráva z roku 2004: Hlavačka, S., Wágner, R., Riesberg, A.: Health care systems in transition: Slovakia (Systémy zdravotnictví ve fázi přechodu: Slovensko) (sv. 6 č. 10 2004), s. 36 a násl., kterou vydalo Evropské středisko pro sledování zdravotnických systémů a politik (k dispozici na adrese: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf), zejména s. 99.

([4]) Podle § 3 zákona č. 580/2004 Z. z. musí mít každá fyzická osoba, která má trvalý pobyt na území Slovenské republiky, veřejné zdravotní pojištění v rámci systému zdravotního pojištění. V zákoně jsou stanoveny výjimky, ale jen pro osoby zdravotně pojištěné v jiných státech. Uvedené ustanovení § 3 vymezuje též okruh osob, jež musí mít veřejné zdravotní pojištění, přestože nemají na území Slovenské republiky trvalý pobyt. V tomto rozhodnutí se pojem „slovenský rezident" vztahuje podle okolností na všechny kategorie osob, jež musí mít veřejné zdravotní pojištění.

pojištění zůstala okrajovou záležitostí vzhledem k širokému pojistnému krytí, jež poskytuje povinný systém ([5]). Navíc byl v roce 2005 přijat zákon, jímž byla pro všechny zdravotní pojišťovny zavedena možnost poskytovat dobrovolné zdravotní pojištění ([6]) pro osoby, na něž se nevztahuje povinné zdravotní pojištění.

(15) V roce 2007 byl přijat zákon č. 530/2007 Z. z., kterým se změnil zákon č. 581/2004 Z. z. a na jehož základě bylo zdravotním pojišťovnám působícím v odvětví povinného zdravotního pojištění s účinností od 1. ledna 2008 zakázáno vyplácet zisk formou dividend, čímž jim byla uložena povinnost reinvestovat dosažené zisky do slovenského zdravotního systému. V důsledku toho nemohly zdravotní pojišťovny od ledna 2008 rozdělovat žádný zisk. Ústavní soud Slovenské republiky však 26. ledna 2011 konstatoval, že zákaz rozdělování zisku je neslučitelný s několika ustanoveními slovenské ústavy. V návaznosti na tento rozsudek slovenské orgány v červenci 2011 změnily zákon č. 530/2007 Z. z. zákonem č. 250/2011 Z. z. s cílem opětovně umožnit poskytovatelům zdravotního pojištění rozdělovat (svým akcionářům) zisk dosažený v rámci činnosti povinného zdravotního pojištění za předpokladu, že budou splněny určité podmínky ([7]). V důsledku těchto změn právních předpisů Komise v prosinci 2011 zastavila řízení o porušení právních předpisů o vnitřním trhu v souvislosti s omezením rozdělování zisků ([8]).

(16) Slovenské orgány dne 31. října 2012 schválily projektový plán zavedení unitárního neziskového systému povinného zdravotního pojištění ve Slovenské republice, který by měl být zaveden buď prostřednictvím dobrovolného odkupu soukromých zdravotních pojišťoven (do 1. ledna 2014), nebo prostřednictvím jejich vyvlastnění (do 1. července 2014), čímž by se měla vytvořit jediná (státní) zdravotní pojišťovna ([9]). Do přijetí tohoto rozhodnutí však nebyl realizován ani jeden z kroků uvedeného projektového plánu ([10]).

2.2. POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ NA SLOVENSKU

(17) Podle slovenských předpisů je zdravotní pojišťovna vymezena jako akciová společnost se sídlem na území Slovenské republiky založená za účelem poskytování povinného veřejného zdravotního pojištění, která tuto činnost vykonává na základě povolení vydaného Úřadem pro dohled nad zdravotní péčí.

(18) Za účelem získání balíčku povinného zdravotního pojištění mohou slovenští rezidenti uzavřít smlouvu s kterýmkoli z těchto tří poskytovatelů pojištění:

a) státní akciová společnost VšZP, jež byla zřízena ke dni 1. července 2005; pojišťovna VšZP se přeměnila z veřejnoprávní instituce VšZP, jež byla zřízena dne 1. listopadu 1994 ve smyslu zákona č. 273/1994 Z. z. jako nástupnická společnost společnosti Národná poisťovňa Správy fondu zdravotného poistenia; ve smyslu zákona č. 533/2009 Z. z. došlo 1. ledna 2010 ke sloučení VšZP se státní pojišťovnou SZP (proto je dále v příslušných případech tento sloučený subjekt označován jako „SZP/VšZP“). Slovenská republika je jediným akcionářem VšZP,

b) soukromá akciová společnost Dôvera (jejím hlavním akcionářem je středoevropská finanční skupina PENTA); pojišťovna Dôvera byla zřízena ke dni 1. října 2005 a k 31. prosinci 2009 se sloučila s jinou slovenskou soukromou zdravotní pojišťovnou Apollo; v roce 2010 byl sloučený subjekt největší soukromou zdravotní pojišťovnou ve Slovenské republice,

c) soukromá akciová společnost Union zdravotná poisťovňa, jež byla zřízena dne 9. března 2006 a která je členem skupiny Achmea, dříve Eureko, se sídlem v Holandsku.

([5]) Viz též zpráva z roku 2011, Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M a van Ginneken E., „Slovakia: Health system review“. Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu (*Systémy zdravotnictví ve fázi přechodu*) (sv. 13 č. 2 2011), kterou vydalo Evropské středisko pro sledování zdravotnických systémů a politik (k dispozici na adrese: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), s. 78).

([6]) Zákonem č. 352/2005 Z. z., tj. pro pojištěnce bez trvalého pobytu, kteří na území Slovenska nejsou zaměstnáni, a pro pojištěnce s trvalým pobytem na území Slovenské republiky, kteří však mají zdravotní pojištění v zahraničí. Dle odpovědi slovenských orgánů na rozhodnutí o zahájení řízení byla tato možnost dobrovolného pojištění zrušena zákonem č. 121/2010 Z. z. s účinností od 1. května 2010.

([7]) K uvedeným podmínkám patří: 1. povinné použití zisku na tvorbu rezervního fondu nejméně do výše 20 % splaceného základního kapitálu (rezervní fond lze použít pouze na úhradu ztráty) a 2. povinná tvorba technických rezerv na úhradu plánované zdravotní péče pro pojištěnci zařazené na seznamy čekatelů.

([8]) Porušení č. 2008/4268, v jehož rámci Evropská komise zaslala slovenské vládě formální výzvu dle pravidel vnitřního trhu, v níž se uvádí, že zákaz neumožňující zdravotním pojišťovnám volně disponovat s jakýmkoli ziskem dosaženým při poskytování veřejného zdravotního pojištění ve Slovenské republice podle § 15 odst. 6 zákona č. 581/2004 Z. z. představuje neodůvodněné omezení volného pohybu kapitálu, který je zaručen článkem 63 Smlouvy.

([9]) Stálý rozhodčí soud nedávno odmítl svou pravomoc v souvislosti s žalobou holandské společnosti Achmea, vlastníka zdravotní pojišťovny Union, proti těmto plánům, viz Achmea vs. Slovenská republika, věc PCA č. 2013-12, rozsudek ze dne 24. května 2014, k dispozici na adrese: http://news.achmea.nl/achmea-discloses-awards-of-arbitration-tribunals/.

([10]) Viz http://spectator.sme.sk/articles/view/54162/3/achmea_loses_against_slovakia.html.

(19) Tabulka níže uvádí přehled tržních podílů jednotlivých poskytovatelů povinného zdravotního pojištění ve Slovenské republice v letech 2008–2013 ([11]):

Rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ([1])
Pojišťovny	Počet pojištěnců (%)					
VšZP	55,4	55,0	66,74	65,79	64,4	64,09
SZP	13,6	12.0	V roce 2010 se SZP sloučila s VšZP			
Apollo	8,4	10,0	V roce 2010 se pojišťovna Apollo sloučila s pojišťovnou Dôvera			
Dôvera	16,2	16,0	26,37	26,8	27,75	27,49
Union	6,4	7,0	6,89	7,41	7,85	8,42

([1]) Viz též bod 37 rozhodnutí Stálého rozhodčího soudu ze dne 24. května 2014 ve věci PCA č. 2013-12, Achmea vs. Slovenská republika (viz poznámka pod čarou č. 9).

(20) Všechny zdravotní pojišťovny jsou akciovými společnostmi s tím, že podle předpisů upravujících vlastnická práva může být jejich akcionářem stát i soukromý sektor. Všechny zdravotní pojišťovny jsou povinny splňovat určitá kritéria platební schopnosti. Jelikož se na ně vztahují přísná rozpočtová omezení, plně odpovídají za případný nedostatek finančních prostředků. Zdá se, že jako soukromé akciové společnosti zřízené podle všeobecné právní úpravy obchodních společností autonomně řídí své provozní náklady a náklady na zdravotní péči.

(21) Zdravotní pojišťovny mohou dosahovat a také dosahují zisku ([12]). Příjmy pojišťoven ve Slovenské republice pocházejí z příspěvků na pojištění, státního rozpočtu (příspěvky za ekonomicky neaktivní pojištěnce a dotace na pokrytí zvýšení nákladů na služby zdravotní péče), příjmů z majetku, z darů a z jiných příjmů. Zisku mohou zdravotní pojišťovny dosahovat například zlepšením systému řízení a vyjednáváním při uzavírání smluv s poskytovateli zdravotní péče.

2.3. HLAVNÍ ZNAKY ODVĚTVÍ POVINNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ VE SLOVENSKÉ REPUBLICE

2.3.1. **Sociální cíl a veřejný zájem**

(22) Slovenský systém povinného zdravotního pojištění sleduje sociální cíl, tj. umožnit poskytování zdravotní péče a udržení životaschopného systému zdravotního pojištění. Občané mají právo na zdravotní pojištění a slovenští rezidenti mají povinnost být zdravotně pojištěni ([13]). Zabezpečit právo na bezplatnou zdravotní péči na základě zdravotního pojištění je ústavní povinností Slovenské republiky ([14]). Podle slovenských orgánů se výkon povinného zdravotního pojištění ve Slovenské republice zdravotními pojišťovnami považuje za plnění ústavní povinnosti jménem státu, kterou je poskytování zdravotního pojištění slovenským rezidentům prostřednictvím řízení systému povinného zdravotního pojištění ve Slovenské republice. Slovenská republika ze zákona odpovídá za financování systému zdravotní péče, jakož i za úhradu ztrát v odvětví zdravotní péče ([15]). Podle § 2 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotním pojištění je výkon povinného veřejného zdravotního pojištění činností ve veřejném zájmu, při níž se hospodaří s veřejnými prostředky.

([11]) Číselné údaje k letům 2011–2013 poskytl stěžovatel v připomínkách k rozhodnutí o zahájení řízení.
([12]) Viz 23. a 24. bod odůvodnění rozhodnutí o zahájení řízení.
([13]) Povinnost mít zdravotní pojištění je stanovena zákonem pro všechny vymezené osoby (§ 3 zákona č. 580/2004 Z. z.). Všichni občané, kteří mají ve smyslu zákona tuto povinnost, jsou podle právních předpisů povinni odvádět příspěvky na veřejné zdravotní pojištění (§ 11 zákona č. 580/2004 Z. z.). Neodvádění uvedených příspěvků se pokládá za trestný čin.
([14]) V článku 40 Ústavy Slovenské republiky se mezi ústavně zaručenými „základními právy a svobodami" stanoví: „Každý má právo na ochranu zdraví. Na základě zdravotního pojištění mají občané právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotnické pomůcky za podmínek, které stanoví zákon."
([15]) Konkrétně v souvislosti se změnami právních předpisů přijatými v roce 2004 Slovenská republika splatila dluhy ve výši téměř 1 mld. EUR, které vznikly v odvětví zdravotnictví v předcházejícím období, a to včetně dluhů zdravotních pojišťoven v soukromém vlastnictví (podle informací poskytnutých slovenskými orgány Komisi dne 9. července 2010).

2.3.2. **Povinné členství, svobodný vstup a společná tarifikace**

(23) V souladu s ustanoveními zákona č. 580/2004 Z. z. a zákona č. 581/2004 Z. z. je ve Slovenské republice účast na programu veřejného zdravotního pojištění povinná pro většinu obyvatel Slovenské republiky ([16]). Povinné zdravotní pojištění ve Slovenské republice se vztahuje i na osoby pojištěné v souladu s nařízením Rady (EHS) č. 1408/71 ([17]), a to do 30. dubna 2010, a od 1. května 2010 v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 ([18]).

(24) Pojištěnci mají právo zvolit si zdravotní pojišťovnu dle vlastního výběru a jednou ročně mohou zdravotní pojišťovnu změnit. Podle povinnosti umožnit svobodný vstup a podle zásady společné tarifikace mají zdravotní pojišťovny ve Slovenské republice právní závazek přijmout do svého systému pojištění každého slovenského rezidenta, který o to požádá, pod podmínkou, že tento občan splňuje právní požadavky na uzavření zdravotního pojištění ve Slovenské republice. Zdravotní pojišťovny především nemohou pojištěnce odmítnout pro jeho věk, zdravotní stav či riziko onemocnění ([19]) a jsou povinny poskytovat základní zdravotní pojištění všem osobám za stejné ceny bez ohledu na uvedené faktory.

(25) Systém zdravotního pojištění ve Slovenské republice proto obsahuje i právní strukturu pro spravedlivé rozdělování rizika mezi zdravotní pojišťovny prostřednictvím systému vyrovnávání rizik (RES). V rámci RES ([20]) zdravotní pojišťovny pojišťující osoby s vyšším rizikem dostávají finanční prostředky od zdravotních pojišťoven, jejichž portfolio je spojeno s nižším rizikem, a to formou měsíčního a ročního rozdělování příspěvků a správou převodů ([21]).

2.3.3. **Plnění a výše příspěvků určená z příjmu pojištěnce**

(26) Povinné zdravotní pojištění ve Slovenské republice je založeno na systému povinných příspěvků. Sazby příspěvků jsou stanoveny zákonem, jsou úměrné příjmu pojištěnce (podobně jako zdanění příjmů) a nezakládají se na rozsahu pojištěného rizika (jako je věk pojištěnce či jeho zdravotní stav). Tyto příspěvky, které slovenské orgány považují za součást veřejných finančních prostředků, jsou vybírány od: 1. zaměstnanců a zaměstnavatelů; 2. samostatně výdělečně činných osob; 3. dobrovolně nezaměstnaných; 4. státu (za „pojištěnce státu“, tj. skupiny ekonomicky zpravidla neaktivních osob); 5. plátců dividend.

(27) Všichni pojištěnci mají zaručenu stejnou základní úroveň plnění („základní balíček plnění“). Mezi výší příspěvků odvedených do systému a výší pobíraného plnění ([22]) neexistuje žádná přímá souvislost. Zdravotnické služby hrazené z povinného zdravotního pojištění jsou poskytovány bez ohledu na výši příspěvků, které pojištěnec odvedl.

(28) Základní balíček plnění povinného zdravotního pojištění pokrývá téměř všechny úkony zdravotní péče poskytované na území Slovenské republiky, což znamená, že prostřednictvím tohoto balíčku je poskytována prakticky veškerá zdravotní péče. V současnosti základní balíček plnění každému pojištěnci zaručuje nárok na bezplatnou zdravotní péči s výjimkou jen některých ošetření (např. kosmetický chirurgický zákrok), jakož i částečné úhrady za léky, za lázeňskou léčbu a za vybrané služby související s poskytováním zdravotní péče (např. ošetření na pohotovostní ambulanci). Základní balíček plnění může vláda svým nařízením omezit nebo rozšířit (bez projednání v parlamentu). Vzhledem k tomu, že Ústava Slovenské republiky každému občanovi zaručuje právo na zdravotní péči v rámci systému povinného zdravotního pojištění v souladu s podmínkami stanovenými zákonem, pojišťovny nemohou v případě základního balíčku plnění ovlivnit skupinu plnění, úroveň krytí ani pojistné, neboť tyto jsou stanoveny zákonem.

(29) Slovenské zdravotní pojišťovny jsou oprávněny k základnímu balíčku plnění přidávat – a skutečně také přidávají – různé doplňkové nároky (plnění) dle svého výběru. Tyto doplňkové nároky poskytují krytí služeb, jež nejsou zahrnuty do základního balíčku, jež však pojišťovatelé svým klientům nabízejí bezplatně jako součást téhož balíčku zdravotní péče v rámci povinného zdravotního pojištění. Podle dostupných informací se zdá, že zdravotní pojišťovny mohou například rozhodnout, zda budou nabízet další krytí některých druhů doplňkové a preventivní léčby v rámci téhož balíčku povinného zdravotního pojištění. Uvedená doplňková plnění se liší od služeb individuálního zdravotního pojištění, které lze nabízet za poplatek.

([16]) Viz poznámka pod čarou č. 4.
([17]) Nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 ze dne 14. června 1971 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby, osoby samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství (Úř. věst. L 149, 5.7.1971, s. 2).
([18]) Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení (Úř. věst. L 166, 30.4.2004, s. 1).
([19]) Viz též § 6 odst. 9 zákona č. 580/2004 Z. z.
([20]) Třetí část zákona č. 580/2004 Z. z.
([21]) Viz 45. až 47. bod odůvodnění.
([22]) Viz zákon č. 577/2004 Z. z.

2.3.4. **Výběr poskytovatelů zdravotní péče a služeb**

(30) Zdravotní pojišťovny si mohou vybírat poskytovatele zdravotní péče a vyjednávat o smlouvách s lékaři a jednotlivými nemocnicemi. Zdravotní pojišťovny tedy uzavírají smlouvy s jednotlivými poskytovateli zdravotní péče, tyto smlouvy jsou uzavírány nezávisle na sobě a jeden poskytovatel zdravotní péče může uzavřít smlouvu se všemi nebo jen s některými zdravotními pojišťovnami, a naopak. Zdravotní pojišťovny hradí služby poskytované státními i soukromými poskytovateli zdravotní péče.

(31) S cílem zajistit zeměpisnou dostupnost zdravotnických služeb vláda stanovila požadavek minimální sítě, aby tak ovlivnila plánování kapacit. V souvislosti s poskytováním povinného zdravotního pojištění mají zdravotní pojišťovny zákonem uloženu povinnost uzavřít smlouvu s poskytovateli v rozsahu minimální sítě nemocnic. Každá zdravotní pojišťovna vytváří svou vlastní síť a selektivním uzavíráním smluv s dalšími nemocnicemi a dalšími poskytovateli služeb zdravotní péče rozšiřuje minimální síť. Služby zdravotní péče, jež tyto nemocnice a/nebo jiní poskytovatelé služeb zdravotní péče poskytují a jež jsou zahrnuty do krytí povinného zdravotního pojištění, jsou takto ze strany poskytovatele zdravotního pojištění kryty ve prospěch pojištěnců. Zdravotní pojišťovny mají při jednáních s nemocnicemi o ceně a kvalitě služeb zdravotní péče poskytovaných pojištěncům určitý prostor pro volné uvážení.

2.3.5. **Regulační rámec**

(32) Systém povinného zdravotního pojištění ve Slovenské republice je upraven zvláštními předpisy ([23]). Všechny zdravotní pojišťovny poskytující povinné zdravotní pojištění mají ve smyslu zákona totožné postavení, práva a povinnosti. Každá zdravotní pojišťovna musí být zřízena za účelem výkonu veřejného zdravotního pojištění a nesmí vykonávat činnosti jiné než činnosti uvedené v § 6 zákona 581/2004 Z. z. Činnosti zdravotních pojišťoven spravujících systém povinného zdravotního pojištění jsou předmětem všeobecné kontroly státu, která je vykonávána především prostřednictvím regulačního úřadu. Tímto úřadem je Úřad pro dohled nad zdravotní péčí (Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ÚDZS), který plní funkce v oblasti monitorování systému zdravotnictví a dohledu nad ním. ÚDZS dohlíží na dodržování uvedeného legislativního rámce ze strany zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotního pojištění a v případě porušení těchto předpisů zasahuje.

3. POPIS SPORNÝCH OPATŘENÍ

(33) V tomto rozhodnutí je zkoumáno následujících šest opatření (společně označovaných jako „sporná opatření“) ([24]).

3.1. ZVÝŠENÍ ZÁKLADNÍHO KAPITÁLU SZP V ROCE 2006

(34) Dopisem ze dne 2. dubna 2007 soukromá zdravotní pojišťovna Dôvera podala u Komise stížnost proti kapitálové injekci Slovenské republiky do státní pojišťovny SZP ve výši 450 mil. SKK (přibližně 15 mil. EUR), která byla realizována ve třech tranších mezi 28. listopadem 2005 a 18. lednem 2006.

(35) Uvedené zvýšení základního kapitálu souviselo s reformou zdravotnictví a s reformou odvětví zdravotního pojištění ve Slovenské republice v letech 2004–2005. V době zřízení SZP jakožto akciové společnosti v roce 2005 se ve skutečnosti od SZP jakožto od právní nástupkyně veřejnoprávní instituce ([25]) ve smyslu zákona požadovalo, aby na sebe převzala nejen aktiva původní pojišťovny, ale i její závazky, které vznikly před rokem 2005. Objem těchto závazků přitom vedl k nepřiměřené úrovni platební schopnosti, kterou stanoví požadavky § 14 odst. 1 zákona o zdravotních pojišťovnách (zákon č. 581/2004 Z. z.). Tyto závazky dosáhly ke dni 31. prosince 2005 objemu 467,765 mil. SKK (přibližně 15,5 mil. EUR).

([23]) Např. vztah mezi pojištěncem a poskytovatelem zdravotního pojištění se nevytváří na základě smlouvy, ale je stanoven zákonem (viz § 4 zákona č. 580/2004 Z. z.). Dohled nad zdravotními pojišťovnami a nad poskytováním zdravotní péče rovněž upravuje zákon.
([24]) Podrobnější popis opatření obsahuje rozhodnutí o zahájení řízení, 44. až 72. bod odůvodnění.
([25]) Před 1. květnem 2005 byla pojišťovna SZP veřejnoprávní institucí a působila jako pojišťovna se specifickým a poměrně omezeným pojistným kmenem. Na rozdíl od ostatních poskytovatelů zdravotního pojištění měla závazky vůči svým pojistníkům, pokud jde o krytí specifické preventivní zdravotní péče a specifické zdravotní péče poskytované v souvislosti s pracovními úrazy a nemocemi z povolání.

3.2. SPLACENÍ DLUHŮ SZP SPOLEČNOSTÍ VERITEĽ A.S.

(36) Společnost Veriteľ a.s. byla novou státní agenturou založenou v roce 2003 ([26]) s cílem konsolidovat dluhy v rezortu zdravotnictví. Vláda Slovenské republiky tuto společnost pověřila, aby realizovala projekt oddlužení zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven předtím, než měla ke dni 30. září 2005 proběhnout změna organizační formy všech stávajících zdravotních pojišťoven na akciové společnosti. Proces oddlužení proběhl na základě usnesení vlády Slovenské republiky.

(37) V období let 2003 až 2005 společnost Veriteľ a.s. vyrovnala v odvětví zdravotnictví dluh v účetní hodnotě přes 1 100 mil. EUR při nákladech ve výši 644 mil. EUR v hotovosti. Vzhledem k oznámení ministerstva zdravotnictví, že se jedná o poslední záchranu systému zdravotní péče, byla agentura Veriteľ a.s. v roce 2006 zrušena ([27]).

(38) Stěžovatel tvrdí, že splacení dluhu SZP ve výši 52,7 mil. EUR společností Veriteľ a.s. – což je vyšší částka, než jakou dostal on sám ([28]) – znamená, že v rámci procesu oddlužování došlo k bezdůvodně diskriminačnímu zacházení. Stěžovatel zejména uvádí, že kromě uvedených skutečností společnost Veriteľ a.s. dne 30. listopadu 2005 (tedy po přeměně) splatila dalších zhruba 28 mil. EUR z dalšího dluhu, který měla SZP na zvláštním účtu přerozdělování pojistného. K tomuto oddlužení došlo převodem pojistných pohledávek a úroků pojišťovny SZP na společnost Veriteľ a.s. SZP na společnost Veriteľ a.s. převedla přibližně 929 mil. SKK ve formě pojistných pohledávek a úroků (z toho přibližně 343 mil. SKK ve formě úroků). Společnost Veriteľ a.s. zase SZP poskytla protiplnění ve výši 840 mil. SKK (zhruba 28 mil. EUR), a to vyrovnáním dluhu SZP na zvláštním účtu přerozdělování pojistného ([29]).

3.3. DOTACE SZP V ROCE 2006

(39) V druhé polovině roku 2006 poskytlo ministerstvo zdravotnictví SZP další dotaci s využitím části likvidačního zůstatku společnosti Veriteľ a.s., jež byla v roce 2006 zrušena. Podle tvrzení stěžovatele dosahovala dotace přibližné výše 7,6 mil. EUR.

(40) Stěžovatel tvrdí, že uvedená dotace byla poskytnuta s cílem vyrovnat závazky SZP vůči poskytovatelům zdravotní péče z období před rokem 2005, přestože nebylo zřejmé, zda tyto dluhy existovaly i v době poskytnutí dotace.

(41) Podle slovenských orgánů však finanční prostředky z likvidačního zůstatku společnosti Veriteľ a.s. nebyly poskytnuty SZP, nýbrž zdravotnickým zařízením, která v té době patřila státu, na vyplacení jejich závazků (tj. příspěvků na zdravotní pojištění jejich zaměstnanců) vůči SZP. Podle slovenských orgánů tedy nešlo o žádnou dotaci, ale spíše o běžnou úhradu existujících nesporných závazků státu, o neodvedené pojistné za zdravotní pojištění.

3.4. ZVÝŠENÍ ZÁKLADNÍHO KAPITÁLU VŠZP V ROCE 2010

(42) Slovenská republika prostřednictvím útvarů ministerstva zdravotnictví k 1. lednu 2010 zvýšila svůj upsaný základní kapitál ve VšZP. Toto zvýšení základního kapitálu představovalo přibližně 65,1 mil. EUR.

(43) Podle stěžovatele se zdá, že stát takto jednal s cílem překlenout příjmový deficit VšZP, neboť VšZP se nacházela na hranici platební neschopnosti. Stěžovatel rovněž tvrdí, že stát neměl nejmenší naději, že se mu v přiměřeném časovém rámci podaří dosáhnout návratnosti své investice, zejména vzhledem ke skutečnosti, že Slovensko právě zavedlo zákon, jímž se zdravotním pojišťovnám neumožňovalo rozdělovat zisk.

(44) Podle slovenských orgánů se toto zvýšení základního kapitálu VšZP v roce 2010 uskutečnilo s cílem odstranit vlivy finanční krize a podpořit VšZP v odolávání tlaku, jejž vyvolávalo zvyšování míry zadlužení při rostoucí poptávce po zdravotní péči.

([26]) Společnost Veriteľ, a.s. byla založena na základě usnesení vlády Slovenské republiky č. 262 ze dne 2. dubna 2003.

([27]) Viz zpráva z roku 2011: Szalay, T.; Pažitný, P.; Szalayová, A.; Frisová, S.; Morvay, K.; Petrovič, M. a van Ginneken, E.: Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition (Slovensko: Revize systému zdravotnictví. Systémy zdravotnictví ve fázi přechodu) (sv. 13 č. 2 2011), kterou vydalo Evropské středisko pro sledování zdravotnických systémů a politik (k dispozici na adrese: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), s. 142.

([28]) Pro porovnání: podle stěžovatele byly dluhy předchůdců pojišťovny Dôvera, které společně dosahovaly většího objemu než dluhy pojišťovny SZP, splaceny pouze ve výši 27,25 mil. EUR.

([29]) Podle stěžovatele, citace ze zprávy o výsledcích prověrky činnosti společnosti Veriteľ a. s. za celé období její existence, Ministerstvo financí SR, září 2007.

3.5. SYSTÉM VYROVNÁVÁNÍ RIZIK (RES)

(45) V průběhu předběžného posouzení Komise též zjistila, že financování zdravotních pojišťoven ve Slovenské republice zahrnuje i mechanismus sdružování a úpravy rizik – systém vyrovnávání rizik (RES).

(46) Systém RES ([30]) je v plné míře uplatňován na všechny zdravotní pojišťovny, které ve Slovenské republice poskytují povinné zdravotní pojištění. Vzhledem k tomu, že příspěvky na povinné zdravotní pojištění vybírají zdravotní pojišťovny přímo od zaměstnavatelů, samostatně výdělečně činných osob, samoplátců (dobrovolně nezaměstnaných), státu a plátců dividend, je rozdělení příjmů a výdajů mezi zdravotní pojišťovny nerovnoměrné, a to z důvodu odlišné skladby jejich pojištěnců. Ve snaze snížit finanční zátěž zdravotních pojišťoven s rizikovějším pojistným kmenem a snížit potenciál pro výběr rizik jsou příspěvky mezi zdravotní pojišťovny rozdělovány pomocí systému RES, a to na základě výpočtu, jejž stanoví ÚDZS ([31]). Kritérii, která jsou v rámci systému vyrovnávání rizik uplatňována, jsou věk, pohlaví a od roku 2010 též stav ekonomické aktivity pojištěnce.

(47) Slovenské orgány nepokládají systém RES za formu státní podpory, ale spíše za záležitost vyrovnávání prostředků v souladu s příslušnými kritérii systému RES pro pojištěnce; jedná se tedy o případ solidarity mezi pojištěnci, a proto nejde o státní podporu.

3.6. PŘEVOD POJISTNÝCH KMENŮ NA POJIŠŤOVNY SZP A VšZP

(48) Dalším opatřením, na něž byla Komise upozorněna v době, kdy prováděla předběžné posouzení, bylo několik přímých převodů pojistných kmenů. Tyto pojistné kmeny byly převáděny z jiných zdravotních pojišťoven, jež byly postupně rušeny s likvidací, na SZP a VšZP (převeden byl zejména pojistný kmen společnosti Družstevná zdravotná poisťovňa (DZP) na VšZP a pojistný kmen společnosti Evropská zdravotná poisťovňa (EZP) na SZP). K těmto převodům docházelo za současné intervence státu.

(49) Podle pojišťovny Dôvera byly pojistné kmeny EZP převedeny přímo na SZP, přestože na trhu byly další subjekty, které o ně projevily zájem; omezení a podmínky převodu přitom nebyly jasné.

(50) Slovenská republika tvrdí, že rozhodnutí ÚDZS převést pojistný kmen pojišťovny EZP na SZP bez protiplnění je v souladu s ustanoveními zákona č. 581/2004 Z. z. a že bylo zachováno právo pojištěnců na výběr zdravotní pojišťovny. Slovenské orgány tvrdí, že zájem o tento pojistný kmen sice projevily i další pojišťovny, avšak za podmínek, které by nepřiměřeně prodloužily postup likvidace. Navíc vzhledem k tomu, že se převod pojistných kmenů podle slovenských orgánů týkal všech pohledávek a všech závazků likvidovaných pojišťoven, nezískaly jím přebírající pojišťovny VšZP a SZP žádnou výhodu.

4. **DŮVODY K ZAHÁJENÍ FORMÁLNÍHO VYŠETŘOVACÍHO ŘÍZENÍ**

(51) Komise ve svém rozhodnutí o zahájení řízení vyjádřila pochybnosti o určení hospodářské či nehospodářské povahy dotčené činnosti. Uvedla, že se zřetelem ke specifikům předmětné věci mohly SZP/VšZP, jakož i ostatní společnosti, jež ve Slovenské republice nabízejí zdravotní pojištění v rámci povinného systému, vykonávat od 1. ledna 2005 hospodářskou činnost. Domnívala se, že kombinace hospodářských a nehospodářských znaků systému povinného zdravotního pojištění ve Slovenské republice vyžadovala, aby byla provedena hloubková analýza jednotlivých prvků a jejich příslušného významu v rámci systému. Cílem této analýzy mělo být určit, zda má být činnost povinného zdravotního pojištění při způsobu její organizace a výkonu ve Slovenské republice považována za činnost hospodářské (od 1. ledna 2005), nebo nehospodářské povahy.

(52) Komise též uvedla, že bude-li nutno tuto činnost považovat za činnost hospodářské povahy, neměla by k dispozici dostatek informací k určení toho, zda zkoumaná opatření poskytla pojišťovnám SZP a VšZP selektivní výhodu.

(53) Komise dospěla k závěru, že v tomto stadiu nemůže vyloučit existenci státní podpory, a to při absenci konkrétních argumentů či jasných indikací, pokud jde o jejich slučitelnost s vnitřním trhem. Komise následně vyjádřila pochybnosti, zda by bylo možno tato opatření považovat za slučitelná s vnitřním trhem podle čl. 106 odst. 2 nebo čl. 107 odst. 3 písm. c) Smlouvy, pokud dospěje k závěru, že tato opatření lze považovat za státní podporu.

([30]) Třetí část zákona č. 580/2004 Z. z.
([31]) Další podrobnosti o systému RES jsou uvedeny v 60. až 67. bodě odůvodnění rozhodnutí o zahájení řízení.

(54) V této souvislosti Komise uvedla, že konečný závěr týkající se otázky, zda výkon povinného zdravotního pojištění ve Slovenské republice skutečně je činností hospodářské, nebo nehospodářské povahy, zda opatření státu splňují všechny ostatní podmínky k tomu, aby představovala státní podporu, a pokud ano, zda jsou slučitelná s vnitřním trhem, lze vyvodit až v závěrečném rozhodnutí. Toto rozhodnutí může Komise přijmout až po dokončení formálního vyšetřovacího řízení a po shromáždění a důkladném posouzení všech dostupných informací (včetně dalších připomínek členského státu a třetích stran).

5. **PŘIPOMÍNKY ZÚČASTNĚNÝCH STRAN**

(55) Komisi byly doručeny tyto připomínky zúčastněných třetích stran, jejichž shrnutí je uvedeno dále:

5.1. DÔVERA

(56) V odpovědi na rozhodnutí o zahájení řízení pojišťovna Dôvera jako stěžovatel poskytla doplňující informace o systému zdravotního pojištění a doplňující zdůvodnění, a to především s cílem podpořit své tvrzení, že SZP/VšZP jsou podniky, na něž se vztahuje právo hospodářské soutěže, a že měly prospěch z neslučitelné státní podpory.

(57) Pojišťovna Dôvera upozorňuje na to, že SZP/VšZP konkurují soukromým zdravotním pojišťovnám, nabízejí tytéž služby a současně se snaží dosahovat zisku; pojišťovna se přitom odvolává na své předcházející dopisy o hospodářské povaze činnosti a na nedávnou judikaturu Soudního dvora ([32]). V této souvislosti pojišťovna Dôvera tvrdí, že vícero prvků předložených Slovenskou republikou, uvedených v rozhodnutí o zahájení řízení a poukazujících na nehospodářskou povahu činností SZP/VšZP, neobstojí ve zkoumání. Podle pojišťovny Dôvera se mělo reformou v letech 2004–2005 vytvořit konkurenční tržní prostředí a tato skutečnost byla uznána a potvrzena slovenskou justicí (tj. Ústavním soudem Slovenské republiky), jakož i samotnými slovenskými orgány. Pojišťovna Dôvera v této souvislosti upozorňuje i na skutečnost, že poskytovatelé pojištění soutěží o poskytovatele zdravotní péče prostřednictvím selektivních smluv a jednání o cenách a kvalitě služeb, a poukazuje na marketingové kampaně zdravotních pojišťoven zaměřené na udržení a přilákání klientů. Pojišťovna Dôvera dále odmítá tvrzení o výlučně sociální povaze systému. Poukazuje na možnost poskytovatelů zdravotního pojištění dosahovat zisků a rozdělovat je a na ochotu soukromých investorů investovat do subjektů působících ve slovenském odvětví povinného zdravotního pojištění.

(58) Odvolávajíce se na své předcházející dopisy zaslané Komisi před vydáním rozhodnutí o zahájení řízení pojišťovna Dôvera dále tvrdí, že všechna opatření uvedená v daném rozhodnutí by měla být pokládána za neoprávněnou podporu, neboť byly naplněny všechny další prvky čl. 107 odst. 1 Smlouvy. Podle jejího názoru jednání Slovenské republiky v souvislosti se zvýšením základního kapitálu SZP v roce 2006 a VšZP v roce 2010 nelze považovat za jednání investora v tržním hospodářství. Pojišťovna Dôvera též tvrdí, že Slovenská republika činila mezi SZP/VšZP a soukromými pojišťovnami rozdíly, a to příznivějším zacházením se SZP v rámci oddlužování v letech 2003–2005, jakož i zavedením dvou nových kritérií do systému vyrovnávání rizik v letech 2009 a 2012. Pokud jde o převod pojistných kmenů, zaměřuje se pojišťovna Dôvera ve svých připomínkách na převod pojistného kmene pojišťovny EZP, neboť k předchozímu převodu pojistného kmene na VšZP nemá informace. V této souvislosti tvrdí, že slovenské orgány mohly Komisi poskytnout chybné informace o příslušném právním rámci týkajícím se tohoto převodu pojistného kmene.

(59) Pojišťovna Dôvera tvrdí, že slovenské orgány neprokázaly, že poskytování povinného zdravotního pojištění je službou všeobecného zájmu, a tedy zpochybňuje samotný základ analýzy podle judikatury ve věci *Altmark* ([33]) a balíčku Komise týkajícího se služeb obecného hospodářského zájmu.

5.2. POJIŠŤOVNA UNION

(60) Připomínky pojišťovny Union – dalšího soukromého konkurenta SZP/VšZP – k rozhodnutí o zahájení řízení se obecně shodují s připomínkami pojišťovny Dôvera s tím, že podle těchto připomínek jsou pojišťovny SZP a VšZP podniky ve smyslu čl. 107 odst. 1 Smlouvy. Pojišťovna Union tvrdí, že pět ze šesti opatření popsaných v oddíle 3 tohoto rozhodnutí představuje státní podporu a je neslučitelných s vnitřním trhem. Pokud jde o šesté opatření, tedy systém RES, pojišťovna Union tvrdí, že by mohlo potenciálně splňovat podmínky judikatury ve věci *Altmark*,

([32]) Věc T- 347/09 Spolková republika Německo v. Evropská komise, 12. září 2013, dosud nezveřejněno.
([33]) Věc Altmark, C-280/00, Sb. rozh. 2003, s. I-7747.

pokud jde o kompenzaci za služby ve veřejném zájmu, nebo by mohlo být slučitelné s vnitřním trhem podle čl. 106 odst. 2 Smlouvy, což si žádá další posouzení jeho možného diskriminačního přístupu ve prospěch čistého příjemce systému RES, tedy ve prospěch SZP/VšZP.

5.3. HPI, INEKO A ZZP

(61) Připomínky k rozhodnutí o zahájení řízení od dalších tří třetích stran, tj. organizace HPI, institutu INEKO a sdružení ZZP, značně podporují stanovisko stěžovatele, pojišťovny Dôvera, a pojišťovny Union, podle něhož má předmětná činnost hospodářskou povahu a opatření jsou státní podporou spočívající v poskytnutí selektivní výhody pojišťovně SZP/VšZP. Tyto třetí strany jsou přitom přesvědčeny, že poskytovatelé zdravotního pojištění působí v konkurenčním prostředí (a k přilákání klientů používají různé způsoby), a tvrdí, že stát svým státním zdravotním pojišťovnám poskytl přednostní zacházení.

6. PŘIPOMÍNKY K ROZHODNUTÍ O ZAHÁJENÍ ŘÍZENÍ A PŘEDLOŽENÍ DALŠÍCH INFORMACÍ SLOVENSKOU REPUBLIKOU

(62) Slovenská republika předložila své připomínky k rozhodnutí o zahájení řízení a připomínky k vyjádření třetích stran.

(63) Slovenské orgány ve svých připomínkách poskytly vysvětlení a další argumenty k podpoře svého stanoviska, že na systém povinného zdravotního pojištění se nevztahují pravidla hospodářské soutěže, neboť tento systém nepředstavuje hospodářskou činnost. Tyto orgány tvrdí, že slovenské povinné zdravotní pojištění nelze považovat za hospodářskou činnost v souladu s ustálenou judikaturou Soudního dvora ([34]), a to zejména z těchto důvodů:

a) systém má sociální cíl,

b) systém je založen na solidaritě, zejména vzhledem k těmto skutečnostem:

i) povinný vstup do systému pro slovenské rezidenty,

ii) všichni pojištěnci mají zaručenu stejnou minimální úroveň plnění,

iii) příspěvky nesouvisí s plněními pro jednotlivce, neboť jsou pevně stanoveny zákonem (neexistuje hospodářská soutěž v souvislosti s cenami),

iv) mezi pojištěnci existuje solidarita v souvislosti s rizikem – systém RES a společná tarifikace,

c) existuje podrobný regulační rámec, na nějž dohlíží stát: postavení, práva a povinnosti všech zdravotních pojišťoven jsou stanoveny zákonem.

(64) Slovenská republika vyvrací domněnku, že z důvodu legislativních změn v roce 2005 se slovenský systém zdravotnictví změnil na systém obchodní, a tvrdí, že systém nikdy nepřišel o svou veřejnou, nehospodářskou povahu. Upozorňuje též na skutečnost, že slovenský systém zdravotního pojištění je součástí systému sociálního zabezpečení, a poukazuje na pravomoci členských států podle čl. 168 odst. 7 Smlouvy týkající se organizace a poskytování služeb zdravotní péče.

(65) Slovenské orgány dále uvádějí, že reformou zdravotního pojištění nebylo veřejné zdravotní pojištění nahrazeno soukromým zdravotním pojištěním a že soukromým poskytovatelům pojištění se neotevřelo krytí žádného rizika týkajícího se zákonného sociálního zabezpečení. Podle Slovenské republiky bylo hlavním cílem reformy odvětví zdravotnictví nastavit přesná pravidla nakládání s finančními prostředky přidělenými na zdravotnictví s tím, že jako vhodný způsob nastavení těchto pravidel se jevila reorganizace všech stávajících zdravotních pojišťoven na akciové společnosti s jasně vymezenými účetními pravidly, jež měla proběhnout do 30. září 2005. Slovenské orgány se domnívají, že všichni poskytovatelé zdravotního pojištění ve Slovenské republice jsou zapojeni do hospodaření s veřejnými finančními prostředky, jež jim byly svěřeny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.

([34]) Zejména spojené věci Poucet a Pistre, C-159/91 a C-160/91; věc Cisal a INAIL, C-218/00; spojené věci AOK Bundesverband, C-264/01, C-306/01, C-354/01 a C-355/01.

(66) Podle slovenských orgánů by skutečnost, že slovenský systém povinného zdravotního pojištění umožňuje omezený stupeň hospodářské soutěže v oblasti kvality, bylo možno vnímat jako prvek, který podněcuje zdravotní pojišťovny, aby ekonomicky fungovaly v souladu se zásadami řádného hospodaření v zájmu správného fungování systému, ne však jako prvek, jenž by mohl ovlivnit nehospodářskou povahu systému zdravotního pojištění jako celku.

(67) Slovenské orgány též vysvětlily, že finanční prostředky shromážděné a rozdělované v rámci struktury slovenského systému veřejného zdravotního pojištění prostřednictvím zdravotních pojišťoven představují celkové množství příspěvků veřejného zdravotního pojištění, které jsou podle zákona povinné, a proto jsou součástí veřejných financí Slovenska. Všechny zdravotní pojišťovny jsou proto pověřeny úkolem hospodařit s veřejnými finančními prostředky vybranými od veřejnosti v souladu s příslušnými právními předpisy s cílem použít tyto prostředky na úhradu zdravotní péče.

(68) Na podporu svého tvrzení slovenské orgány dále připomněly, že i po zrušení zákazu rozdělovat zisk v roce 2011 se pozměňujícím zákonem č. 250/2011 zdravotním pojišťovnám povolilo dosahovat zisku jen za přesně vymezených podmínek, tj.:

a) zavedení daně ze zisků zdravotních pojišťoven,

b) povinné použití zisku na tvorbu rezervního fondu nejméně do výše 20 % splaceného základního kapitálu pojišťovny (rezervní fond lze použít jen na úhradu ztráty dané pojišťovny),

c) povinná tvorba technických rezerv na úhradu plánované zdravotní péče pro pojištěnce zařazené na seznamy čekatelů (v důsledku toho zdravotní pojišťovny nemohou dosahovat zisku na úkor svých klientů tím, že je zařadí na seznamy čekatelů namísto toho, aby rychle uhradily jejich zdravotní péči; uvedená skutečnost je podstatná z hlediska souladu se všeobecně uznávanými účetními zásadami v oblasti zdravotního pojištění).

(69) V této souvislosti slovenské orgány poskytly vysvětlení, že když VšZP vykázala přebytek, vytvořila fond zdravotní péče na úhradu využívání zdravotní péče a financování mimořádně nákladné zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Mimoto v letech, kdy pojišťovna VšZP vykázala přebytek, byla část z něj přidělena do zákonného rezervního fondu, který byl později použit na snížení akumulovaných ztrát. Podle slovenských orgánů tedy státní zdravotní pojišťovny akcionářům nikdy nevyplatily žádný zisk, jehož dosáhly.

(70) V této souvislosti Slovenská republika poukazuje i na další omezení zdravotních pojišťoven týkající se skutečnosti, že pojišťovny si mohou půjčovat finanční prostředky jen podle ustanovení zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlech veřejné správy a na základě předchozího souhlasu ÚDZS.

(71) K další podpoře svého tvrzení, že se na činnost v oblasti povinného zdravotního pojištění nevztahují pravidla hospodářské soutěže, orgány upozornily i na vyšetřování Protimonopolního úřadu Slovenské republiky z roku 2009. Při tomto vyšetřování se zjistilo, že jsou činnosti zdravotních pojišťoven vykonávány v rámci systému, jenž se vyznačuje vysokou měrou solidarity a v němž je zdravotní péče poskytována bezplatně, a že jsou podstatné prvky těchto činností regulovány státem, takže činnosti, jež zdravotní pojišťovny vykonávají při poskytování veřejného zdravotního pojištění, nelze považovat za hospodářskou činnost podniků, která narušuje hospodářskou soutěž. Proto se podle Protimonopolního úřadu Slovenské republiky slovenský zákon o hospodářské soutěži nevztahuje na činnosti zdravotních pojišťoven vykonávané při poskytování veřejného zdravotního pojištění ([35]).

(72) Slovenské orgány též vysvětlily, že v roce 2011 Ústavní soud vyhlásil, že zákaz rozdělování zisku z roku 2007 byl protiústavní, neboť jím byla narušena slovenská ústavní práva v oblasti vlastnictví, avšak nesouhlasil s názorem, že jsou zákonem o zdravotních pojišťovnách omezovány zásady tržního hospodářství. Poukazují dále na skutečnost, že Ústavní soud mimoto v této souvislosti poznamenal, že právní předpisy v oblasti zdravotního pojištění, jimiž je vyloučen nebo významně omezen vliv nástrojů tržního hospodářství, a jimiž je tudíž narušena hospodářská soutěž, jsou z hlediska ústavy přijatelné.

([35]) Vyšetřování Protimonopolního úřadu v souvislosti s navrhovaným sloučením SZP s VšZP, dokončené 3. prosince 2009; viz též výroční zpráva Protimonopolního úřadu za rok 2009, k dispozici na adrese http://www.antimon.gov.sk/data/att/958.pdf.

(73) Kromě tvrzení, že činnost povinného zdravotního pojištění ve Slovenské republice nespadá do oblasti působnosti pravidel hospodářské soutěže, slovenské orgány tvrdí, že opatření nesplňují další kritéria státní podpory podle čl. 107 odst. 1 Smlouvy. V této souvislosti tvrdí, že kapitálové injekce z let 2006 a 2009 nepředstavovaly podporu, neboť při nich byla dodržena zásada investora v tržním hospodářství. Dále odmítají tvrzení, že došlo k neopodstatněnému diskriminačnímu zacházení v rámci oddlužování ze strany společnosti Veriteľ a. s., a trvají na tom, že VšZP nebyla v roce 2006 udělena žádná dotace a že při této operaci šlo spíše o běžnou úhradu existujících nesporných závazků státem. Slovenské orgány poskytly další podrobnosti o převodech pojistného kmene DZP na VšZP a pojistného kmene EZP na SZP a tvrdí, že ani tyto převody neposkytly SZP/VšZP selektivní výhodu podle čl. 107 odst. 1 Smlouvy. Poskytly i další informace o systému RES, vysvětlily zejména způsob, jakým se v letech 2006 až 2012 (měsíčně a ročně) rozdělovaly příspěvky, a tvrdily, že ani toto opatření nepředstavuje státní podporu, neboť jsou jeho prostřednictvím vyrovnávána rizika, jež jsou součástí systému z důvodu existence jednotných sazeb příspěvků pro všechny skupiny pojištěnců s různým stupněm rizika.

(74) Slovenské orgány věnovaly své připomínky k rozhodnutí o zahájení řízení obhajobě svého stanoviska, že SZP/VšZP z důvodu neexistence hospodářské činnosti nepředstavují podniky a že předmětná opatření jsou v souladu se zásadou investora v tržním hospodářství, že neposkytla SZP/VšZP výhodu, a že tedy nepředstavují podporu. Nepovažovaly tudíž za potřebné předkládat argumenty týkající se slučitelnosti údajných opatření podpory.

7. **POSOUZENÍ OPATŘENÍ**

(75) V čl. 107 odst. 1 SFEU se stanoví: „Podpory poskytované v jakékoli formě státem nebo ze státních prostředků, které narušují nebo mohou narušit hospodářskou soutěž tím, že zvýhodňují určité podniky nebo určitá odvětví výroby, jsou, pokud ovlivňují obchod mezi členskými státy, neslučitelné s vnitřním trhem, […].“

(76) Podle čl. 107 odst. 1 SFEU se pravidla státní podpory stanovená ve SFEU uplatní pouze v případě, je-li příjemcem podpory „podnik“. V judikatuře Soudního dvora Evropské unie se podnik pro účely čl. 107 odst. 1 Smlouvy vymezuje jako jakýkoli subjekt vykonávající hospodářskou činnost nezávisle na jeho právním postavení či způsobu jeho financování ([36]). Označení konkrétního subjektu za podnik tedy závisí plně na tom, má-li jeho činnost povahu hospodářskou, nebo nehospodářskou.

(77) Jak bylo vysvětleno v rozhodnutí o zahájení řízení, otázka, zdali opatření přijatá ve prospěch SZP/VšZP představují státní podporu, tedy závisí v prvé řadě na tom, zda a do jaké míry SZP/VšZP při působení v rámci systému povinného zdravotního pojištění ve Slovenské republice jednají jako podniky, neboť by mohly být považovány za subjekty uskutečňující hospodářskou činnost, jak je vymezeno v judikatuře.

(78) Podle Soudního dvora Evropské unie je za hospodářskou činnost považována činnost spočívající v nabízení výrobků a/nebo služeb na daném trhu ([37]). Otázka, zda pro určité služby existuje trh, může v této souvislosti záviset na způsobu, jakým jsou tyto služby organizovány v dotyčném členském státě ([38]). Pravidla státní podpory se použijí pouze tehdy, pokud je určitá činnost vykonávána v tržním prostředí. Hospodářská povaha služeb stejného druhu se proto může v jednotlivých členských státech lišit. S ohledem na politickou volbu či hospodářský vývoj se kromě toho může označení dané služby časem změnit. Činnost, která dnes tržní činnost nepředstavuje, se jí v budoucnu může stát, a naopak ([39]).

(79) Pokud jde o poskytování zdravotní péče, zařazení systémů zdravotní péče mezi systémy zahrnující hospodářskou činnost závisí na politických a hospodářských specifikách a na jejich konkrétní podobě a struktuře v dotčeném členském státě. Judikatura Soudního dvora Evropské unie v podstatě rozlišuje mezi systémy založenými na zásadě solidarity a systémy hospodářskými ([40]).

([36]) Viz například spojené věci Pavlov a další, C-180/98 až C-184/98, Sb. rozh. 2000, s. I-6451, bod 74.
([37]) Věc Komise vs. Itálie, 118/85, Sb. rozh. 1987, s. 2599, bod 7; věc Komise vs. Itálie, C-35/96, Sb. rozh. 1998, s. I-3851, bod 36; spojené věci Pavlov a další, C-180/98 až C-184/98, bod 75.
([38]) Spojené věci Poucet a Pistre, C-159/91 a C-160/91, Sb. rozh. 1993, s. I-637.
([39]) Viz též sdělení Komise o použití pravidel Evropské unie v oblasti státní podpory na vyrovnávací platbu udělenou za poskytování služeb obecného hospodářského zájmu („sdělení z roku 2012 o službách obecného hospodářského zájmu“) (Úř. věst. C 8, 11.1.2012, s. 5), bod 12.
([40]) Komise shrnula příslušnou judikaturu Soudního dvora Evropské unie v oblasti uplatňování těchto pravidel na financování systémů sociálního zabezpečení a zdravotní péče ve sdělení Komise z roku 2012 o sdělení Komise o použití pravidel Evropské unie v oblasti státní podpory na vyrovnávací platbu udělenou za poskytování služeb obecného hospodářského zájmu („sdělení z roku 2012 o službách obecného hospodářského zájmu“).

(80) K určení toho, zda je systém sociálního zabezpečení založen na solidaritě, a tudíž nezahrnuje hospodářskou činnost, používá judikatura Soudního dvora Evropské unie soubor kritérií. V této souvislosti může být relevantní vícero faktorů: i) zda je účast v systému povinná ([41]); ii) zda má systém výhradně sociální účel ([42]); iii) zda je systém neziskový ([43]); iv) zda jsou plnění nezávislá na odvedených příspěvcích ([44]); v) zda výše plnění není nutně úměrná výši příjmů pojištěnců ([45]) a vi) zda na systém dohlíží stát ([46]).

(81) Na rozdíl od systémů založených na solidaritě se systémy hospodářské obvykle vyznačují: i) nepovinným členstvím ([47]); ii) uplatňováním zásady kapitalizace, tj. závislostí nároků na odvedených příspěvcích a finančních výsledcích systému ([48]); iii) orientací na dosahování zisku ([49]) a iv) poskytováním doplňkového plnění v porovnání se základním systémem ([50]).

(82) V případě určitých systémů dochází ke kombinaci prvků obou kategorií (systému založeného na solidaritě a systému hospodářského) ([51]), takže aby bylo možné určit, zda má konkrétní systém hospodářskou, anebo nehospodářskou povahu, musí Komise v rámci daného systému ověřit přítomnost každého z jednotlivých prvků uvedených ve dvou předchozích bodech odůvodnění a musí posoudit význam těchto prvků ([52]).

(83) Konečné určení toho, zda je poskytování služeb povinného zdravotního pojištění ve Slovenské republice nehospodářskou, nebo hospodářskou činností, tedy bude záviset na důkladné analýze konkrétního způsobu organizace a výkonu této činnosti v daném členském státě, a bude tudíž pro systém povinného zdravotního pojištění v dotčeném členském státě specifické. K této obecné skutečnosti bude Komise přihlížet při posuzování toho, zda sporná opatření údajně poskytnutá SZP/VšZP představují státní podporu jakožto opatření poskytnutá „podniku" ve smyslu čl. 107 odst. 1 Smlouvy.

(84) Několik prvků týkajících se převážně fungování tohoto systému a skutečnost, že ústředním prvkem systému je zásada solidarity, poukazují na nehospodářskou povahu slovenského systému zdravotního pojištění, zejména pokud jde o jeho sociální znaky a cíle.

(85) Za prvé, účast v programu veřejného zdravotního pojištění je ze zákona povinná pro většinu obyvatel Slovenské republiky a služby zdravotní péče hrazené z povinného zdravotního pojištění jsou poskytovány bez ohledu na výši příspěvků, které pojištěnec odvede. Pojištěnec má právo si svobodně vybrat kteroukoli zdravotní pojišťovnu a na základě povinnosti umožnit svobodný vstup ho zdravotní pojišťovna, kterou si vybral, nesmí odmítnout pojistit z důvodu jeho věku, zdravotního stavu či rizika onemocnění ([53]).

([41]) Spojené věci Poucet a Pistre, C-159/91 a C-160/91, Sb. rozh. 1993, s. I-637, bod 13.
([42]) Věc Cisal a INAIL, C-218/00, Sb. rozh. 2002, s. I-691, bod 45.
([43]) Spojené věci AOK Bundesverband, C-264/01, C-306/01, C-354/01 a C-355/01, Sb. rozh. 2004, s. I-2493, body 47 až 55.
([44]) Spojené věci Poucet a Pistre, C-159/91 a C-160/91, již citováno, body 15–18.
([45]) Věc Cisal a INAIL, C-218/00, již citováno, bod 40.
([46]) Spojené věci Poucet a Pistre, C-159/91 a C-160/91, již citováno, bod 14; věc Cisal a INAIL, C-218/00, již citováno, body 43–48; spojené věci AOK Bundesverband, C-264/01, C-306/01, C-354/01 a C-355/01, již citováno, body 51–55.
([47]) Věc Albany, C-67/96, Sb. rozh. 1999, s. I-5751, body 80–87.
([48]) Věc FFSA a další, C-244/94, již citováno, body 9 a 17–20; věc Albany, C-67/96, již citováno, body 81–85; viz též spojené věci Brentjens, C-115/97 až C-117/97, Sb. rozh. 1999, s. I-6025, body 81–85; věc Drijvende Bokken, C-219/97, Sb. rozh. 1999, s. I-6121, body 71–75, a spojené věci Pavlov, C-180/98 až C-184/98, již citováno, body 114 a 115.
([49]) Spojené věci Brentjens, C-115/97 až C-117/97, již citováno.
([50]) Spojené věci Pavlov a další, C-180/98 až C-184/98, již citováno.
([51]) Viz např. posouzení významu, jež provedl Soudní dvůr ve věci Kattner Stahlbau, C-350/07, Sb. rozh. 2009, s. I-1513, zejména body 33–68.
([52]) V této souvislosti je nutno poznamenat, že v nedávném rozsudku (rozsudek ze dne 12. září 2013 ve věci Německo vs. Komise, T-347/09, dosud nezveřejněno), na nějž se ve svých připomínkách k rozhodnutí o zahájení řízení odvolává pojišťovna Dôvera jakožto stěžovatel, byla pouze potvrzena skutečnost, že i neziskové organizace mohou nabízet zboží a služby na trhu (viz též sdělení o službách obecného hospodářského zájmu z roku 2012, bod 9 s odkazem na judikaturu). To však nic nemění na skutečnosti, že se závěr ohledně hospodářské, nebo nehospodářské povahy činnosti v daném případě musí opírat o přítomnost a posouzení individuálního významu každého z jednotlivých prvků.
([53]) Viz 23. až 25. bod odůvodnění.

(86) Za druhé, povinné zdravotní pojištění na Slovensku je založeno na příspěvcích, které jsou pevně stanoveny zákonem ve výši úměrné příjmu pojištěnce a které se nezakládají na rozsahu pojištěného rizika (věk, zdravotní stav, rizika onemocnění pojištěnce). Mezi výší příspěvků odvedených jednotlivcem do systému a výší jím pobíraného plnění ze systému navíc neexistuje přímá souvislost. Z tohoto důvodu nemají pojišťovny možnost ovlivnit ani výši příspěvků, ani minimální úroveň krytí, na niž mají pojištěnci nárok, neboť tyto parametry stanoví vnitrostátní právní předpisy.

(87) Za třetí, všichni pojištěnci mají zákonem zaručenu stejnou základní úroveň plnění, která je ve skutečnosti velmi vysoká, neboť pokrývá téměř všechny úkony zdravotní péče poskytované na území Slovenské republiky. To znamená, že prostřednictvím systému povinného zdravotního pojištění je poskytována prakticky veškerá zdravotní péče ([54]). Prostřednictvím systému RES je ve Slovenské republice zaručeno sdílení pojistných rizik, čímž je solidarita ještě více posílena. Slovenský systém navíc stanoví zásadu společné tarifikace, takže pojišťovatelé nemohou stanovovat různou výši pojistného v závislosti na pojistném riziku. Současně jsou prostřednictvím vyrovnávání rizik částečně kompenzováni ti pojišťovatelé, kteří mají v pojistném kmeni rizikovější demografický profil. K této kompenzaci dochází přerozdělováním prostředků od pojišťovatelů, kteří hradí méně, než činí průměrná výše plnění, ve prospěch pojišťovatelů, kteří svým pojištěncům hradí více, než činí tato průměrná výše ([55]).

(88) Kromě uvedeného sociálního a solidárního charakteru Komise připomíná, že organizace a výkon povinného zdravotního pojištění ve Slovenské republice probíhají v souladu se silným regulačním rámcem: postavení, práva a povinnosti všech zdravotních pojišťoven jsou určeny v zákonech, jimiž jsou stanoveny podrobné podmínky, a zdravotní pojišťovny působí pod přísným dohledem státu ([56]).

(89) Na základě této charakteristiky dospěla Komise k závěru, že slovenský systém povinného zdravotního pojištění nemá hospodářskou povahu, a že SZP/VšZP tudíž nelze pokládat za „podnik" ve smyslu čl. 107 odst. 1 Smlouvy ([57]).

(90) Komise uznává, že určité znaky slovenského systému povinného zdravotního pojištění by mohly naznačovat hospodářskou povahu činností vykonávaných v jeho rámci: i) přítomnost několika (veřejných a soukromých) poskytovatelů pojištění v odvětví povinného zdravotního pojištění ve Slovenské republice; ii) určitý stupeň hospodářské soutěže mezi těmito poskytovateli zdravotního pojištění, kteří iii) vykonávají činnost orientovanou na dosahování zisku, a iv) skutečnost, že Ústavní soud Slovenské republiky označil tuto činnost za otevřenou hospodářské soutěži. Komise se však domnívá, že přítomnost těchto znaků nezpochybňuje její závěr, že povinné zdravotní pojištění ve Slovenské republice představuje nehospodářskou činnost.

(91) Za prvé, Komise konstatuje, že existence několika (veřejných a soukromých) subjektů působících v odvětví povinného zdravotního pojištění sama o sobě nepoukazuje na hospodářskou povahu jejich činností v systému, v němž – jako bylo vysvětleno v 85. až 87. bodě odůvodnění – převládají sociální znaky a cíle systému, v němž ústředním prvkem fungování systému je zásada solidarity a v němž je státní dohled nad tímto systémem přísný. Takovýto výklad by přisoudil nepřiměřený význam spíše organizačním opatřením, která si vybral členský stát při řízení části svého systému sociálního zabezpečení, nežli podstatě daného systému ([58]).

(92) Za druhé, z judikatury Soudního dvora Evropské unie vyplývá, že ani existence prostoru pro hospodářskou soutěž v systému zdravotního pojištění, ani skutečně fungující hospodářská soutěž, i kdyby její existence byla záměrem zákonodárce a i kdyby ji potvrdily soudy, nemusí nutně poukazovat na hospodářskou povahu dotčené činnosti. Soudní dvůr Evropské unie objasnil, že pro určení toho, zda povaha činností vykonávaných v rámci zákonného systému zdravotního pojištění – který podobně jako slovenský systém poskytuje určitý prostor pro

([54]) Viz 26. až 29. bod odůvodnění.
([55]) Viz 23. až 25. bod odůvodnění.
([56]) Viz 32. bod odůvodnění uvedený výše.
([57]) Slovenský systém povinného zdravotního pojištění se svými znaky podobá německému zákonnému systému veřejného zdravotního pojištění, jejž posuzoval Soudní dvůr Evropské unie ve spojených věcech AOK Bundesverband, C-264/01, C-306/01, C-354/01 a C-355/01. Soudní dvůr Evropské unie označil německý systém za nehospodářský a zvlášť zdůraznil, že německé zdravotní pojišťovny jsou ze zákona povinny nabízet svým pojištěncům povinná plnění, která jsou v zásadě totožná, která určuje stát a která nezávisí na výši odvodů pojištěnců. Zdravotní pojišťovny si tak navzájem nekonkurují, pokud jde o poskytování povinných zákonných plnění, a jsou zapojeny do systému vyrovnávání rizik (viz body 52 až 54 uvedeného rozsudku).
([58]) Viz též věc Kattner Stahlbau, C-350/07, již citováno, bod 53, a zejména stanovisko generálního advokáta Mazáka v této věci (bod 59).

hospodářskou soutěž – je hospodářská, nebo nehospodářská, jsou rozhodujícími prvky: povaha a úroveň této hospodářské soutěže, okolnosti, za nichž se tato hospodářská soutěž uskutečňuje, a přítomnost a význam dalších důležitých faktorů ([59]). V tomto případě není dovolen onen druh hospodářské soutěže, který je pro spotřebitele nejzajímavější, totiž cenová soutěž v oblasti výše příspěvků, neboť poskytovatelé zdravotního pojištění ve Slovenské republice nemohou měnit výši těchto příspěvků, která je pevně stanovena zákonem. Prostor pro soutěž v oblasti kvality je navíc poměrně omezený, neboť ve slovenském systému povinného zdravotního pojištění se počítá s velmi širokým spektrem zákonných plnění, která jsou stejná pro všechny pojištěnce, v důsledku čehož zůstává jen malý prostor pro poskytovatele pojištění, v němž mohou soutěžit o klienty na základě nabídky doplňkových (bezplatných) plnění. Poskytovatelé zdravotního pojištění si navzájem nekonkurují, neboť nemají žádnou možnost ovlivňovat ani tato zákonná plnění, ani poskytování povinných zákonných plnění v souvislosti se zdravotní péčí, které je jejich hlavní funkcí.

(93) Za třetí, Komise se domnívá, že nehospodářskou povahu činnosti povinného zdravotního pojištění neovlivňuje skutečnost, že si zdravotní pojišťovny konkurují v oblasti kvality a v oblasti efektivního obstarávání nákupem kvalitních služeb zdravotní péče a souvisejících služeb od poskytovatelů za konkurenční ceny. Zdravotní pojišťovny tak prostřednictvím činnosti, kterou lze oddělit od jejich smluv s pojištěnci v rámci povinného zdravotního pojištění, obstarávají vstupy nutné k tomu, aby mohly plnit svou úlohu v tomto systému. Z judikatury Soudního dvora Evropské unie vyplývá, že má-li systém povinného zdravotního pojištění s ohledem na své základní znaky nehospodářskou povahu, pak má nehospodářskou povahu rovněž obstarávání vstupů potřebných k fungování tohoto systému ([60]).

(94) Za čtvrté, skutečnost, že podle právních předpisů v oblasti povinného zdravotního pojištění ve Slovenské republice je poskytovatelům zdravotního pojištění umožněno dosahovat zisků a rozdělovat jejich část svým akcionářům, nemění nehospodářskou povahu jejich činností, neboť je vykonávají v systému, v němž je výrazná přítomnost všech uvedených znaků naznačujících nehospodářskou povahu činností. Skutečnost, že poskytovatelé zdravotního pojištění mohou dosahovat zisků a část z nich rozdělovat, nemůže sama o sobě zvrátit převahu sociálních znaků a cílů systému, změnit jeho ústřední úlohu, kterou je zásada solidarity, ani se dotknout striktní míry regulace a dohledu státu, za nichž funguje. Komise v souvislosti s touto státní regulací připomíná, že je možnost dosahovat zisků a tyto zisky používat a rozdělovat omezena, mj. zákonnými povinnostmi, které pojišťovnám ve Slovenské republice ukládá stát a jejichž účelem je zabezpečit životaschopnost a kontinuitu povinného zdravotního pojištění se všemi jeho převládajícími sociálními a solidárními cíli ([61]). Svoboda dosahovat zisků a tyto zisky používat a rozdělovat je tedy v odvětví povinného zdravotního pojištění ve Slovenské republice podstatně omezenější než v běžných obchodních odvětvích a je podřízena dosažení sociálních a solidárních cílů.

(95) S ohledem na omezenou hospodářskou soutěž, jež byla do systému povinného zdravotního pojištění ve Slovenské republice zavedena (v podobě omezené hospodářské soutěže v oblasti kvality s tím, že neprobíhá žádná cenová soutěž), a s ohledem na omezený způsob dosahování a používaní zisků nepředstavují prvky hospodářské soutěže a zaměření na zisk, které jsou ve slovenském systému povinného zdravotního pojištění přítomny, zpochybnění převládajících sociálních, solidárních a regulačních znaků, které svědčí o nehospodářské povaze činností vykonávaných v rámci tohoto systému ze strany zdravotních pojišťoven. Prvky hospodářské soutěže a zaměření na zisk, které jsou ve slovenském systému povinného zdravotního pojištění přítomny, by měly být považovány spíše za prvky určené ke sledování hlavního cíle, jímž je motivovat pojišťovny k tomu, aby svou činnost vykonávaly v souladu se zásadami řádného hospodaření v zájmu řádného fungování daného systému sociálního zabezpečení, tedy za prvky, jež takto zabezpečují dosažení sociálních a solidárních cílů systému ([62]).

(96) Skutečnost, že Ústavní soud Slovenské republiky (při posuzování možného porušení práva podnikat, jež zaručuje Ústava Slovenské republiky) označil slovenský systém povinného zdravotního pojištění za oblast „zahrnutou do sféry hospodářské soutěže“, podle názoru Komise neznamená, že jsou v tomto systému vykonávány činnosti hospodářské povahy ve smyslu pravidel státní podpory. Ústavní soud Slovenské republiky byl totiž v uvedeném případě požádán, aby přezkoumal, zda byl legislativní zákaz rozdělování zisku zdravotních pojišťoven

([59]) Komise v této souvislosti připomíná, že ani skutečnost, že mezi německými zdravotními pojišťovnami ve věci AOK (spojené věci AOK Bundesverband, C-264/01, C-306/01, C-354/01 a C-355/01) existovala jakási cenová soutěž spočívající v určitém manévrovacím prostoru, pokud jde o sazby příspěvků pojištěnců, nezpochybňuje nález Soudu, podle něhož pojišťovny nevykonávaly hospodářskou činnost. Zavedení prvku hospodářské soutěže v oblasti výše příspěvků s cílem motivovat zdravotní pojišťovny k tomu, aby svou činnost vykonávaly v souladu se zásadami řádného hospodaření, tedy co nejefektivněji a s co nejnižšími náklady, bylo podle Soudního dvora Evropské unie v zájmu řádného fungování německého systému sociálního zabezpečení. Sledování tohoto cíle podle Soudního dvora Evropské unie nijak nemění povahu činnosti zdravotních pojišťoven (viz bod 56 uvedeného rozsudku).

([60]) Viz věc FENIN, T-319/99, Sb. rozh. 2003, s. II-357 (zejména bod 37).

([61]) 84. až 88. bod odůvodnění.

([62]) I se zřetelem k hlavnímu cíli reformy (týkajícímu se efektivity) uvedenému v 13. bodě odůvodnění.

z roku 2007 v souladu s Ústavou Slovenské republiky (porušení vlastnického práva, práva na ochranu majetku a práva podnikat) a zda byl slučitelný s články 18, 49, 54 a 63 Smlouvy, a to bez přihlédnutí k právním předpisům EÚ o hospodářské soutěži a k pravidlům státní podpory. Ústavní soud Slovenské republiky rozhodl, že tento zákaz porušuje Ústavu Slovenské republiky, a proto neexistoval důvod diskutovat o podstatných prvcích pravidel vnitřního trhu EU nebo rozhodnout, zda byla tato pravidla porušena.

(97) S ohledem na uvedené skutečnosti, na zvláštnosti předmětného případu a na přítomnost a význam důležitých ukazatelů nelze činnost povinného zdravotního pojištění organizovanou a vykonávanou ve Slovenské republice považovat za hospodářskou činnost.

(98) S ohledem na uvedené skutečnosti dospěla Komise k závěru, že SZP/VšZP jakožto příjemce sporných opatření nelze považovat za podniky ve smyslu čl. 107 odst. 1 Smlouvy, a že tedy tato opatření nemají za následek poskytnutí státní podpory ve smyslu uvedeného ustanovení.

(99) Není tedy dána potřeba zkoumat další podmínky týkající se existence státní podpory ve smyslu čl. 107 odst. 1 SFEU ani posuzovat slučitelnost sporných opatření.

8. **ZÁVĚR**

(100) Vzhledem k uvedeným skutečnostem dospěla Komise k závěru, že sporná opatření nepředstavují státní podporu ve smyslu čl. 107 odst. 1 Smlouvy,

PŘIJALA TOTO ROZHODNUTÍ:

Článek 1

Následující opatření, jež Slovenská republika poskytla společnosti Spoločná zdravotná poisťovňa a.s. (SZP) a/nebo společnosti Všeobecná zdravotná poisťovňa a.s. (VšZP), nepředstavují podporu ve smyslu čl. 107 odst. 1 Smlouvy:

a) zvýšení základního kapitálu SZP o 450 mil. SKK, jež bylo provedeno v období mezi 28. listopadem 2005 a 18. lednem 2006;

b) splacení dluhu SZP, jež v letech 2003 až 2006 provedla společnost Veriteľ a.s.;

c) dotace poskytnutá SZP ministerstvem zdravotnictví v roce 2006;

d) zvýšení základního kapitálu VšZP o 65,1 mil. EUR k 1. lednu 2010;

e) systém vyrovnávání rizik zřízený na základě části 3 zákona č. 580/2004 z. z.; a

f) převod pojistných kmenů zrušených zdravotních pojišťoven, zejména pojistného kmene společnosti Družstevná zdravotná poisťovňa na VšZP a pojistného kmene společnosti Evropská zdravotná poisťovňa, na SZP.

Článek 2

Toto rozhodnutí je určeno Slovenské republice.

V Bruselu dne 15. října 2014

Za Komisi
Joaquín ALMUNIA
místopředseda