KOMMISSIONENS AFGØRELSE (EU) 2015/248

af 15. oktober 2014

om foranstaltningerne i SA.23008 (2013/C) (ex 2013/NN) gennemført af Den Slovakiske Republik for Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (SZP) og Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VZP)

(meddelt under nummer C(2014) 7277)

(Kun den slovakiske udgave er autentisk)

(EØS-relevant tekst)

EUROPA-KOMMISSIONEN HAR —

under henvisning til traktaten om Den Europæiske Unions funktionsmåde, særlig artikel 108, stk. 2, første afsnit,

under henvisning til aftalen om Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde, særlig artikel 62, stk. 1, litra a),

efter at have opfordret de interesserede parter til at indsende deres bemærkninger i henhold til ovenstående bestemmelser ([1]), og

ud fra følgende betragtninger:

1. SAGSFORLØB

(1) Den 2. april 2007 modtog Kommissionen en klage fra det privatejede slovakiske sundhedsforsikringsselskab Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s. (»Dôvera« eller »klageren«) om påstået statsstøtte til det statsejede sundhedsforsikringsselskab Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (»SZP«) i form af en forøgelse af selskabets registrerede kapital på 450 mio. SKK (ca. 15 mio. EUR) pr. 26. januar 2006.

(2) Kommissionen anmodede Den Slovakiske Republik om oplysninger den 21. august 2009. Efter en forlængelse af svarfristen fremsendte de slovakiske myndigheder de ønskede oplysninger pr. brev af 24. september 2009.

(3) Ved brev af 26. februar 2010 anmodede Kommissionen Den Slovakiske Republik om supplerende oplysninger om kapitaltilførslen, og den anmodede om oplysninger om den slovakiske risikoudligningsordning, der muligvis også kunne opfattes som statsstøtte. Ved brev af 25. marts 2010 anmodede de slovakiske myndigheder om at få forlænget den til Kommissionens anmodning knyttede svarfrist, hvilket Kommissionen accepterede ved brev af 31. marts 2010. Kommissionen rykkede Den Slovakiske Republik for svar den 16. juni 2010, og de slovakiske myndigheder fremsendte oplysningerne pr. brev af 9. juli 2010. I henhold til Kommissionens anmodning i brev af 4. november 2010 fremsendte Den Slovakiske Republik en ikkefortrolig udgave af svaret den 3. december 2010.

(4) Den 1. januar 2010 fusionerede SZP med Slovakiets andet statsejede sundhedsforsikringsselskab Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (»VZP«). Fra 1998 og frem til mindst 2005 modtog disse to statsejede aktieselskaber forsikringsporteføljer fra andre sundhedsforsikringsselskaber.

(5) På to møder mellem Kommissionen og Dôvera, der blev afholdt den 10. oktober 2010 og den 15. marts 2011, blev klagen og det slovakiske marked for sundhedsforsikringers funktionsmåde drøftet. Dôvera fremsendte supplerende oplysninger om markedet for sundhedsforsikringer i Slovakiet den 15. juli 2011 og udvidede klagen med tre nye foranstaltninger, der angiveligt var blevet iværksat til fordel for SZP og VZP: i) betaling af SZP's gæld foretaget af den statsejede virksomhed Veriteľ a. s. i 2004-2005 ved to betalinger på 52,7 mio. EUR og 28 mio. EUR, ii) et tilskud på 7,6 mio. EUR ydet til SZP i 2006 af sundhedsministeriet og iii) en statsfinansieret kapitalforøgelse i VZP på 65,1 mio. EUR, som blev foretaget den 1. januar 2010. Kommissionen opfordrede derfor de slovakiske myndigheder til at fremsætte bemærkninger til den udvidede klage samt de nye påstande. Efter at svarfristen var blevet forlænget, fremsatte de slovakiske myndigheder deres bemærkninger ved brev af 11. november 2011.

([1]) EUT C 278 af 26.9.2013, s. 28.

(6) Efter et møde med Kommissionens tjenestegrene den 15. december 2011 fremsendte Dôvera supplerende oplysninger om markedet for sundhedsforsikringer ved brev af 16. januar 2012.

(7) Ved brev af 2. juli 2013 meddelte Kommissionen Den Slovakiske Republik, at den havde besluttet at indlede proceduren efter artikel 108, stk. 2, i traktaten (»indledningsafgørelsen«). Indledningsafgørelsen blev offentliggjort i *Den Europæiske Unions Tidende* ([2]), og interesserede parter blev opfordret til at fremsætte bemærkninger.

(8) Ved brev af 24. juli 2013 anmodede de slovakiske myndigheder om at få forlænget fristen for fremsættelse af bemærkninger til indledningsafgørelsen, hvilket Kommissionen accepterede ved brev af 30. juli 2013. Ved brev af 27. august 2013 fremsendte Den Slovakiske Republik sine bemærkninger til indledningsafgørelsen.

(9) Kommissionen modtog bemærkninger til indledningsafgørelsen fra fem tredjeparter: institut for økonomiske og sociale reformer (INEKO) ved brev af 15. oktober 2013, Union zdravotná poisťovňa, a. s. (»sundhedsforsikringsforeningen«) ved brev af 25. oktober 2013, sundhedspolitisk institut ved brev af 28. oktober 2013, Združenie zdravotných poisťovní SR (»ZZP«, foreningen af sundhedsforsikringsselskaber i Slovakiet) ved brev af 28. oktober 2013 og Dôvera ved brev af 11. november 2013.

(10) Disse bemærkninger blev sendt videre til de slovakiske myndigheder ved brev af 20. november og 20. december 2013. Den 20. december 2013 anmodede de slovakiske myndigheder om en forlængelse af fristen for at reagere på disse bemærkninger til den 31. januar 2014, hvilket Kommissionen accepterede samme dag. Ved brev af 29. januar 2014 reagerede de slovakiske myndigheder på tredjeparternes bemærkninger til indledningsafgørelsen.

(11) Den 2. april 2014 blev der afholdt et møde mellem Kommissionens tjenestegrene og de slovakiske myndigheder.

(12) Den 11. april 2014 og den 25. august 2014 fremsendte Kommissionen yderligere anmodninger om oplysninger, som Slovakiet besvarede ved breve af henholdsvis den 15. maj 2014 og den 27. august 2014.

2. **BAGGRUND**

2.1. UDVIKLINGEN I DET OBLIGATORISKE SYGESIKRINGSSYSTEM I SLOVAKIET

(13) I 1994 gik Slovakiet fra et enkelt statsstyret system af forsikringsselskaber over til en pluralistisk model med både offentlige og private enheder. Ved en gennemgribende reform, som omfattede lov nr. 581/2004 og 580/2004, der trådte i kraft den 1. januar 2005 (»2005-reformen«), blev reglerne for omfordeling af de indbetalte sundhedsforsikringsbidrag ændret, og alle forsikringsselskaber (uanset om de var statsejede eller privatejede) gik fra at være juridiske enheder sui generis til at være registrerede selskaber med begrænset ansvar (dvs. privatretlige aktieselskaber med vinding for øje). Der blev oprettet en uafhængig slovakisk sundhedstilsynsmyndighed, som fik til opgave at udstede driftsgodkendelser og føre tilsyn med forsikringsselskabernes overholdelse af de gældende bestemmelser. Disse reformer havde primært til formål at sikre en mere effektiv anvendelse af de tilgængelige midler og at forbedre sundhedsydelsernes kvalitet ([3]).

(14) I Slovakiet udbyder alle sundhedsforsikringsselskaber, offentlige som private, obligatorisk sygesikring til de slovakiske indbyggere ([4]). Muligheden i lov nr. 580/2004 for også at udbyde individuel sundhedsforsikring som et supplement til den grundlæggende ydelsespakke under den obligatoriske sygesikring har været anvendt marginalt

([2]) Se fodnote 1.

([3]) Se også 2004-rapporten, Hlavačka S, Wágner R, Riesberg A., »Health care systems in transition: Slovakia« (vol. 6, nr. 10 2004), s. 36 ff., udgivet af European Observatory on Health Systems and Policies (findes på http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf), særlig s. 99.

([4]) I henhold til § 3 i lov nr. 580/2004 skal en fysisk person, der har permanent ophold i Den Slovakiske Republik, være forsikret under det offentlige sundhedsforsikringssystem. Loven indeholder en række undtagelser, men kun for personer, der har en sundhedsforsikring i et andet land. I § 3 fastsættes det ligeledes, hvilke personer der skal være forsikret under det offentlige sundhedsforsikringssystem, også selv om de ikke har permanent ophold i Den Slovakiske Republik. I denne afgørelse bruges termen »slovakisk indbygger« om alle personer, der skal være forsikret under det offentlige sundhedsforsikringssystem.

som følge af de omfattende sundhedsydelser, der er dækket af det obligatoriske system. ([5]) Derudover gav en retsakt i 2005 alle sundhedsforsikringsselskaber mulighed for at udbyde frivillig sundhedsforsikring til dem, der er udelukket fra den obligatoriske sygesikring ([6]).

(15) I 2007 ændrede lov nr. 530/2007 lov nr. 581/2004 og forbød forsikringsselskaber, der var aktive på markedet for obligatorisk sygesikring, at udbetale overskud i form af dividende med virkning fra den 1. januar 2008, hvilket indebar en forpligtelse til at geninvestere overskud genereret i det slovakiske sundhedssystem. Det betød, at sundhedsforsikringsselskaberne ikke måtte udlodde overskud overhovedet fra og med januar 2008. Den 26. januar 2011 fastslog den slovakiske forfatningsdomstol imidlertid, at forbuddet mod overskudsudlodning var uforeneligt med flere af bestemmelserne i den slovakiske forfatning. I forlængelse af denne dom ændrede de slovakiske myndigheder i juli 2011 lov nr. 530/2007 ved lov nr. 250/2011, så sundhedsforsikringsselskaberne igen på visse vilkår ([7]) kunne udlodde overskud (til deres aktionærer), som var fremkommet ved udøvelse af obligatorisk sygesikringsvirksomhed. På baggrund af disse lovgivningsmæssige ændringer afsluttede Kommissionen en traktatbrudsprocedure vedrørende restriktionen for overskudsudbetaling i december 2011 ([8]).

(16) Den 31. oktober 2012 godkendte de slovakiske myndigheder en projektplan for oprettelsen af et enkelt nonprofit-system for obligatorisk sygesikring i Den Slovakiske Republik, som skulle indføres enten ved frivillige opkøb (frem til den 1. januar 2014) af de privatejede sundhedsforsikringsselskaber eller ved ekspropriering heraf (frem til den 1. juli 2014), og som skulle udmønte sig i oprettelse af et enkelt (statsejet) sundhedsforsikringsselskab ([9]). Men på tidspunktet for denne afgørelses vedtagelse var ingen af tiltagene i den nævnte projektplan imidlertid blevet iværksat ([10]).

2.2. SUNDHEDSFORSIKRINGSSELSKABER I SLOVAKIET

(17) I henhold til slovakisk lovgivning defineres et sundhedsforsikringsselskab som et aktieselskab, hvis vedtægtsmæssige hjemsted ligger i Den Slovakiske Republik, der er oprettet med henblik på at levere obligatorisk offentlig sygesikring med sundhedstilsynsmyndighedens godkendelse.

(18) De slovakiske indbyggere kan vælge frit mellem følgende tre forsikringsselskabers obligatoriske sygesikringspakker:

a) Det slovakiske statsejede aktieselskab VZP, som blev oprettet den 1. juli 2005. Det blev dannet ved omlægning af den offentlige virksomhed VšZP, der var blevet oprettet i henhold til lov nr. 273/1994 den 1. november 1994 som efterfølger til det nationale forsikringsselskab (Národná poisťovňa) under sygekassestyrelsen. VZP fusionerede med det statsejede selskab SZP den 1. januar 2010 i henhold til lov nr. 533/2009 (og derfor benævnes den samlede enhed i det følgende »SZP/VZP«). Den Slovakiske Republik er eneaktionær i VZP.

b) Det privatejede aktieselskab Dôvera (hvis hovedaktionær er den centraleuropæiske finanskoncern PENTA). Dôvera blev oprettet den 1. oktober 2005 og fusionerede med et andet privatejet slovakisk sundhedsforsikringsselskab, Apollo, den 31. december 2009. I 2010 var den fusionerede enhed Slovakiets største privatejede sundhedsforsikringsselskab.

c) Det privatejede aktieselskab Union zdravotná poisťovňa, a. s. (sundhedsforsikringsforeningen), som blev oprettet den 9. marts 2006, og som er medlem af den nederlandsk baserede Achmea-koncern, tidligere Eureko.

([5]) Se også 2011-rapporten, Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M og van Ginneken E., »Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition« (vol. 13, nr. 2 2011), udgivet af European Observatory on Health Systems and Policies (findes på http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), s. 78.

([6]) Lov nr. 352/2005, dvs. for personer, der ikke har permanent ophold og ikke er arbejdstagere i Slovakiet, og personer, som har permanent ophold i Slovakiet, men har en sundhedsforsikring i et andet land. I henhold til de slovakiske myndigheders reaktion på indledningsafgørelsen blev denne mulighed for frivillig forsikring afskaffet med virkning fra den 1. maj 2010 ved lov nr. 121/2010.

([7]) Der er tale om følgende vilkår: 1) obligatorisk anvendelse af overskud til oprettelse af en reserve på op til 20 % af den indbetalte selskabskapital (reservefonden må kun anvendes til at dække tab) og 2) obligatorisk oprettelse af forsikringsmæssige hensættelser til betaling af planlagte sundhedsydelser for forsikrede på ventelister.

([8]) Traktatbrudsprocedure nr. 2008/4268, hvor Kommissionen sendte den slovakiske regering en åbningsskrivelse i medfør af reglerne for det indre marked, i hvilken den bemærkede, at forbuddet mod sundhedsforsikringsselskabernes frie råderet over overskud fremkommet ved levering af offentlig sundhedsforsikring i Slovakiet i henhold til § 15, stk. 6, i lov nr. 581/2004, udgør en uberettiget restriktion for kapitalbevægelser, jf. artikel 63 i traktaten.

([9]) Den Faste Voldgiftsret har for nylig afvist at være kompetent i forbindelse med de af det nederlandske selskab Achmea (ejeren af sundhedsforsikringsforeningen) fremsatte påstande mod disse planer, se Achmea mod Den Slovakiske Republik, PCA-sag nr. 2013-12, afgørelse af 24. maj 2014, findes på: http://news.achmea.nl/achmea-discloses-awards-of-arbitration-tribunals/.

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

(19) Tabellen nedenfor viser udviklingen i de forskellige selskabers markedsandele inden for den obligatoriske sygesikring i Den Slovakiske Republik i årene 2008-2013 ([11]):

År	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ([1])
Selskaber	Antal forsikrede (%)					
VZP	55,4	55,0	66,74	65,79	64,4	64,09
SZP	13,6	12,0	2010: SZP fusionerer med VZP			
Apollo	8,4	10,0	2010: Apollo fusionerer med 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]) Se også præmis 37 i Den Faste Voldgiftsrets afgørelse af 24. maj 2014 i PCA-sag nr. 2013-12, Achmea mod Den Slovakiske Republik (se fodnote 9).

(20) Alle sundhedsforsikringsselskaber er aktieselskaber, hvor både staten og den private sektor kan være aktionærer. Alle sundhedsforsikringsselskaber skal overholde en række solvenskriterier. De er underlagt strenge budgetmæssige begrænsninger og er fuldt ud ansvarlige for økonomiske underskud. Som private aktieselskaber oprettet under den almindelige selskabsret forvalter sundhedsforsikringsselskaberne selv deres operationer og udgifter til sundhedsydelser.

(21) Sundhedsforsikringsselskaberne må gerne skabe overskud og gør det ([12]). De slovakiske forsikringsselskabers indtægter kommer fra forsikringsbidrag, statsbudgettet (bidrag på vegne af de ikkeerhvervsaktive personer og tilskud til dækning af de stigende udgifter til sundhedsydelser), indtægter fra ejendom, gaver og andre indtægter. Sundhedsforsikringsselskaberne kan bl.a. skabe overskud ved at forbedre deres forvaltningssystemer og føre forhandlinger med sundhedstjenesteyderne, inden de indgår aftaler med dem.

2.3. VIGTIGSTE KENDETEGN FOR DET SLOVAKISKE MARKED FOR OBLIGATORISK SYGESIKRING

2.3.1. **Socialt formål og offentlighedens interesse**

(22) Den obligatoriske sygesikringsordning i Slovakiet forfølger et socialt formål, nemlig at gøre det muligt at levere sundhedsydelser og at opretholde et levedygtigt sundhedsforsikringssystem. Borgerne har ret til sundhedsforsikring, og de slovakiske indbyggere skal være forsikret ([13]). Leveringen af gratis sundhedsydelser, som er baseret på sundhedsforsikringen, er en forfatningsmæssig forpligtelse for Den Slovakiske Republik ([14]). Ifølge de slovakiske myndigheder anses sundhedsforsikringsselskaberne for at opfylde en forfatningsmæssig forpligtelse på statens vegne, når de leverer obligatorisk sygesikring i Den Slovakiske Republik, dvs. levering af sundhedsforsikring til de slovakiske indbyggere ved forvaltning af den obligatoriske sygesikringsordning i Slovakiet. Det er fastsat ved lov, at Den Slovakiske Republik skal finansiere sundhedsvæsenet og dække tab i sundhedssektoren ([15]). I § 2 i lov nr. 580/2004 om sundhedsforsikring er leveringen af obligatorisk offentlig sygesikring en aktivitet i offentlighedens interesse, i forbindelse med hvilken der forvaltes offentlige midler.

([11]) Tallene for 2011-2013 blev indsendt af klageren i dennes bemærkninger til indledningsafgørelsen.
([12]) Indledningsafgørelse, betragtning 23 og 24.
([13]) Pligten til at være forsikret er fastsat ved lov for alle angivne personer (§ 3 i lov nr. 580/2004). Alle de ved lov angivne borgere er juridisk forpligtet til at betale bidrag til den offentlige sundhedsforsikring (§ 11 i lov nr. 580/2004). Manglende betaling af disse bidrag opfattes som en strafbar handling.
([14]) I artikel 40 i den slovakiske forfatning fastsættes følgende blandt de forfatningssikrede »grundlæggende rettigheder og frihedsrettigheder«: »Alle har ret til sundhedsbeskyttelse. Med udgangspunkt i sundhedsforsikringen har borgere ret til gratis sundhedsydelser og til lægemidler på de ved lov fastsatte vilkår.«
([15]) I forbindelse med de lovgivningsmæssige ændringer, der blev vedtaget i 2004, betalte Den Slovakiske Republik en gæld på knap 1 mia. EUR, som sundhedssektoren havde oparbejdet, herunder gæld stiftet af privatejede sundhedsforsikringsselskaber (ifølge de oplysninger, som de slovakiske myndigheder forelagde for Kommissionen den 9. juli 2010).

2.3.2. **Obligatorisk medlemskab, fri optagelse og fælles satser**

(23) I henhold til bestemmelserne i lov nr. 580/2004 og 581/2004 er det obligatorisk for størstedelen af den slovakiske befolkning at deltage i det offentlige sundhedsforsikringsprogram ([16]). Den obligatoriske sygesikring i Slovakiet dækker også personer, der er forsikret i henhold til Rådets forordning (EØF) nr. 1408/71 ([17]), frem til den 30. april 2010, og fra og med den 1. maj 2010 i henhold til Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 ([18]).

(24) De forsikrede har ret til selv at vælge deres sundhedsforsikringsselskab og til at skifte selskab en gang om året. I henhold til pligten til fri optagelse og princippet om fælles satser har de slovakiske sundhedsforsikringsselskaber en juridisk forpligtelse til at give alle slovakiske indbyggere, der anmoder herom, adgang til forsikringsordningen, når de opfylder de juridiske krav, der stilles for sundhedsforsikring i Slovakiet. Sundhedsforsikringsselskaber kan navnlig ikke nægte at forsikre personer på grund af deres alder, sundhedstilstand eller sygdomsrisici ([19]), og de er forpligtet til at udbyde grundlæggende sundhedsforsikring til samme pris for alle, uanset disse faktorer.

(25) Det slovakiske sundhedsforsikringssystem omfatter derfor ligeledes en juridisk struktur for ligelig risikofordeling blandt sundhedsforsikringsselskaberne i form af en risikoudligningsordning. I henhold til risikoudligningsordningen ([20]) modtager sundhedsforsikringsselskaber, der forsikrer personer, som udviser en højere risiko, midler fra forsikringsselskaber, hvis kundeportefølje udviser en mindre risiko, ved månedlig og årlig omfordeling af bidragene og forvaltning af overførsler ([21]).

2.3.3. **Ydelser og indkomstrelaterede bidrag**

(26) Den obligatoriske slovakiske sygesikring er baseret på et system med obligatoriske bidrag. Bidragenes størrelse fastsættes ved lov og står i forhold til den forsikredes indkomst (på samme måde som indkomstskat) og ikke i forhold til den forsikrede risiko (såsom den forsikredes alder eller sundhedstilstand). Disse bidrag, som de slovakiske myndigheder opfatter som en del af de offentlige midler, kommer fra: 1) arbejdstagere og arbejdsgivere, 2) selvstændige, 3) frivilligt arbejdsløse, 4) staten (for de »statsforsikrede«, dvs. en gruppe, der primært består af ikkeerhvervsaktive) og 5) udbyttebetalere.

(27) Alle forsikrede er garanteret det samme grundlæggende ydelsesniveau (»den grundlæggende ydelsespakke«). Der er ikke nogen direkte forbindelse mellem størrelsen af det indbetalte bidrag og de modtagne ydelser ([22]). De sundhedsydelser, der er omfattet af den obligatoriske sygesikring, leveres, uanset hvor stort et bidrag den forsikrede har indbetalt.

(28) Den obligatoriske sygesikrings grundlæggende ydelsespakke dækker stort set alle sundhedsprocedurer i Den Slovakiske Republik, hvilket betyder, at praktisk taget alle sundhedsydelser leveres via denne pakke. For øjeblikket giver den grundlæggende ydelsespakke alle ret til gratis sundhedsydelser bortset fra et par behandlingsformer (f. eks. kosmetisk kirurgi) og delvis betaling af lægemidler og spabehandlinger samt udvalgte sundhedsrelaterede ydelser (f.eks. en tur på skadestuen). Den grundlæggende ydelsespakke kan indsnævres eller udvides ved regeringsdekret (uden forhandlinger i parlamentet). Da den slovakiske forfatning sikrer alle borgere sundhedsydelser under det obligatoriske sygesikringssystem på de ved lov fastsatte vilkår, har forsikringsselskaberne ingen indflydelse på ydelsespuljen, dækningsniveauet eller præmierne for den grundlæggende ydelsespakke, som fastsættes ved lov.

(29) De slovakiske sundhedsforsikringsselskaber kan tilføje en række supplerende rettigheder (ydelser) efter eget valg til den grundlæggende ydelsespakke, som dækker ydelser, der ikke er omfattet af den grundlæggende pakke, men som forsikringsselskaberne tilbyder deres kunder gratis som led i den samme ydelsespakke under den obligatoriske sygesikring. Ifølge de foreliggende oplysninger ser det f.eks. ud til, at sundhedsforsikringsselskaberne kan beslutte at tilbyde større dækning af visse alternative og forebyggende behandlinger i den samme pakke under den obligatoriske sygesikring. Disse supplerende ydelser har ikke noget at gøre med de individuelle sundhedsforsikringsydelser, der kan tilbydes mod betaling.

([16]) Se fodnote 4.
([17]) Rådets forordning (EØF) nr. 1408/71 af 14. juni 1971 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet (EFT L 149 af 5.7.1971, s. 2).
([18]) Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger (EUT L 166 af 30.4.2004, s. 1).
([19]) Se også § 6, stk. 9, i lov nr. 580/2004.
([20]) Del 3 i lov nr. 580/2004.
([21]) Se betragtning 45-47 nedenfor.
([22]) Se lov nr. 577/2004.

2.3.4. **Valg af udbydere af sundhedsydelser og sundhedsydelser**

(30) Sundhedsforsikringsselskaberne har ret til at vælge udbydere af sundhedsydelser og til at forhandle aftaler på plads med læger og hospitaler. Sundhedsforsikringsselskaberne indgår således aftaler med individuelle udbydere af sundhedsydelser. Disse aftaler indgås uafhængigt af hinanden, og en udbyder af sundhedsydelser kan indgå aftaler med alle eller nogle af sundhedsforsikringsselskaberne og omvendt. Sundhedsforsikringsselskaberne refunderer de ydelser, som staten og de private udbydere af sundhedsydelser leverer.

(31) For at sikre sundhedsydelsernes geografiske tilgængelighed har regeringen stillet et krav om et minimumsnetværk for at forbedre kapacitetsplanlægningen. I forbindelse med den obligatoriske sygesikring er sundhedsforsikringsselskaberne ved lov forpligtet til at indgå aftaler med et minimumsnetværk af hospitaler. Hvert sundhedsforsikringsselskab opretter sit eget netværk og udvider minimumsnetværket ved selektiv indgåelse af aftaler med andre hospitaler og udbydere af sundhedsydelser. De sundhedsydelser, som sådanne hospitaler og/eller udbydere af sundhedsydelser leverer, og som er omfattet af den obligatoriske sygesikrings dækning, bliver således dækket af sundhedsforsikringsselskaberne til fordel for de forsikrede. Sundhedsforsikringsselskaberne har visse skønsbeføjelser under forhandlingerne med hospitalerne om prisen på og kvaliteten af de sundhedsydelser, de forsikrede modtager.

2.3.5. **Retsgrundlag**

(32) Den obligatoriske sygesikringsordning i Den Slovakiske Republik reguleres i henhold til særlige bestemmelser. ([23]) Alle sundhedsforsikringsselskaber, som arbejder inden for den obligatoriske sygesikring, har identisk status samt identiske rettigheder og forpligtelser. Dette er fastsat ved lov. Alle sundhedsforsikringsselskaber skal være oprettet med henblik på at udøve offentlig sygesikring og må ikke udføre andre aktiviteter end dem, der fremgår af § 6 i lov nr. 581/2004. De aktiviteter, som de sundhedsforsikringsselskaber, der forvalter den obligatoriske sygesikringsordning, udfører, er underlagt statens overordnede kontrol, som navnlig udøves af sundhedstilsynsmyndigheden, der overvåger og fører tilsyn med sundhedssystemet. Sundhedstilsynsmyndigheden overvåger, at sundhedsforsikringsselskaberne og udbyderne af sundhedsydelser overholder disse lovgivningsmæssige rammer, og griber ind, hvis rammerne bliver overtrådt.

3. BESKRIVELSE AF DE ANFÆGTEDE FORANSTALTNINGER

(33) I denne afgørelse undersøges følgende seks foranstaltninger (der kollektivt benævnes »de anfægtede foranstaltninger«) ([24]):

3.1. KAPITALFORØGELSEN I SZP I 2006

(34) Kommissionen modtog pr. brev af 2. april 2007 en klage fra det privatejede sundhedsforsikringsselskab Dôvera om Den Slovakiske Republiks forøgelse af det statsejede selskab SZP's kapital på 450 mio. SKK (ca. 15 mio. EUR), som fandt sted i tre omgange mellem den 28. november 2005 og den 18. januar 2006.

(35) Kapitalforøgelsen hang sammen med reformen af sundhedssektoren og reformen i 2004-2005 af markedet for sundhedsforsikringer i Den Slovakiske Republik. Da SZP blev oprettet som et aktieselskab i 2005 som den retlige efterfølger til en offentlig institution ([25]), blev selskabet ved lov tvunget til at overtage ikke blot det oprindelige forsikringsselskabs aktiver, men også dets passiver fra før 2005, hvis størrelse betød, at selskabet havde et utilstrækkeligt solvensniveau, jf. kravene i § 14, stk. 1, i lov om sundhedsforsikringsselskaber (lov nr. 581/2004). Passiverne beløb sig til 467,765 mio. SKK (ca. 15,5 mio. EUR) pr. 31. december 2005.

([23]) F.eks. reguleres forholdet mellem den forsikrede og sundhedsforsikringsselskabet ikke ved en kontrakt, men ved lov (se § 4 i lov nr. 580/2004). Overvågningen af sundhedsforsikringsselskaberne og leveringen af sundhedsydelser er ligeledes lovreguleret.

([24]) Foranstaltningerne er beskrevet nærmere i indledningsafgørelsen, betragtning 44-72.

([25]) Som offentlig institution fungerede SZP før 1. maj 2005 som et forsikringsselskab med en specifik og forholdsvis begrænset forsikringsportefølje, selv om det i modsætning til andre sundhedsforsikringsselskaber også var forpligtet til at dække bestemte forebyggende sundhedsydelser og specifikke sundhedsydelser leveret i forbindelse med arbejdsskader og erhvervssygdomme.

3.2. VERITEĽS BETALING AF SZP'S GÆLD

(36) Veriteľ blev oprettet som et nyt statsagentur for at konsolidere gælden i sundhedsvæsenet i 2003 ([26]) og fik af den slovakiske regering til opgave at gennemføre et projekt med henblik på at lette sundhedsfaciliteternes og sundhedsforsikringsselskabernes gæld forud for omorganiseringen af alle eksisterende sygekasser til aktieselskaber pr. 30. september 2005. Gældslettelsen blev udført i henhold til den slovakiske regerings beslutninger.

(37) I perioden 2003-2005 betalte Veriteľ gæld i sundhedsvæsenet, som beløb sig til over 1 100 mio. EUR i bogført værdi, med 644 mio. EUR i kontantbetaling. Da sundhedsministeriet oplyste, at dette var den sidste redning af sundhedssystemet, blev Veriteľ-agenturet nedlagt i 2006 ([27])

(38) Klageren mener, at Veriteľs betaling af 52,7 mio. EUR af SZP's gæld, hvilket beløb var højere end det, klageren selv modtog ([28]), udgør uberettiget forskelsbehandling i gældslettelsesprocessen. Klagerens største bekymring er imidlertid, at Veriteľ den 30. november 2005 (altså efter omlægningen) yderligere betalte ca. 28 mio. EUR af en anden gæld, som SZP havde over for den særlige præmieomfordelingskonto. Dette skete ved, at SZP overdragede præmieopkrævninger og renter til Veriteľ. SZP overdragede ca. 929 mio. SKK til Veriteľ i præmieopkrævninger og renter (heraf ca. 343 mio. SKK i renter). For dette betalte Veriteľ 840 mio. SKK (ca. 28 mio. EUR) til SZP ved at udligne selskabets gæld til den særlige præmieomfordelingskonto ([29]).

3.3. TILSKUDDET TIL SZP I 2006

(39) I anden halvdel af 2006 fik SZP tildelt endnu et tilskud af sundhedsministeriet i form af en del af likvidationsbalancen for Veriteľ, der blev nedlagt i juli 2006. Ifølge klageren var tilskuddets størrelse på ca. 7,6 mio. EUR.

(40) Klageren hævder, at dette tilskud blev ydet for at udligne SZP's gæld til udbydere af sundhedsydelser fra før 2005, selv om det ikke var klart, hvorvidt denne gæld fortsat eksisterede, da tilskuddet blev ydet.

(41) Ifølge de slovakiske myndigheder blev de finansielle ressourcer fra Veriteľs likvidationsbalance imidlertid ikke givet til SZP, men til behandlingsfaciliteterne, som dengang var ejet af staten, til betaling af deres gæld (dvs. deres ansattes sundhedsforsikringsbidrag) til SZP. Ifølge de slovakiske myndigheder var der således ikke tale om et tilskud, men snarere om statens normale betaling af eksisterende uanfægtet gæld — ubetalte sundhedsforsikringspræmier.

3.4. KAPITALFORØGELSEN I VZP I 2010

(42) Den 1. januar 2010 forøgede Den Slovakiske Republik via sundhedsministeriet sin aktiekapital i VZP. Aktiekapitalen blev forøget med ca. 65,1 mio. EUR.

(43) Ifølge klageren handlede staten på denne måde for at udligne VZP's underskud, da VZP var tæt på insolvens. Klageren hævder endvidere, at staten ikke havde nogen som helst mulighed for at få et afkast på sin investering inden for en rimelig tidshorisont, navnlig ikke da Slovakiet netop havde indført en lov, som forhindrede sundhedsforsikringsselskaberne i at udlodde deres overskud.

(44) Ifølge de slovakiske myndigheder blev denne 2010-kapitalforøgelse i VZP foretaget for at afhjælpe konsekvenserne af finanskrisen og for at hjælpe VZP med at modstå presset for at øge gældsætningen med den stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser.

([26]) Veriteľ a. s. blev oprettet i henhold til den slovakiske regerings beslutning nr. 262 af 2. april 2003.

([27]) Se 2011-rapporten, Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M og van Ginneken E., »Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition« (vol. 13, nr. 2 2011), udgivet af European Observatory on Health Systems and Policies (findes på http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), s. 142.

([28]) Ifølge klageren fik Dôveras forgængere, der tilsammen var større end SZP, til sammenligning kun betalt et gældsbeløb på 27,25 mio. EUR.

([29]) Ifølge klageren, uddrag fra undersøgelsesrapporten om Veriteľ, a. s.' aktiviteter i hele agenturets levetid, det slovakiske finansministerium, september 2007.

3.5. RISIKOUDLIGNINGSORDNINGEN

(45) I vurderingens indledende fase opdagede Kommissionen også, at finansieringen af sundhedsforsikringsselskaberne i Den Slovakiske Republik omfatter en pooling- og risikojusteringsmekanisme — en såkaldt risikoudligningsordning.

(46) Risikoudligningsordningen ([30]) finder fuld anvendelse på alle sundhedsforsikringsselskaber, der udbyder obligatorisk sygesikring i Den Slovakiske Republik. Mens sundhedsforsikringsselskaberne opkræver bidragene til den obligatoriske sygesikring direkte ved arbejdsgiverne, de selvstændige, de personer, der selv betaler (frivilligt arbejdsløse), staten og udbyttebetalerne, er fordelingen af indtægter og udgifter blandt sundhedsforsikringsselskaberne ulige som følge af de forsikrede befolkningsgruppers varierende sammensætning. For at lette den finansielle byrde på sundhedsforsikringsselskaberne med en højrisikoportefølje og mindske mulighederne for risikoudvælgelse omfordeles bidragene mellem de sundhedsforsikringsselskaber, der anvender risikoudligningsordningen, ved anvendelse af en af sundhedstilsynsmyndigheden opstillet beregningsmetode ([31]). De parametre, der anvendes i risikoudligningsordningen, er de forsikredes alder, køn og — siden 2010 — økonomiske aktivitet.

(47) De slovakiske myndigheder opfatter ikke risikoudligningsordningen som en form for statsstøtte, men snarere som en omfordeling af midlerne i henhold til ordningens gældende kriterier for forsikrede, dvs. der er tale om solidaritet mellem forsikrede og altså ikke om statsstøtte.

3.6. OVERFØRSLEN AF KUNDEPORTEFØLJER TIL SZP OG VZP

(48) En anden foranstaltning, som Kommissionen fik kendskab til under den indledende vurdering, er gennemførelsen af adskillige direkte overførsler ved statens mellemkomst af kundeporteføljer til SZP og VZP fra andre sundhedsforsikringsselskaber (navnlig fra selskabet Družstevná zdravotná poisťovňa til VZP og fra selskabet Európská zdravotná poisťovňa til SZP), som blev afviklet over tid.

(49) Ifølge Dôvera blev EZP's kundeportefølje overført direkte til SZP, selv om der var andre interesserede aktører på markedet, og rammerne og betingelserne for denne overførsel var uklare.

(50) Den Slovakiske Republik hævder, at sundhedstilsynsmyndighedens beslutning om uden videre at overføre EZP's kundeportefølje til SZP er i overensstemmelse med bestemmelserne i lov nr. 581/2004 og respekterer den forsikredes ret til at vælge et sundhedsforsikringsselskab. De slovakiske myndigheder påstår, at andre forsikringsselskaber havde udtrykt interesse for denne kundeportefølje, men på betingelser, der ville have forlænget afviklingsprocessen unødigt. Derudover bibragte overførslen af kundeporteføljer til VZP og SZP ifølge de slovakiske myndigheder ikke modtagerne nogen fordel, da overførslen af kundeporteføljer vedrørte alle de afviklede selskabers tilgodehavender og al deres gæld.

4. **BEGRUNDELSE FOR INDLEDNING AF DEN FORMELLE UNDERSØGELSESPROCEDURE**

(51) I sin indledningsafgørelse udtrykte Kommissionen tvivl om, hvorvidt den pågældende aktivitet var økonomisk eller ikkeøkonomisk, og den oplyste, at SZP/VZP og andre selskaber, som leverer sundhedsforsikringsydelser inden for det obligatoriske system i Den Slovakiske Republik, i lyset af sagens særlige karakter kan have udøvet en økonomisk aktivitet fra og med den 1. januar 2005. Kommissionen fandt, at blandingen af økonomiske og ikkeøkonomiske træk i det obligatoriske sygesikringssystem i Slovakiet gjorde det nødvendigt at gennemføre en dybdegående analyse af de forskellige elementer og deres respektive betydning for ordningen, således at det kunne slås fast, om aktiviteterne i den obligatoriske sygesikring på netop den måde, som den er organiseret og gennemført på i Slovakiet, skal anses for økonomiske (fra den 1. januar 2005) eller ikkeøkonomiske.

(52) Kommissionen oplyste endvidere, at den ikke havde tilstrækkelige oplysninger til at fastslå, hvorvidt de foranstaltninger, der blev vurderet, kunne anses for at yde SZP/VZP en selektiv fordel, såfremt aktiviteten skulle opfattes som en økonomisk aktivitet.

(53) Kommissionen konkluderede, at den derfor på det tidspunkt ikke kunne udelukke, at der var tale om statsstøtte, og i mangel på specifikke argumenter eller klare indikationer på foranstaltningernes forenelighed med det indre marked udtrykte Kommissionen også tvivl om, hvorvidt disse foranstaltninger kunne anses for forenelige med det indre marked i henhold til artikel 106, stk. 2, eller artikel 107, stk. 3, litra c), i traktaten, såfremt den konkluderede, at foranstaltningerne kunne anses for statsstøtte.

([30]) Del 3 i lov nr. 580/2004.
([31]) Betragtning 60-67 i indledningsafgørelsen indeholder yderligere oplysninger om risikoudligningsordningen.

(54) I den forbindelse bemærkede Kommissionen, at den endelige konklusion med hensyn til, hvorvidt den obligatoriske sygesikring i Den Slovakiske Republik er en økonomisk eller ikkeøkonomisk aktivitet, hvorvidt statens foranstaltninger opfylder alle øvrige betingelser for, at de kan anses for statsstøtte, og hvorvidt de i så fald er forenelige med det indre marked, først kunne drages i en endelig afgørelse, som skulle vedtages efter afslutningen på den formelle undersøgelse, når alle tilgængelige oplysninger (herunder yderligere bemærkninger fra medlemsstater og tredjeparter) var indsamlet, og der var foretaget en tilbundsgående vurdering af samtlige oplysninger.

5. BEMÆRKNINGER FRA INTERESSEREDE PARTER

(55) Kommissionen modtog følgende bemærkninger fra interesserede parter:

5.1. DÔVERA

(56) Som svar på indledningsafgørelsen fremsendte klageren Dôvera yderligere oplysninger om sundhedsforsikringssystemet og supplerende argumenter med henblik på bl.a. at underbygge selskabets påstand om, at SZP/VZP er virksomheder underlagt konkurrencelovgivningen, som har nydt godt af uforenelig statsstøtte.

(57) Dôvera påpeger, at SZP/VZP konkurrerer med private sundhedsforsikringsselskaber, som udbyder de samme ydelser med vinding for øje, og henviser til tidligere fremsendte oplysninger om aktivitetens økonomiske karakter og til Domstolens nyere retspraksis ([32]). I denne forbindelse hævder Dôvera, at flere af de oplysninger, der blev fremlagt af Den Slovakiske Republik og opført i indledningsafgørelsen som bevis på, at VZP/SZP's aktiviteter ikke var økonomiske, ikke holder ved en nærmere gennemgang. Ifølge Dôvera var målet med 2004-2005-reformen at skabe et konkurrencedygtigt marked, hvilket den slovakiske dømmende magt (dvs. den slovakiske forfatningsdomstol) og de slovakiske myndigheder selv har erkendt og bekræftet. I denne forbindelse påpeger Dôvera ligeledes, at forsikringsselskaberne konkurrerer om udbyderne af sundhedsydelser gennem selektiv kontraktindgåelse og forhandlinger om ydelsernes pris og kvalitet, og selskabet nævner endvidere markedsføringskampagner, hvor sundhedsforsikringsselskaberne forsøger at bevare og tiltrække kunder. Dôvera benægter ligeledes systemets rent sociale karakter og henviser til, at sundhedsforsikringsselskaberne kan skabe og udlodde overskud, og til, at de private investorer er villige til at investere i aktører på det slovakiske marked for obligatorisk sygesikring.

(58) Med henvisning til de oplysninger, som Dôvera fremsendte til Kommissionen forud for indledningsafgørelsen, hævder Dôvera endvidere, at alle de i nævnte afgørelse identificerede foranstaltninger bør anses for ulovlig statsstøtte, da alle øvrige kriterier i artikel 107, stk. 1, i traktaten er opfyldt. Efter Dôveras mening kan Den Slovakiske Republik ikke anses for at have handlet som en markedsøkonomisk investor i forbindelse med SZP's kapitalforøgelse i 2006 og VZP's kapitalforøgelse i 2010. Dôvera hævder endvidere, at Den Slovakiske Republik ydede forskelsbehandling mellem SZP/VZP og de private forsikringsselskaber, idet den behandlede SZP mere fordelagtigt ved betalingen af selskabets gæld i 2003-2005, og idet den indførte to nye parametre i risikoudligningsordningen i 2009 og 2012. For så vidt angår overførslen af kundeporteføljer, fokuserer Dôveras bemærkninger på overførslen af EZP's forsikringsportefølje, da selskabet ikke har nogen oplysninger om tidligere porteføljeoverførsler til VZP. I denne forbindelse hævder Dôvera, at Kommissionen muligvis er blevet fejlinformeret af de slovakiske myndigheder om den gældende lovramme for porteføljeoverførslen.

(59) Endelig hævder Dôvera, at de slovakiske myndigheder ikke har været i stand til at påvise, at levering af obligatorisk sygesikring er en tjenesteydelse af almen interesse, og selskabet sætter derfor spørgsmålstegn ved selve grundlaget for en analyse i henhold til Altmark-sagens retspraksis ([33]) og Kommissionens pakke vedrørende tjenesteydelser af almen økonomisk interesse.

5.2. SUNDHEDSFORSIKRINGSFORENINGEN

(60) Bemærkningerne til indledningsafgørelsen fra sundhedsforsikringsforeningen, den anden privatejede konkurrent til SZP/VZP, er stort set på linje med bemærkningerne fra Dôvera, idet det hævdes, at SZP og VZP er virksomheder i henhold til artikel 107, stk. 1, i traktaten. Sundhedsforsikringsforeningen mener, at fem af de seks foranstaltninger, der er beskrevet i afsnit 3 i denne afgørelse, kan opfattes som statsstøtte og er uforenelige med

([32]) Sag T-347/09, Tyskland mod Kommissionen, 12. september 2013, endnu ikke offentliggjort.
([33]) Sag C-280/00, Altmark, Sml. 2003 I, s. 7747.

det indre marked. Med hensyn til den sjette foranstaltning, risikoudligningsordningen, hævder sundhedsforsikringsforeningen, at den muligvis opfylder de betingelser, som er fastsat i Altmark-dommen vedrørende kompensation for offentlig tjeneste, eller kan være forenelig med det indre marked i henhold til artikel 106, stk. 2, i traktaten, idet foreningen kræver en mere tilbundsgående undersøgelse af foranstaltningens eventuelle forskelsbehandling til fordel for risikoudligningsordningens nettomodtager, dvs. SZP/VZP.

5.3. SUNDHEDSPOLITISK INSTITUT, INEKO OG ZZP

(61) De bemærkninger til indledningsafgørelsen, som de tre øvrige tredjeparter (sundhedspolitisk institut, INEKO og ZZP) fremsendte, understøtter i høj grad klageren Dôveras og sundhedsforsikringsforeningens holdning om, at aktiviteten er økonomisk, og at foranstaltningerne indebærer statsstøtte, idet de giver SZP/VZP en selektiv fordel, og de tre tredjeparter er overbevist om, at sundhedsforsikringsselskaber handler i et konkurrencepræget miljø (idet de bruger forskellige metoder til at tiltrække kunder), og hævder, at staten har behandlet sine statsejede sundhedsforsikringsselskaber fordelagtigt.

6. **BEMÆRKNINGER TIL INDLEDNINGSAFGØRELSEN OG TIL DE YDERLIGERE OPLYSNINGER FRA DEN SLOVAKISKE REPUBLIK**

(62) Den Slovakiske Republik fremsendte sine bemærkninger til indledningsafgørelsen samt til tredjeparternes bemærkninger.

(63) De slovakiske myndigheder fremsendte forklaringer og supplerende argumenter for at underbygge deres holdning om, at det obligatoriske sygesikringssystem ikke er underlagt konkurrencereglerne, da det ikke indebærer nogen økonomisk aktivitet. De påstår, at den obligatoriske sygesikring i Slovakiet ikke kan anses for at være økonomisk i henhold til Domstolens retspraksis ([34]), navnlig af følgende årsager:

a) Systemet har et socialt formål.

b) Systemet er baseret på solidaritet, navnlig i lyset af følgende:

   i) Obligatorisk optagelse for slovakiske indbyggere.

   ii) Alle forsikrede er garanteret de samme minimumsydelser.

   iii) Bidragene er ikke afhængige af de individuelle ydelser, da de er fastsat ved lov (ingen priskonkurrence).

   iv) Forsikringsselskaberne er risikosolidariske (risikoudligningsordningen og de fælles satser).

c) Der findes detaljerede lovgivningsmæssige rammer, som er underlagt statens kontrol. Alle sundhedsforsikringsselskabers status, rettigheder og forpligtelser er fastsat ved lov.

(64) Den Slovakiske Republik afviser, at det slovakiske sundhedssystem som følge af de lovgivningsmæssige ændringer i 2005 skulle være blevet et kommercielt system, og hævder, at systemet aldrig er holdt op med at være et offentligt, ikkeøkonomisk system. Slovakiet henleder endvidere opmærksomheden på, at det slovakiske sundhedsforsikringssystem er en del af den sociale sikringsordning, og henviser til medlemsstaternes ansvar for organisation og levering af sundhedstjenesteydelser i henhold til artikel 168, stk. 7, i traktaten.

(65) De slovakiske myndigheder oplyser endvidere, at sundhedsforsikringsreformen ikke erstattede offentlig sundhedsforsikring med privat sundhedsforsikring, og at den ikke banede vej for, at private forsikringsselskaber kunne dække en risiko, der var omfattet af den lovbestemte sociale sikringsordning. Ifølge Slovakiet var hovedformålet med reformen af sundhedssektoren at opstille nøjagtige regler for håndteringen af finansielle ressourcer, som blev afsat til sundhedsformål, og omorganiseringen pr. 30. september 2005 af alle eksisterende sygekasser til aktieselskaber med klart definerede regnskabsregler syntes at være en hensigtsmæssig måde at opstille disse regler på. De slovakiske myndigheder mener, at alle sundhedsforsikringsselskaber i Slovakiet forvalter offentlige midler, som de får tildelt inden for det offentlige sundhedsforsikringssystem.

([34]) Særlig forenede sager C-159/91 og C-160/91, Poucet og Pistre, sag C-218/00, Cisal og INAIL, forenede sager C-264/01, C-306/01, C-354/01 og C-355/01, AOK Bundesverband.

(66) Ifølge de slovakiske myndigheder kan det forhold, at det obligatoriske sygesikringssystem i Slovakiet giver begrænset plads til kvalitetskonkurrence, ses som et element, der opfordrer sundhedsforsikringsselskaberne til at operere økonomisk i henhold til principperne om forsvarlig forvaltning for at opretholde et velfungerende system, men ikke som et element, der kan påvirke den ikkeøkonomiske karakter af sundhedsforsikringssystemet som helhed.

(67) De slovakiske myndigheder forklarer ligeledes, at de midler, der opkræves og omfordeles via sundhedsforsikringsselskaberne inden for det offentlige sundhedsforsikringssystem i Slovakiet, er summen af offentlige sundhedsforsikringsbidrag, som er obligatoriske i henhold til loven, og som dermed udgør en del af Slovakiets offentlige finanser. Alle sundhedsforsikringsselskaber har derfor til opgave at forvalte offentlige midler opkrævet fra offentligheden i overensstemmelse med gældende lovbestemmelser med henblik på midlernes anvendelse til dækning af sundhedsydelser.

(68) For yderligere at understøtte deres påstand minder de slovakiske myndigheder endvidere om, at selv efter at forbuddet mod overskudsudlodning blev ophævet i 2011, gav den ændrede lov nr. 250/2011 kun sundhedsforsikringsselskaberne mulighed for at skabe overskud under nøjagtigt angivne forhold, dvs.:

a) indførelse af skat på sundhedsforsikringsselskabers overskud

b) obligatorisk anvendelse af overskud til oprettelse af en reservefond på op til 20 % af den indbetalte selskabskapital (reservefonden må kun anvendes til at dække tab i det pågældende sundhedsforsikringsselskab)

c) obligatorisk oprettelse af forsikringsmæssige hensættelser til dækning af planlagte sundhedsydelser for forsikrede på ventelister (hvilket betyder, at sundhedsforsikringsselskaberne ikke kan skabe overskud på bekostning af deres kunder ved at sætte dem på ventelister i stedet for omgående at dække deres sundhedsydelser. Dette er afgørende for overholdelsen af almindeligt anerkendte regnskabsstandarder inden for offentlig sundhedsforsikring).

(69) I denne forbindelse forklarer de slovakiske myndigheder, at da VZP indberettede et overskud, oprettede selskabet en sundhedsydelsesfond til dækning af anvendelsen af sundhedsydelser og finansiering af særligt omkostningskrævende sundhedsydelser, som er omfattet af den offentlige sundhedsforsikring. Derudover blev en del af VZP's overskud i de år, hvor selskabet indberettede et overskud, afsat til den lovbestemte reservefond, som efterfølgende blev anvendt til at reducere tab. Derfor er der ifølge de slovakiske myndigheder aldrig blevet udbetalt noget overskud fra et statsejet sundhedsforsikringsselskab til aktionærerne.

(70) I denne forbindelse peger Den Slovakiske Republik endvidere på en yderligere restriktion, som sundhedsforsikringsselskaberne er underlagt, idet de kun kan låne midler i henhold til lov nr. 523/2004 om budgetregler for den offentlige forvaltning med sundhedstilsynsmyndighedens forudgående godkendelse.

(71) For yderligere at understøtte deres påstand om, at levering af obligatorisk sygesikring ikke falder ind under konkurrencereglerne, henleder myndighederne desuden opmærksomheden på en undersøgelse fra 2009 foretaget af det slovakiske monopoltilsyn, som påviste, at sundhedsforsikringsselskabernes aktiviteter udøves inden for et system, som er kendetegnet ved en høj grad af solidaritet, hvor sundhedsydelserne leveres gratis, og hvor de væsentligste elementer af disse aktiviteter reguleres af staten, og at de aktiviteter, som sundhedsforsikringsselskaberne udøver ved leveringen af offentlig sundhedsforsikring, dermed ikke kan opfattes som økonomiske aktiviteter, hvilket begrænser konkurrencen. Ifølge monopoltilsynet finder den slovakiske konkurrencelov således ikke anvendelse på sundhedsforsikringsselskabernes aktiviteter, der udføres som led i leveringen af offentlig sundhedsforsikring ([35]).

(72) De slovakiske myndigheder forklarer ligeledes, at forfatningsdomstolen i 2011 erklærede, at forbuddet mod overskudsudlodning fra 2007 var forfatningsstridigt, da det krænkede ejendomsrettighederne i den slovakiske forfatning, men at den ikke var enig i, at loven om sundhedsforsikringsselskaber indskrænkede de markedsøkonomiske principper. De påpeger ligeledes, at forfatningsdomstolen i denne henseende bemærkede, at lovgivningen om sundhedsforsikring, som udelukker eller i væsentlig grad begrænser de markedsøkonomiske værktøjers virkning og dermed konkurrencen, er forfatningsmæssigt acceptabel.

([35]) Undersøgelse foretaget af monopoltilsynet i forbindelse med den foreslåede fusion mellem SZP og VZP, afsluttet den 3. december 2009. Se også monopoltilsynets årsrapport fra 2009, som findes på http://www.antimon.gov.sk/data/att/958.pdf.

(73) Ud over deres påstand om, at levering af obligatorisk sygesikring i Slovakiet falder uden for konkurrencereglernes anvendelsesområde, påstår de slovakiske myndigheder, at foranstaltningerne ikke opfylder de øvrige statsstøtteelementer i henhold til artikel 107, stk. 1, i traktaten. De hævder i denne forbindelse, at kapitalforøgelserne i 2006 og 2009 ikke var statsstøtte, da de var i overensstemmelse med princippet om den markedsøkonomiske investor. De afviser yderligere, at der fandt uretmæssig forskelsbehandling sted i forbindelse med Veritel's betaling af gæld, og fastholder, at VZP ikke modtog noget tilskud i 2006, men at der var tale om statens normale betaling af eksisterende uanfægtet gæld. De slovakiske myndigheder fremlægger yderligere oplysninger om overførslerne af kundeporteføljer fra DZP til VZP og fra EZP til SZP og påstår, at heller ikke disse overførsler gav SZP/VZP nogen selektiv fordel i henhold til artikel 107, stk. 1, i traktaten. Endelig fremlægger de yderligere oplysninger om risikoudligningsordningen og forklarer navnlig, hvordan bidragene blev omfordelt (på måneds- og årsbasis) i perioden 2006-2012, og de hævder, at denne foranstaltning heller ikke kan anses for statsstøtte, da den udligner de risici, der er forbundet med systemet som følge af de fælles bidragssatser for alle grupper af forsikrede trods deres varierende risikoprofil.

(74) I de slovakiske myndigheders bemærkninger til indledningsafgørelsen forsvarede de først og fremmest den holdning, at SZP/VZP ikke er virksomheder, da de ikke udøver nogen økonomisk aktivitet, og at foranstaltningerne er i overensstemmelse med princippet om den markedsøkonomiske investor og ikke giver SZP/VZP nogen fordel og altså ikke kan anses for statsstøtte. De fandt det derfor ikke nødvendigt at fremsætte argumenter om de påståede støtteforanstaltningers forenelighed.

7. **VURDERING AF FORANSTALTNINGERNE**

(75) Det bestemmes i traktatens artikel 107, stk. 1, at statsstøtte eller støtte, som ydes ved hjælp af statsmidler under enhver tænkelig form, og som fordrejer eller truer med at fordreje konkurrencevilkårene ved at begunstige visse virksomheder eller visse produktioner, er uforenelig med det indre marked, i det omfang den påvirker samhandelen mellem medlemsstaterne.

(76) I henhold til den bestemmelse finder statsstøttereglerne kun anvendelse, når modtageren af støtten er en virksomhed. I EU-Domstolens retspraksis defineres begrebet »virksomhed« i forbindelse med traktatens artikel 107, stk. 1, som enhver enhed, der udøver en økonomisk aktivitet, uanset dens juridiske status og dens finansieringsmåde ([36]). Klassificeringen af en bestemt enhed som en virksomhed afhænger derfor helt af, om dens aktiviteter er økonomiske eller ikkeøkonomiske.

(77) Som nævnt i indledningsafgørelsen afhænger spørgsmålet om, hvorvidt foranstaltningerne til fordel for SZP/VZP anses for statsstøtte, derfor i første omgang af, hvorvidt og i hvilket omfang SZP/VZP handler som virksomheder, når de opererer inden for det obligatoriske sygesikringssystem i Slovakiet, og derfor kan opfattes som udøvende en økonomisk aktivitet i henhold til retspraksis.

(78) Ifølge Domstolen er en økonomisk aktivitet en aktivitet, der består i at udbyde varer og/eller tjenesteydelser på et givet marked ([37]). I denne forbindelse kan spørgsmålet om, hvorvidt der findes et marked for visse tjenesteydelser, afhænge af den måde, hvorpå disse tjenesteydelser organiseres og udføres i den pågældende medlemsstat ([38]). Statsstøttereglerne finder udelukkende anvendelse, når en bestemt aktivitet udøves i et markedsmiljø. En og samme tjenesteydelses økonomiske karakter kan derfor variere fra medlemsstat til medlemsstat. Derudover kan en bestemt tjenesteydelse som følge af politiske valg eller den økonomiske udvikling klassificeres forskelligt over tid. Det, der ikke er en markedsaktivitet i dag, kan blive en markedsaktivitet på et senere tidspunkt, og omvendt ([39]).

(79) I forbindelse med levering af sundhedsydelser afhænger spørgsmålet om, hvorvidt sundhedssystemerne skal karakteriseres som omfattende en økonomisk aktivitet, af deres politiske og økonomiske karakter og af, hvordan de er tilrettelagt og struktureret i den pågældende medlemsstat. I EU-Domstolens retspraksis sondres der overordnet set mellem ordninger, der er baseret på princippet om solidaritet, og ordninger af økonomisk karakter ([40]).

([36]) Se f.eks. forenede sager C-180/98 til C-184/98, Pavlov m.fl., Sml. 2000 I, s. 6451, præmis 74.
([37]) Sag 118/85, Kommissionen mod Italien, Sml. 1987, s. 2599, præmis 7, sag C-35/96, Kommissionen mod Italien, Sml. 1998 I, s. 3851, præmis 36, forenede sager C-180/98 til C-184/98, Pavlov m.fl., præmis 75.
([38]) Forenede sager C-159/91 og C-160/91, Poucet og Pistre, Sml. 1993 I, s. 637.
([39]) Se også meddelelse fra Kommissionen om anvendelsen af Den Europæiske Unions statsstøtteregler på kompensation for levering af tjenesteydelser af almindelig økonomisk interesse (EUT C 8 af 11.1.2012, s. 5), punkt 12.
([40]) Kommissionen har opsummeret EU-Domstolens relevante retspraksis med hensyn til anvendelsen af disse bestemmelser på finansiering af sociale sikrings- og sundhedssystemer i sin meddelelse fra 2012 om anvendelsen af Den Europæiske Unions statsstøtteregler på kompensation for levering af tjenesteydelser af almindelig økonomisk interesse.

(80) EU-Domstolen bruger en række kriterier til at fastslå, om en social sikringsordning er baseret på solidaritet og således ikke omfatter en økonomisk aktivitet. En række faktorer kan være relevante i den henseende: i) er tilslutning til ordningen obligatorisk ([41]), ii) forfølger ordningen et rent socialt formål ([42]), iii) drives ordningen med vinding for øje ([43]), iv) er ydelserne uafhængige af de beløb, der er betalt i bidrag ([44]), v) er størrelsen af de udbetalte ydelser ikke nødvendigvis proportional med forsikredes indkomst ([45]), og vi) er ordningen undergivet statskontrol ([46]).

(81) I modsætning til solidaritetsbaserede ordninger er ordninger af økonomisk karakter normalt karakteriseret ved: i) frivillig tilslutning ([47]), ii) kapitaliseringsprincippet (ydelserne afhænger af de betalte bidrag og ordningens økonomiske resultater) ([48]), iii) ordningen drives med vinding for øje ([49]), og iv) ydelser, som supplerer ydelserne i henhold til grundordningen ([50]).

(82) Nogle ordninger kombinerer træk fra begge kategorier (solidaritetsbaserede ordninger og ordninger af økonomisk karakter) ([51]). I sådanne tilfælde skal Kommissionen for at afgøre, hvorvidt en bestemt ordning er økonomisk eller ikkeøkonomisk, undersøge tilstedeværelsen af de forskellige aspekter i de to foregående betragtninger og afveje deres respektive betydning i den pågældende ordning ([52]).

(83) Den endelige bestemmelse af, hvorvidt levering af obligatoriske sygesikringsydelser i Den Slovakiske Republik er en økonomisk eller ikkeøkonomisk aktivitet, kræver en dybdegående analyse af netop den måde, som aktiviteten er organiseret og gennemført på i den pågældende medlemsstat, og bestemmelsen er derfor specifik for det obligatoriske sygesikringssystem i Slovakiet. Kommissionen vil på grundlag af disse generelle bemærkninger vurdere, hvorvidt de anfægtede foranstaltninger, der påstås gennemført til fordel for SZP/VZP, kan anses for statsstøtte på linje med foranstaltninger gennemført til fordel for en virksomhed i henhold til artikel 107, stk. 1, i traktaten.

(84) En række indikatorer peger på, at det slovakiske sundhedsforsikringssystem er ikkeøkonomisk, især dets sociale funktioner og formål, som indtager en vigtig plads i driften af systemet, og det forhold, at solidaritetsprincippet er systemets omdrejningspunkt.

(85) For det første er det et lovkrav, at størstedelen af den slovakiske befolkning deltager i det offentlige sundhedsforsikringsprogram, og de sundhedsydelser, der er omfattet af den obligatoriske sygesikring, leveres, uanset hvor stort et bidrag den forsikrede har indbetalt. En forsikret har ret til frit at vælge et sundhedsforsikringsselskab, og i henhold til pligten til fri optagelse kan sundhedsforsikringsselskaberne ikke nægte at forsikre en person på grund af personens alder, sundhedstilstand eller sygdomsrisici ([53]).

([41]) Forenede sager C-159/91 og C-160/91, Poucet og Pistre, Sml. 1993 I, s. 637, præmis 13.
([42]) Sag C-218/00, Cisal og INAIL, Sml. 2002 I, s. 691, præmis 45.
([43]) Forenede sager C-264/01, C-306/01, C-354/01 og C-355/01, AOK Bundesverband, Sml. 2004 I, s. 2493, præmis 47-55.
([44]) Forenede sager C-159/91 og C-160/91, Poucet og Pistre (jf. ovenfor), præmis 15-18.
([45]) Sag C-218/00, Cisal og INAIL (jf. ovenfor), præmis 40.
([46]) Forenede sager C-159/91 og C-160/91, Poucet og Pistre (jf. ovenfor), præmis 14, sag C-218/00, Cisal og INAIL (jf. ovenfor), præmis 43-48, forenede sager C-264/01, C-306/01, C-354/01 og C-355/01, AOK Bundesverband (jf. ovenfor), præmis 51-55.
([47]) Sag C-67/96, Albany, Sml. 1999 I, s. 5751, præmis 80-87.
([48]) Sag C-244/94, FFSA m.fl. (jf. ovenfor), præmis 9 og 17-20, sag C-67/96, Albany (jf. ovenfor), præmis 81-85. Se også forenede sager C 115/97-C 117/97, Brentjens, Sml. 1999 I, s. 6025, præmis 81-85, sag C 219/97, Drijvende Bokken, Sml. 1999 I, s. 6121, præmis 71-75, og forenede sager C-180/98 til C-184/98, Pavlov (jf. ovenfor), præmis 114 og 115.
([49]) Forenede sager C 115/97 til C 117/97, Brentjens (jf. ovenfor).
([50]) Forenede sager C-180/98 til C-184/98, Pavlov m.fl. (jf. ovenfor).
([51]) Se f.eks. Domstolens afvejningsproces i sag C-350/07, Kattner Stahlbau, Sml. 2009 I, s. 1513, særlig præmis 33-68.
([52]) I denne forbindelse bør det endvidere bemærkes, at det i den nylige dom (T-347/09, Tyskland mod Kommissionen, dom af 12. september 2013, endnu ikke offentliggjort), som klageren Dôvera henviser til i sine bemærkninger til indledningsafgørelsen, blot bekræftes, at nonprofitorganisationer også kan udbyde varer og tjenesteydelser på et marked (se også meddelelsen fra 2012 om anvendelsen af Den Europæiske Unions statsstøtteregler på kompensation for levering af tjenesteydelser af almindelig økonomisk interesse, punkt 9, vedrørende retspraksis). Dette ændrer imidlertid ikke ved det forhold, at konklusionen om, hvorvidt en aktivitet er økonomisk eller ikkeøkonomisk, skal tage udgangspunkt i tilstedeværelsen og afvejningen af de forskellige aspekter og deres respektive betydning.
([53]) Se betragtning 23-25.

(86) For det andet er den obligatoriske slovakiske sygesikring baseret på bidrag, som er fastsat ved lov, og som står i forhold til den forsikredes indkomst og ikke i forhold til den forsikrede risiko (alder, sundhedstilstand, sygdomsrisici). Derudover er der ikke nogen direkte forbindelse mellem størrelsen af de bidrag, en person indbetaler til ordningen, og værdien af de ydelser, som personen modtager fra ordningen. Det betyder, at forsikringsselskaberne ikke har mulighed for at påvirke hverken bidragenes størrelse eller den minimumsdækning, som de forsikrede er berettiget til, eftersom alt dette er fastsat ved national lovgivning.

(87) For det tredje er det fastsat ved lov, at alle forsikrede skal modtage det samme grundlæggende ydelsesniveau, som er meget højt, eftersom det dækker stort set alle sundhedsprocedurer i Den Slovakiske Republik, hvilket betyder, at praktisk taget alle sundhedsydelser leveres under det obligatoriske sygesikringssystem ([54]). Den slovakiske risikoudligningsordning sikrer, at forsikringsrisiciene fordeles, og styrker dermed yderligere solidariteten. Derudover er det slovakiske system baseret på princippet om fælles satser, hvilket betyder, at forsikringsselskaberne ikke kan differentiere forsikringspræmierne alt efter forsikringsrisikoen. De forsikringsselskaber, hvis kundeportefølje udviser en demografisk profil, som er forbundet med en højere risiko, modtager delvis kompensation herfor via risikoudligningsordningen, som omfordeler penge fra de forsikringsselskaber, der udbetaler mindre end ydelsesgennemsnittet, til dem, der udbetaler mere end ydelsesgennemsnittet til de forsikrede ([55]).

(88) Endelig minder Kommissionen ud over alle ovenstående sociale og solidariske træk om, at den slovakiske obligatoriske sygesikring er organiseret og gennemført i henhold til en klar lovgivningsmæssig ramme, idet alle sundhedsforsikringsselskabers status, rettigheder og forpligtelser er fastsat ved lovbestemmelser, som opstiller detaljerede betingelser herfor, og de er underlagt streng statslig kontrol ([56]).

(89) På grundlag af disse oplysninger konkluderer Kommissionen, at det slovakiske obligatoriske sygesikringssystem er ikkeøkonomisk, så SZP/VZP kan ikke opfattes som en virksomhed i henhold til artikel 107, stk. 1, i traktaten ([57]).

(90) Kommissionen erkender, at visse træk i det slovakiske obligatoriske sygesikringssystem kan pege i retning af, at de i systemet udøvede aktiviteter er af økonomisk art: i) tilstedeværelsen af flere forsikringsaktører (offentlige og private) på det slovakiske marked for obligatorisk sygesikring, ii) en vis grad af konkurrence mellem disse sundhedsforsikringsselskaber, som udøver iii) en aktivitet med vinding for øje, og iv) det forhold, at aktiviteten af den slovakiske forfatningsdomstol blev opfattet som værende åben for konkurrence. Ikke desto mindre mener Kommissionen ikke, at disse træk sår tvivl om dens konklusion, som er, at obligatorisk sygesikring i Slovakiet er en ikkeøkonomisk aktivitet.

(91) For det første bemærker Kommissionen, at det forhold, at der er flere (offentlige og private) aktører på markedet for obligatorisk sygesikring, ikke i sig selv er ensbetydende med, at aktørernes aktiviteter er økonomiske, i et system, hvor de sociale funktioner og formål indtager en vigtig plads, hvor solidaritetsprincippet er omdrejningspunktet for systemets drift, og hvor statens kontrol er streng (betragtning 85-87). En sådan fortolkning ville tillægge de organisatoriske ordninger, som en medlemsstat har valgt for driften af en del af dens sociale sikringssystem, uforholdsmæssig stor vægt i forhold til det pågældende systems egentlige indhold. ([58])

(92) For det andet fremgår det af Domstolens retspraksis, at selv om der er plads til konkurrence inden for sundhedsforsikringssystemet, og der rent faktisk finder konkurrence sted, også når dette er bevidst fra lovgiverens side og bekræftet af domstolene, er den pågældende aktivitet ikke nødvendigvis af økonomisk art. Domstolen har gjort det klart, at for at fastslå, hvorvidt aktiviteterne i et lovbestemt sundhedsforsikringssystem, der ligesom det slovakiske system giver en vis frihed med hensyn til konkurrence, er økonomiske eller ikkeøkonomiske, er arten og graden af denne konkurrence, de forhold, under hvilke konkurrencen finder sted, samt tilstedeværelsen

([54]) Se betragtning 26-29.
([55]) Se betragtning 23-25.
([56]) Se betragtning 32.
([57]) Det slovakiske obligatoriske sygesikringssystem minder meget om den tyske lovbestemte offentlige sygesikringsordning, som blev gennemgået af EU-Domstolen i forenede sager C-264/01, C-306/01, C-354/01 og C-355/01, AOK Bundesverband. Domstolen fastslog, at det tyske system er af ikkeøkonomisk art, og bemærkede navnlig, at de tyske sygekasser er retligt forpligtet til at yde deres medlemmer obligatoriske ydelser, som i det væsentlige er identiske, som er fastsat af staten, og som er uafhængige af bidragenes størrelse, at de således ikke konkurrerer indbyrdes med henblik på leveringen af de lovbestemte ydelser, og at de er organiseret i et risikoudligningssystem (se præmis 52-54 i dommen).
([58]) Se også sag C-350/07, Kattner Stahlbau (jf. ovenfor), præmis 53, og særlig generaladvokat Mazaks holdning i sagen (præmis 59).

og vægten af de øvrige relevante faktorer afgørende ([59]). I det foreliggende tilfælde er den form for konkurrence, der er mest interessant for forbrugerne — priskonkurrence med hensyn til bidragenes størrelse — udelukket, da de slovakiske sundhedsforsikringsselskaber ikke kan ændre bidragenes størrelse, som er fastsat ved lov. Derudover er pladsen til kvalitetskonkurrence ret begrænset, eftersom det slovakiske obligatoriske sygesikringssystem omfatter en meget bred vifte af lovbestemte ydelser, som er de samme for alle forsikrede, hvilket kun giver forsikringsselskaberne meget få muligheder for at konkurrere om kunderne ved at tilbyde supplerende (gratis) ydelser. Sundhedsforsikringsselskaberne har således ikke mulighed for at påvirke de lovpligtige ydelser og konkurrerer derfor ikke indbyrdes med henblik på leveringen af de obligatoriske lovbestemte ydelser i sundhedssektoren, som udgør deres væsentligste funktion.

(93) For det tredje mener Kommissionen ikke, at den obligatoriske sygesikrings ikkeøkonomiske aktivitet påvirkes af, at sundhedsforsikringsselskaberne indgiver sig på kvalitetskonkurrence og konkurrence med hensyn til indkøbseffektivitet ved at købe sundhedsydelser og tilhørende ydelser af høj kvalitet fra udbydere til konkurrencedygtige priser. På denne måde erhverver forsikringsselskaberne sig gennem en aktivitet, der kan adskilles fra deres kontrakter med de forsikrede under den obligatoriske sygesikring, de forsyninger, der er nødvendige for at varetage deres rolle i det pågældende system. Det fremgår af Domstolens retspraksis, at hvis det obligatoriske sygesikringssystem som følge af dets iboende træk er af ikkeøkonomisk art, er aktiviteten med at indkøbe forsyninger, der er nødvendige for at drive dette system, også af ikkeøkonomisk art ([60]).

(94) For det fjerde ændrer den kendsgerning, at bestemmelserne om obligatorisk sygesikring i Slovakiet giver sundhedsforsikringsselskaberne mulighed for at skabe og udlodde overskud til deres aktionærer, ikke på deres aktiviteters ikkeøkonomiske art, da de udøves i et system, hvor alle ovennævnte træk, som påviser systemets ikkeøkonomiske art, er fremtrædende. Det, at sundhedsforsikringsselskaberne er berettiget til at skabe og udlodde overskud, er ikke i sig selv nok til at tilsidesætte systemets fremtrædende sociale funktioner og formål, solidaritetsprincippets centrale rolle i systemet og den stramme statsregulering og strenge statslige kontrol, som systemet er underlagt. Med hensyn til statsreguleringen minder Kommissionen om, at muligheden for at skabe, anvende og udlodde overskud er reguleret og begrænset af retlige forpligtelser, som staten har pålagt de slovakiske forsikringsselskaber, og som har til formål at sikre den obligatoriske sygesikrings levedygtighed og kontinuitet med alle dens fremtrædende sociale og solidaritetsrelaterede formål ([61]). Friheden til at skabe, anvende og udlodde overskud er derfor væsentligt mere indskrænket på markedet for obligatorisk sygesikring i Slovakiet end på almindelige handelsmarkeder og underlagt opnåelsen af sociale og solidaritetsrelaterede formål.

(95) Det betyder, at som følge af det begrænsede omfang af den konkurrence, der blev indført i det slovakiske obligatoriske sygesikringssystem (dvs. kun begrænset kvalitetskonkurrence og ingen priskonkurrence overhovedet), og restriktionerne på den måde, hvorpå overskuddet kan skabes og anvendes, sætter de konkurrenceelementer og overskudsorienterede faktorer, der findes i det slovakiske obligatoriske sygesikringssystem, ikke spørgsmålstegn ved de fremtrædende sociale, solidaritetsrelaterede og lovgivningsmæssige træk, der viser, at sundhedsforsikringsselskabernes aktiviteter er af ikkeøkonomisk art. Konkurrenceelementerne og de overskudsorienterede faktorer i det slovakiske obligatoriske sygesikringssystem bør snarere opfattes som forfølgende det vigtigste formål, nemlig at opfordre forsikringsselskaberne til at operere i overensstemmelse med principperne om forsvarlig forvaltning, hvilket tilgodeser et velfungerende socialt sikringssystem, og dermed bidrage til at sikre, at systemets sociale og solidaritetsrelaterede formål opnås ([62]).

(96) Endelig mener Kommissionen ikke, at den kendsgerning, at den slovakiske forfatningsdomstol (i forbindelse med dens undersøgelse af en eventuel krænkelse af den forfatningsbeskyttede ret til at drive egen virksomhed i Slovakiet) opfattede det slovakiske obligatoriske sygesikringssystem som værende »omfattet af konkurrencesfæren« betyder, at systemet omfatter aktiviteter af økonomisk art i henhold til statsstøttereglerne. Faktisk skulle den

([59]) I denne forbindelse minder Kommissionen om, at det forhold, at de tyske sygekasser i AOK-sagen (forenede sager C-264/01, C-306/01, C-354/01 og C-355/01, AOK Bundesverband) indgav sig på en vis priskonkurrence i kraft af deres begrænsede mulighed for at ændre bidragssatserne for medlemmerne, ikke har betydning for Domstolens konklusion, som var, at de ikke udøvede en økonomisk aktivitet. Ifølge Domstolen var indførelsen af et element af konkurrence, for så vidt angik bidragenes størrelse, for at tilskynde sygekasserne til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med principperne om god forvaltning, dvs. på den mest effektive og mindst omkostningskrævende måde, af hensyn til den tyske socialsikringsordnings gnidningsløse funktion. Ifølge Domstolen ændrer forfølgelsen af dette formål ikke karakteren af sygekassernes virksomhed (se præmis 56 i dommen).

([60]) Se sag T-319/99, FENIN, Sml. 2003 II, s. 357 (særlig præmis 37).

([61]) Betragtning 84-88.

([62]) Også i lyset af reformens primære formål (effektivitet), som er nævnt i betragtning 13.

slovakiske forfatningsdomstol i den pågældende sag undersøge, hvorvidt det lovgivningsmæssige forbud fra 2007 mod sundhedsforsikringsselskabernes udlodning af overskud var foreneligt med den slovakiske forfatning (krænkelse af ejendomsretten, beskyttelse af ejendom og retten til at drive egen virksomhed) og med artikel 18, 49, 54 og 63 i traktaten. Den slovakiske forfatningsdomstol fastslog, at dette forbud var i strid med den slovakiske forfatning, og at der derfor ikke var nogen grund til at gennemgå de væsentligste elementer af reglerne om EU's indre marked og træffe afgørelse om den eventuelle krænkelse heraf.

(97) På baggrund heraf og under hensyntagen til denne sags særpræg og tilstedeværelsen og afvejningen af de relevante faktorer kan aktiviteterne i den obligatoriske sygesikring, således som den er organiseret og gennemført i Slovakiet, ikke anses for økonomiske aktiviteter.

(98) I lyset af ovenstående konkluderer Kommissionen, at SZP/VZP som modtagere af de anfægtede foranstaltninger ikke kan opfattes som virksomheder i henhold til artikel 107, stk. 1, i traktaten, og at disse foranstaltninger således ikke kan sidestilles med statsstøtte i medfør af denne bestemmelse.

(99) Det er derfor ikke nødvendigt at gennemgå de øvrige betingelser for, at der kan være tale om statsstøtte i henhold til artikel 107, stk. 1, i traktaten om Den Europæiske Unions funktionsmåde, eller at undersøge de anfægtede foranstaltningers forenelighed.

8. **KONKLUSION**

(100) I lyset af ovenstående betragtninger konkluderer Kommissionen, at de anfægtede foranstaltninger ikke udgør statsstøtte i henhold til artikel 107, stk. 1, i traktaten —

VEDTAGET DENNE AFGØRELSE:

Artikel 1

Følgende foranstaltninger, som Den Slovakiske Republik har iværksat til fordel for Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (SZP) og/eller Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VZP), udgør ikke statsstøtte i henhold til artikel 107, stk. 1, i traktaten:

a) kapitalforøgelsen i SZP på 450 mio. SKK foretaget mellem den 28. november 2005 og den 18. januar 2006

b) Veritel 'a. s.' betaling af SZP's gæld fra 2003 til 2006

c) tilskuddet til SZP fra sundhedsministeriet i 2006

d) kapitalforøgelsen i VZP på 65,1 mio. EUR den 1. januar 2010

e) risikoudligningsordningen, som blev oprettet ved del 3 i lov nr. 580/2004, og

f) overførslen af kundeporteføljer fra afviklede sundhedsforsikringsselskaber, særlig fra selskabet Družstevná zdravotná poisťovňa til VZP og fra selskabet Európská zdravotná poisťovňa til SZP.

Artikel 2

Denne afgørelse er rettet til Den Slovakiske Republik.

Udfærdiget i Bruxelles, den 15. oktober 2014.

På Kommissionens vegne

Joaquín ALMUNIA

Næstformand