ΑΠΟΦΑΣΗ (ΕΕ) 2015/248 ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

της 15ης Οκτωβρίου 2014

σχετικά με τα μέτρα κρατικής ενίσχυσης SA.23008 (2013/C) (πρώην 2013/NN) που έθεσε σε εφαρμογή η Σλοβακική Δημοκρατία υπέρ της Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s (SZP) και της Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s (VZP)

[κοινοποιηθείσα υπό τον αριθμό C(2014)7277]

(Το κείμενο στη σλοβακική γλώσσα είναι το μόνο αυθεντικό)

(Κείμενο που παρουσιάζει ενδιαφέρον για τον ΕΟΧ)

Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ,

Έχοντας υπόψη τη Συνθήκη για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (εφεξής «ΣΛΕΕ»), και ιδίως το άρθρο 108 παράγραφος 2 πρώτο εδάφιο,

Έχοντας υπόψη τη συμφωνία για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, και ιδίως το άρθρο 62 παράγραφος 1 στοιχείο α),

Αφού κάλεσε τα ενδιαφερόμενα μέρη να υποβάλουν τις παρατηρήσεις τους σύμφωνα με τις προαναφερόμενες διατάξεις ([1]),

Εκτιμώντας τα ακόλουθα:

1. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

(1) Στις 2 Απριλίου 2007 η Επιτροπή έλαβε από την ιδιωτική σλοβακική εταιρεία ασφάλισης υγείας Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s (εφεξής η «Dôvera» ή «η καταγγέλλουσα») καταγγελία σχετικά με εικαζόμενο μέτρο κρατικής ενίσχυσης που χορηγήθηκε υπέρ του κρατικού ασφαλιστικού φορέα υγείας Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s (εφεξής η «SZP»), υπό μορφή αύξησης του εγγεγραμμένου κεφαλαίου του κατά 450 εκατ. SKK (περίπου 15 εκατ. ευρώ), που πραγματοποιήθηκε στις 26 Ιανουαρίου 2006.

(2) Η Επιτροπή απέστειλε στη Σλοβακική Δημοκρατία σχετικό αίτημα παροχής πληροφοριών στις 21 Αυγούστου 2009. Ύστερα από παράταση της προθεσμίας απόκρισης, οι σλοβακικές αρχές υπέβαλαν τις ζητηθείσες πληροφορίες με επιστολή της 24ης Σεπτεμβρίου 2009.

(3) Με έγγραφο της 26ης Φεβρουαρίου 2010, η Επιτροπή ζήτησε από τις σλοβακικές αρχές συμπληρωματικές πληροφορίες σχετικά με την εν λόγω εισφορά κεφαλαίου, καθώς και διευκρινίσεις όσον αφορά το σλοβακικό σύστημα αντισταθμίσεως ασφαλισμένων κινδύνων (Risk Equalisation Scheme, RES), ένα άλλο μέτρο το οποίο θα μπορούσε ενδεχομένως να χαρακτηριστεί κρατική ενίσχυση. Με επιστολή της 25ης Μαρτίου 2010, οι σλοβακικές αρχές ζήτησαν παράταση της προθεσμίας απόκρισης στο συγκεκριμένο αίτημα, η οποία εκχωρήθηκε από την Επιτροπή με επιστολή της 31ης Μαρτίου 2010. Στις 16 Ιουνίου 2010 η Επιτροπή υπενθύμισε στη Σλοβακική Δημοκρατία την υποχρέωσή της να διαβιβάσει τις συναφείς πληροφορίες και οι σλοβακικές αρχές ανταποκρίθηκαν στο εν λόγω αίτημα με επιστολή της 9ης Ιουλίου 2010. Κατόπιν αιτήματος της Επιτροπής σε επιστολή της 4ης Νοεμβρίου 2010, η Σλοβακική Δημοκρατία υπέβαλε μη εμπιστευτική εκδοχή της εν λόγω απάντησης στις 3 Δεκεμβρίου 2010.

(4) Την 1η Ιανουαρίου 2010 η SZP συγχωνεύθηκε με τον έτερο κρατικό σλοβακικό ασφαλιστικό φορέα υγείας Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s (εφεξής «VZP»). Από το 1998 έως και το 2005 τουλάχιστον, οι εν λόγω δύο κρατικές ανώνυμες εταιρείες λάμβαναν τα ασφαλιστικά χαρτοφυλάκια άλλων εταιρειών ασφάλισης υγείας.

(5) Σε δύο συνεδριάσεις που πραγματοποιήθηκαν με τη συμμετοχή της Επιτροπής και της Dôvera στις 10 Οκτωβρίου 2010 και στις 15 Μαρτίου 2011 συζητήθηκαν το αντικείμενο της καταγγελίας και η λειτουργία του τομέα ασφάλισης υγείας στη Σλοβακία. Με έγγραφο της 15ης Ιουλίου 2011, η Dôvera διαβίβασε συμπληρωματικές πληροφορίες για τη φύση του τομέα ασφάλισης υγείας στη Σλοβακική Δημοκρατία και επέκτεινε τους ισχυρισμούς της καταγγελίας της στα ακόλουθα τρία νέα μέτρα που εικάζεται ότι τέθηκαν σε εφαρμογή υπέρ της SZP και της VZP: i) εξόφληση του χρέους της εταιρείας SZP από την κρατική εταιρεία Veritel'a.s. κατά την περίοδο 2004-2005 μέσω δύο πληρωμών ύψους 52,7 εκατ. ευρώ και 28 εκατ. ευρώ· ii) επιδότηση ύψους 7,6 εκατ. ευρώ που χορηγήθηκε το 2006 στην SZP από το Υπουργείο Υγείας και iii) κρατικά χρηματοδοτούμενη αύξηση κεφαλαίου ύψους 65,1 εκατ. ευρώ στη VZP την 1η Ιανουαρίου 2010. Κατά συνέπεια, η Επιτροπή ζήτησε από τις σλοβακικές αρχές να υποβάλουν τις παρατηρήσεις τους σχετικά με την επεκταθείσα καταγγελία, συμπεριλαμβανομένων των νέων ισχυρισμών. Ύστερα από παράταση της προθεσμίας απόκρισης, οι σλοβακικές αρχές υπέβαλαν τις παρατηρήσεις τους με επιστολή της 11ης Νοεμβρίου 2011.

([1]) ΕΕ C 278 της 26.9.2013, σ. 28.

(6) Κατόπιν συνάντησης με τις υπηρεσίες της Επιτροπής που πραγματοποιήθηκε στις 15 Δεκεμβρίου 2011, η Dôvera διαβίβασε περαιτέρω στοιχεία σχετικά με τη φύση του τομέα ασφάλισης υγείας με επιστολή της 16ης Ιανουαρίου 2012.

(7) Με επιστολή της 2ας Ιουλίου 2013, η Επιτροπή κοινοποίησε στη Σλοβακική Δημοκρατία την απόφασή της να κινήσει την επίσημη διαδικασία έρευνας που προβλέπεται στο άρθρο 108 παράγραφος 2 της Συνθήκης (εφεξής η «απόφαση κίνησης της διαδικασίας»). Η απόφαση κίνησης της διαδικασίας δημοσιεύθηκε στην *Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης* ([2]), συνοδευόμενη από πρόσκληση προς τα ενδιαφερόμενα μέρη να υποβάλουν τις παρατηρήσεις τους.

(8) Με επιστολή της 24ης Ιουλίου 2013, οι σλοβακικές αρχές ζήτησαν παράταση της προθεσμίας υποβολής των παρατηρήσεών τους σχετικά με την απόφαση κίνησης της διαδικασίας, την οποία και εκχώρησε η Επιτροπή με επιστολή της 30ής Ιουλίου 2013. Η Σλοβακική Δημοκρατία υπέβαλε τις παρατηρήσεις της σχετικά με την απόφαση κίνησης της διαδικασίας με επιστολή της 27ης Αυγούστου 2013.

(9) Η Επιτροπή έλαβε παρατηρήσεις σχετικά με την απόφαση κίνησης της διαδικασίας από τα ακόλουθα πέντε τρίτα μέρη: από το Ινστιτούτο Οικονομικών και Κοινωνικών Μεταρρυθμίσεων (INEKO) με επιστολή της 15ης Οκτωβρίου 2013· από την Union zdravotná poisťovňa, a.s. (Ένωση ασφάλισης υγείας) με επιστολή της 25ης Οκτωβρίου 2013· από το Ινστιτούτο Πολιτικής για την Υγεία (Health Policy Institute, «HPI») με επιστολή της 28ης Οκτωβρίου 2013· από τη Združenie zdravotných poisťovní SR («ZZP», Ένωση Εταιρειών Ασφάλισης Υγείας στη Σλοβακία) με επιστολή της 28ης Οκτωβρίου 2013, και από την Dôvera με επιστολή της 11ης Νοεμβρίου 2013.

(10) Οι ανωτέρω παρατηρήσεις διαβιβάστηκαν στις σλοβακικές αρχές με επιστολές της 20ής Νοεμβρίου και της 20ής Δεκεμβρίου 2013. Στις 20 Δεκεμβρίου 2013, οι σλοβακικές αρχές ζήτησαν παράταση της προθεσμίας απόκρισης στις εν λόγω παρατηρήσεις έως την 31η Ιανουαρίου 2014, την οποία και εκχώρησε η Επιτροπή την ίδια ημέρα. Με επιστολή της 29ης Ιανουαρίου 2014, η Σλοβακία απάντησε στις παρατηρήσεις που υπέβαλαν τα τρίτα μέρη σχετικά με την απόφαση κίνησης της διαδικασίας.

(11) Στις 2 Απριλίου 2014 πραγματοποιήθηκε συνεδρίαση με τη συμμετοχή των υπηρεσιών της Επιτροπής και των σλοβακικών αρχών.

(12) Στις 11 Απριλίου 2014 και στις 25 Αυγούστου 2014 η Επιτροπή απέστειλε συμπληρωματικά αιτήματα παροχής πληροφοριών, στα οποία η Σλοβακία ανταποκρίθηκε, αντιστοίχως, με επιστολές της 15ης Μαΐου 2014 και 27ης Αυγούστου 2014.

2. **ΠΛΑΙΣΙΟ**

2.1. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΛΟΒΑΚΙΑ

(13) Το 1994 η Σλοβακία στράφηκε από ένα σύστημα ενιαίου κρατικού ασφαλιστικού φορέα σε ένα πλουραλιστικό μοντέλο, με τη συμμετοχή φορέων τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Στο πλαίσιο μιας εκ βάθρων μεταρρύθμισης, η οποία αφορούσε τους νόμους αριθ. 581/2004 και αριθ. 580/2004 και τέθηκε σε ισχύ την 1η Ιανουαρίου 2005 (η «μεταρρύθμιση του 2005»), τροποποιήθηκαν οι κανόνες σχετικά με την αναδιανομή των εισπραττόμενων εισφορών ασφάλισης υγείας και μεταβλήθηκε η νομική μορφή όλων των ασφαλιστικών εταιρειών (τόσο κρατικής όσο και ιδιωτικής ιδιοκτησίας) από ειδικής φύσεως (*sui generis*) νομικές οντότητες σε εταιρείες με περιορισμένη ευθύνη των μετόχων (δηλαδή σε κερδοσκοπικές ανώνυμες εταιρείες ιδιωτικού δικαίου). Συγκροτήθηκε δε ανεξάρτητη ρυθμιστική αρχή, η σλοβακική αρχή επιτήρησης της υγείας («HSA»), με σκοπό την έκδοση αδειών λειτουργίας και την επιτήρηση της συμμόρφωσης των ασφαλιστικών εταιρειών προς τις ισχύουσες κανονιστικές διατάξεις. Κατ' ουσίαν, οι μεταρρυθμίσεις αυτές σχεδιάστηκαν με στόχο να συμβάλουν στη βελτίωση της αποδοτικής χρήσης των διαθέσιμων πόρων και στην αύξηση της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης ([3]).

(14) Στη Σλοβακία όλες οι εταιρείες ασφάλισης υγείας, τόσο δημόσιες όσο και ιδιωτικές, παρέχουν υποχρεωτική ασφάλιση υγείας στους κατοίκους της Σλοβακίας ([4]). Η δυνατότητα που προβλέπεται στον νόμο αριθ. 580/2004 για παροχή ατομικής ασφάλισης υγείας επιπλέον της δέσμης βασικών παροχών στο πλαίσιο της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας είναι εξαιρετικά περιορισμένη, λόγω των ολοκληρωμένων παροχών υγειονομικής περίθαλψης που καλύπτονται από το

([2]) Βλέπε υποσημείωση 1.

([3]) Βλέπε επίσης την έκθεση του 2004 με τίτλο «Health care systems in transition: Slovakia» (Συστήματα υγείας σε μεταβατικό στάδιο: Σλοβακία) (τεύχος 6, αριθ. 10 2004, σ. 36 και εξής), η οποία εκπονήθηκε από τους Hlavačka S., Wágner R., Riesberg A. και δημοσιεύθηκε από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τις Πολιτικές και τα Συστήματα Υγείας (διαθέσιμη στον δικτυακό τόπο http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf), συγκεκριμένα σ. 99.

([4]) Σύμφωνα με το τμήμα 3 του νόμου αριθ. 580/2004, οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο διαμένει μόνιμα στη Σλοβακική Δημοκρατία υποχρεούται να είναι ασφαλισμένο στο δημόσιο σύστημα ασφάλισης υγείας. Ο νόμος προβλέπει εξαιρέσεις, αλλά μόνο για τα πρόσωπα τα οποία διαθέτουν ασφάλιση υγείας σε άλλη χώρα. Στο προαναφερόμενο τμήμα 3 ορίζονται επίσης τα πρόσωπα τα οποία πρέπει να είναι ασφαλισμένα στο δημόσιο σύστημα ασφάλισης υγείας, ακόμη και αν δεν διαμένουν μόνιμα στη Σλοβακική Δημοκρατία. Στην παρούσα απόφαση, ο όρος «κάτοικος Σλοβακίας» παραπέμπει, κατά περίπτωση, σε όλες τις κατηγορίες προσώπων που πρέπει να είναι ασφαλισμένα στο δημόσιο σύστημα ασφάλισης υγείας.

σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης. ([5]) Επιπλέον, το 2005 θεσπίστηκε με νομοθετική πράξη η δυνατότητα όλων των εταιρειών ασφάλισης υγείας να παρέχουν προαιρετική ασφάλιση υγείας στα άτομα που εξαιρούνται από το σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας ([6]).

(15) Το 2007 με τον νόμο αριθ. 530/2007 τροποποιήθηκε ο νόμος αριθ. 581/2004 και απαγορεύτηκε στις ασφαλιστικές εταιρείες που δραστηριοποιούνται στον τομέα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας να καταβάλλουν κέρδη υπό μορφή μερισμάτων από 1ης Ιανουαρίου 2008, επιβάλλοντας ως εκ τούτου την υποχρέωση επανεπένδυσης των πλεονασμάτων που προέκυπταν στο σλοβακικό σύστημα υγείας. Ως εκ τούτου, από τον Ιανουάριο του 2008 δεν επιτρεπόταν πλέον στις εταιρείες ασφάλισης υγείας να προβαίνουν σε διανομή κερδών. Ωστόσο, στις 26 Ιανουαρίου 2011 το Συνταγματικό Δικαστήριο της Σλοβακίας αποφάνθηκε ότι η απαγόρευση διανομής κερδών ήταν ασυμβίβαστη με διάφορες διατάξεις του σλοβακικού συντάγματος. Πέραν της εν λόγω δικαστικής απόφασης, οι σλοβακικές αρχές προέβησαν τον Ιούλιο του 2011 σε τροποποίηση του νόμου αριθ. 530/2007 με τον νόμο αριθ. 250/2011, ούτως ώστε να επιτραπεί εκ νέου στους ασφαλιστικούς φορείς υγείας η διανομή (προς τους μετόχους τους) των κερδών που προέκυπταν από τη δραστηριότητα της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, με την επιφύλαξη ορισμένων προϋποθέσεων ([7]). Συνεπεία των εν λόγω νομοθετικών τροποποιήσεων, η Επιτροπή περάτωσε τον Δεκέμβριο του 2011 τη διαδικασία επί παραβάσει που είχε κινήσει αναφορικά με τον περιορισμό επί της διανομής και της καταβολής κερδών ([8]).

(16) Στις 31 Οκτωβρίου 2012 οι σλοβακικές αρχές ενέκριναν σχέδιο προγράμματος για τη θέσπιση ενιαίου μη κερδοσκοπικού συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας στη Σλοβακική Δημοκρατία, το οποίο προβλεπόταν να τεθεί σε εφαρμογή είτε μέσω εκούσιων εξαγορών (έως την 1η Ιανουαρίου 2014) των ιδιωτικών εταιρειών ασφάλισης υγείας είτε μέσω της απαλλοτρίωσής τους (έως την 1η Ιουλίου 2014) και της ίδρυσης εν συνεχεία ενιαίας (κρατικής) εταιρείας ασφάλισης υγείας. ([9]) Ωστόσο, κατά τον χρόνο έκδοσης της παρούσας απόφασης, καμία από τις ενέργειες που προβλέπονταν στο προαναφερόμενο σχέδιο προγράμματος δεν είχε ακόμη υλοποιηθεί ([10]).

2.2. ΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΛΟΒΑΚΙΑ

(17) Σύμφωνα με τη σλοβακική νομοθεσία, ως εταιρεία ασφάλισης υγείας νοείται κάθε ανώνυμη εταιρεία, η οποία έχει την καταστατική έδρα της στη Σλοβακική Δημοκρατία και σκοπό την παροχή υποχρεωτικής δημόσιας ασφάλισης υγείας με την επιφύλαξη της χορήγησης σχετικής έγκρισης από την αρχή επιτήρησης της υγείας.

(18) Προκειμένου να αποκτήσουν δέσμη παροχών υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, οι κάτοικοι της Σλοβακίας δύνανται να επιλέξουν τη σύναψη συμβολαίου με έναν από τους ακόλουθους τρεις ασφαλιστικούς φορείς υγείας:

α) την κρατική ανώνυμη εταιρεία VZP, η οποία ιδρύθηκε την 1η Ιουλίου 2005· δημιουργήθηκε από τον μετασχηματισμό της δημόσιας επιχείρησης VšZP, η οποία είχε συσταθεί δυνάμει του νόμου αριθ. 273/1994 της 1ης Νοεμβρίου 1994, ως η διάδοχη εταιρεία της εθνικής ασφαλιστικής εταιρείας (Národná poisťovňa) της υπηρεσίας διαχείρισης ταμείων ασφάλισης υγείας· η VZP συγχωνεύθηκε με την κρατική εταιρεία SZP την 1η Ιανουαρίου 2010 δυνάμει του νόμου αριθ. 533/2009 (για τον λόγο αυτό, η κοινή οντότητα αναφέρεται εφεξής, κατά περίπτωση, ως «SZP/VZP»)· μοναδικός μέτοχος της VZP είναι η Σλοβακική Δημοκρατία·

β) την ιδιωτική ανώνυμη εταιρεία Dôvera (βασικός μέτοχος της οποίας είναι ο χρηματοπιστωτικός όμιλος της Κεντρικής Ευρώπης PENTA)· η Dôvera ιδρύθηκε την 1η Οκτωβρίου 2005 και συγχωνεύθηκε στις 31 Δεκεμβρίου 2009 με μια άλλη ιδιωτική σλοβακική εταιρεία ασφάλισης υγείας με την επωνυμία Apollo. Το 2010 η οντότητα που προέκυψε από την εν λόγω συγχώνευση αποτελούσε τη μεγαλύτερη ιδιωτική εταιρεία ασφάλισης υγείας στη Σλοβακία·

γ) την ιδιωτική ανώνυμη εταιρεία Union zdravotná poisťovňa, η οποία ιδρύθηκε στις 9 Μαρτίου 2006 και είναι μέλος του ομίλου Achmea, γνωστού παλαιότερα ως Eureko, ο οποίος έχει την έδρα του στις Κάτω Χώρες.

([5]) Βλέπε επίσης την έκθεση του 2011 με τίτλο «Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition» (Σλοβακία: Επισκόπηση του συστήματος υγείας. Συστήματα υγείας σε μετάβαση) (τεύχος 13, αριθ. 2 2011), η οποία εκπονήθηκε από τους Szalay T., Pažitný P., Szalayová A., Frisová S., Morvay K., Petrovič M. και van Ginneken E. και δημοσιεύθηκε από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τις Πολιτικές και τα Συστήματα Υγείας (διαθέσιμη στον δικτυακό τόπο http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), σ. 78.

([6]) Νόμος αριθ. 352/2005, δηλαδή για τα άτομα που δεν διαμένουν μόνιμα στη χώρα και δεν απασχολούνται στη Σλοβακία, καθώς και για τα άτομα που διαμένουν μόνιμα στη Σλοβακία αλλά διαθέτουν ασφάλιση υγείας στο εξωτερικό. Σύμφωνα με την απάντηση των σλοβακικών αρχών στην απόφαση κίνησης της διαδικασίας, η εν λόγω δυνατότητα προαιρετικής ασφάλισης καταργήθηκε, με ισχύ από 1ης Μαΐου 2010, με τον νόμο αριθ. 121/2010.

([7]) Οι προϋποθέσεις αυτές είναι οι εξής: 1) υποχρεωτική χρήση των κερδών για τη δημιουργία αποθέματος που δεν θα υπερβαίνει το 20 % του καταβεβλημένου εγγεγραμμένου κεφαλαίου (το αποθεματικό κεφάλαιο μπορεί να χρησιμοποιείται μόνο για την κάλυψη ζημιών) και 2) υποχρεωτική δημιουργία τεχνικών αποθεμάτων για την καταβολή των προβλεπόμενων παροχών υγειονομικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους που περιλαμβάνονται σε καταλόγους αναμονής.

([8]) Πρόκειται για τη διαδικασία επί παραβάσει αριθ. 2008/4268, στο πλαίσιο της οποίας η Ευρωπαϊκή Επιτροπή απέστειλε στη σλοβακική κυβέρνηση προειδοποιητική επιστολή βάσει των κανόνων για την εσωτερική αγορά με την οποία επισήμανε ότι η απαγόρευση της ελεύθερης διάθεσης εκ μέρους των εταιρειών ασφάλισης υγείας τυχόν κερδών που προκύπτουν από την παροχή υπηρεσιών ασφάλισης υγείας στη Σλοβακία δυνάμει του τμήματος 15 σημείο 6 του νόμου αριθ. 581/2004 συνιστά αδικαιολόγητο περιορισμό στην ελεύθερη κυκλοφορία κεφαλαίων που κατοχυρώνεται από το άρθρο 63 της Συνθήκης.

([9]) Προσφάτως, το Μόνιμο Διαιτητικό Δικαστήριο κήρυξε εαυτό αναρμόδιο για την εκδίκαση των ισχυρισμών της εταιρείας ολλανδικού δικαίου Achmea (ιδιοκτήτρια εταιρεία της Union zdravotná poisťovňa) κατά των εν λόγω σχεδίων, βλέπε απόφαση της 24ης Μαΐου 2014 του Μόνιμου Διαιτητικού Δικαστηρίου στην υπόθεση αριθ. 2013-12, Achmea κατά Σλοβακικής Δημοκρατίας, η οποία είναι διαθέσιμη στον ακόλουθο δικτυακό τόπο: http://news.achmea.nl/achmea-discloses-awards-of-arbitration-tribunals/.

([10]) Βλέπε τον ακόλουθο δικτυακό τόπο: http://spectator.sme.sk/articles/view/54162/3/achmea_loses_against_slovakia.html.

(19) Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η εξέλιξη των μεριδίων που κατείχαν στην αγορά οι διάφορες εταιρείες οι οποίες παρείχαν υποχρεωτική ασφάλισης υγείας στη Σλοβακική Δημοκρατία κατά την περίοδο 2008-2013 ([11]):

Έτος	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ([1])
Εταιρείες	Αριθμός ασφαλισμένων (%)					
VZP	55,4	55,0	66,74	65,79	64,4	64,09
SZP	13,6	12,0	2010: συγχώνευση της SZP με τη VZP			
Apollo	8,4	10,0	2010: συγχώνευση της Apollo με την 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]) Βλέπε επίσης τη σκέψη 37 της απόφασης του Μόνιμου Διαιτητικού Δικαστηρίου της 24ης Μαΐου 2014 στην υπόθεση αριθ. 2013-12, Achmea κατά Σλοβακικής Δημοκρατίας (βλέπε υποσημείωση 9 ανωτέρω).

(20) Όλες οι εταιρείες ασφάλισης υγείας είναι ανώνυμες εταιρείες, ενώ οι κανονιστικές διατάξεις περί κυριότητας επιτρέπουν τη συμμετοχή μετόχων τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Όλες οι εταιρείες ασφάλισης υγείας υποχρεούνται να πληρούν ορισμένα κριτήρια φερεγγυότητας. Δεδομένου ότι υπόκεινται σε αυστηρούς δημοσιονομικούς περιορισμούς, είναι εξ ολοκλήρου υπεύθυνες για τυχόν χρηματοδοτικά ελλείμματα. Ως ιδιωτικές ανώνυμες εταιρείες που ιδρύθηκαν βάσει των γενικών διατάξεων του εταιρικού δικαίου, οι εταιρείες ασφάλισης υγείας φαίνεται να διαχειρίζονται τις οικείες δραστηριότητες και δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης με αυτόνομο τρόπο.

(21) Οι εταιρείες ασφάλισης υγείας μπορούν να είναι κερδοφόρες και αποκομίζουν πράγματι κέρδη ([12]). Τα έσοδα των ασφαλιστικών εταιρειών στη Σλοβακία προέρχονται από τις ασφαλιστικές εισφορές, τον κρατικό προϋπολογισμό (εισφορές εκ μέρους των οικονομικά ανενεργών προσώπων και επιδότηση για την κάλυψη αυξήσεων στις δαπάνες των υπηρεσιών υγείας), εισόδημα από ακίνητη περιουσία, δωρεές και άλλα εισοδήματα. Οι εταιρείες ασφάλισης υγείας μπορούν, για παράδειγμα, να αποκομίζουν κέρδη μέσω της βελτίωσης του συστήματος διαχείρισής τους και μέσω των διαπραγματεύσεων στις οποίες προβαίνουν κατά τη σύναψη συμβάσεων με παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.

2.3. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΛΟΒΑΚΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.3.1. **Κοινωνικός σκοπός και δημόσιο συμφέρον**

(22) Στο πλαίσιο του σλοβακικού συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας επιδιώκεται ένας κοινωνικός σκοπός, ο οποίος έγκειται στη διασφάλιση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης και της διατήρησης ενός βιώσιμου συστήματος ασφάλισης υγείας. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα στην ασφάλιση υγείας και οι κάτοικοι Σλοβακίας υποχρεούνται να είναι ασφαλισμένοι ([13]). Το δικαίωμα στην παροχή δωρεάν υγειονομικής περίθαλψης στο πλαίσιο της ασφάλισης υγείας συνιστά συνταγματική υποχρέωση της Σλοβακικής Δημοκρατίας ([14]). Σύμφωνα με τις σλοβακικές αρχές, με την παροχή υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας στη Σλοβακική Δημοκρατία, θεωρείται ότι οι εταιρείες ασφάλισης υγείας εκπληρώνουν τη συνταγματική υποχρέωση που υπέχει το κράτος, δηλαδή την παροχή ασφάλισης υγείας στους κατοίκους της Σλοβακίας μέσω της διαχείρισης του συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας στη Σλοβακία. Η Σλοβακική Δημοκρατία είναι εκ του νόμου επιφορτισμένη με το καθήκον χρηματοδότησης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και κάλυψης των ζημιών στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης. ([15]) Δυνάμει του τμήματος 2 του νόμου αριθ. 580/2004 για την ασφάλιση υγείας, η παροχή δημόσιας υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας συνιστά δραστηριότητα η οποία εμπίπτει στη σφαίρα του δημόσιου συμφέροντος και στο πλαίσιο της οποίας πραγματοποιείται διαχείριση δημόσιων πόρων.

([11]) Τα αριθμητικά στοιχεία για την περίοδο 2011-2013 υποβλήθηκαν από την καταγγέλλουσα στις παρατηρήσεις της σχετικά με την απόφαση κίνησης της διαδικασίας.

([12]) Απόφαση κίνησης της διαδικασίας, αιτιολογικές σκέψεις 23 και 24.

([13]) Η υποχρέωση ασφάλισης προβλέπεται εκ του νόμου για όλα τα πρόσωπα που καθορίζονται στις συναφείς διατάξεις (τμήμα 3 του νόμου αριθ. 580/2004). Όλοι οι πολίτες που ορίζονται από τον νόμο υποχρεούνται εκ του νόμου να καταβάλλουν εισφορές δημόσιας ασφάλισης υγείας (τμήμα 11 του νόμου αριθ. 580/2004). Η μη καταβολή των εν λόγω εισφορών θεωρείται ποινικό αδίκημα.

([14]) Μεταξύ των άλλων συνταγματικά κατοχυρωμένων «θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών» που περιλαμβάνονται στο άρθρο 40 του συντάγματος της Σλοβακικής Δημοκρατίας αναφέρονται τα εξής: «Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας του. Στο πλαίσιο της ασφάλισης υγείας, οι πολίτες έχουν το δικαίωμα σε δωρεάν υγειονομική περίθαλψη και σε ιατρικές προμήθειες υπό τους όρους που προβλέπονται από τον νόμο».

([15]) Ειδικότερα, σε συνδυασμό με τις νομοθετικές τροποποιήσεις που εγκρίθηκαν το 2004, η Σλοβακική Δημοκρατία εξόφλησε χρέος ύψους σχεδόν ενός δισεκατομμυρίου ευρώ, το οποίο είχε δημιουργηθεί κατά το παρελθόν στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των οφειλών ιδιωτικών εταιρειών ασφάλισης υγείας (σύμφωνα με στοιχεία που διαβίβασαν στην Επιτροπή οι σλοβακικές αρχές στις 9 Ιουλίου 2010).

2.3.2. **Υποχρεωτική υπαγωγή, άνευ περιορισμού ασφάλιση και καθορισμός ασφαλίστρων σε κοινή βάση**

(23) Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αριθ. 580/2004 και του νόμου αριθ. 581/2004, η συμμετοχή στο πρόγραμμα δημόσιας ασφάλισης υγείας του σλοβακικού κράτους είναι υποχρεωτική για την πλειονότητα του πληθυσμού στη Σλοβακική Δημοκρατία ([16]). Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας στη Σλοβακία καλύπτει επίσης πρόσωπα που ήταν ασφαλισμένα δυνάμει του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 του Συμβουλίου ([17]) έως την 30ή Απριλίου 2010 και, από 1ης Μαΐου 2010, δυνάμει του κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 883/2004 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τον συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας ([18]).

(24) Οι ασφαλισμένοι έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν την εταιρεία ασφάλισης υγείας της προτίμησής τους, καθώς και να αλλάζουν ασφαλιστική εταιρεία μία φορά ετησίως. Βάσει της υποχρέωσης άνευ περιορισμού ασφάλισης και καθορισμού ασφαλίστρων σε κοινή βάση, οι εταιρείες ασφάλισης υγείας στη Σλοβακία έχουν τη νομική υποχρέωση να κάνουν δεκτό στο ασφαλιστικό τους σύστημα κάθε κάτοικο Σλοβακίας που υποβάλλει σχετική αίτηση, υπό τον όρο ότι πληροί τις νομικές απαιτήσεις περί ασφάλισης υγείας στη Σλοβακία. Ειδικότερα, οι εταιρείες ασφάλισης υγείας δεν μπορούν να απορρίψουν την αίτηση ασφάλισης ενός προσώπου λόγω ηλικίας, κατάστασης υγείας ή κινδύνων εκδήλωσης ασθένειας ([19]) και οφείλουν να παρέχουν βασική ασφάλιση υγείας στην ίδια τιμή σε όλα τα πρόσωπα, ανεξαρτήτως των παραγόντων αυτών.

(25) Κατά συνέπεια, το σλοβακικό σύστημα ασφάλισης υγείας περιλαμβάνει επίσης το νομικό πλαίσιο για τον ισότιμο καταμερισμό των κινδύνων μεταξύ των εταιρειών ασφάλισης υγείας μέσω ενός συστήματος αντισταθμίσεως ασφαλισμένων κινδύνων (RES). Δυνάμει του συστήματος RES ([20]), οι εταιρείες ασφάλισης υγείας που ασφαλίζουν πρόσωπα τα οποία συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο λαμβάνουν χρηματοδοτικούς πόρους από ασφαλιστικές εταιρείες των οποίων το χαρτοφυλάκιο συνδέεται με χαμηλότερο κίνδυνο, δηλαδή μέσω της μηνιαίας και ετήσιας ανακατανομής των εισφορών και της διαχείρισης μεταβιβάσεων ([21]).

2.3.3. **Παροχές και εισφορές που συνδέονται με το εισόδημα**

(26) Η σλοβακική υποχρεωτική ασφάλιση υγείας βασίζεται σε σύστημα υποχρεωτικών εισφορών. Τα ποσοστά των εισφορών καθορίζονται από τον νόμο και είναι αναλογικά προς το εισόδημα του ασφαλισμένου (όπως στην περίπτωση του φόρου που επιβάλλεται επί του εισοδήματος), και δεν υπολογίζονται με βάση τον ασφαλισμένο κίνδυνο (όπως η ηλικία του ασφαλισμένου ή η κατάσταση της υγείας του). Οι εν λόγω εισφορές, τις οποίες οι σλοβακικές αρχές θεωρούν μέρος των δημόσιων πόρων, εισπράττονται από τα ακόλουθα πρόσωπα: 1) από εργαζόμενους και εργοδότες· 2) από αυτοαπασχολούμενους· 3) από εκούσια ανέργους· 4) από το κράτος (για τους «κρατικά ασφαλισμένους», δηλαδή την ομάδα των πλέον ανενεργών οικονομικά ατόμων)· και 5) από τους καταβάλλοντες μερίσματα.

(27) Σε όλους τους ασφαλισμένους διασφαλίζεται το ίδιο βασικό επίπεδο παροχών («η δέσμη βασικών παροχών»). Δεν υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ του ύψους των εισφορών που καταβάλλονται μέσω του συστήματος και των παροχών ([22]) που λαμβάνονται. Οι ιατρικές υπηρεσίες που καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας παρέχονται ανεξαρτήτως των καταβαλλόμενων εισφορών από τον ασφαλισμένο.

(28) Η δέσμη βασικών παροχών της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας καλύπτει σχεδόν το σύνολο των διαδικασιών παροχής υγειονομικής περίθαλψης που προβλέπονται στη Σλοβακική Δημοκρατία, το οποίο σημαίνει ότι μέσω της δέσμης αυτής παρέχεται ουσιαστικά πλήρης υγειονομική περίθαλψη. Επί του παρόντος, η δέσμη βασικών παροχών διασφαλίζει σε όλους το δικαίωμα δωρεάν υγειονομικής περίθαλψης, εξαιρουμένων ορισμένων μόνο θεραπευτικών αγωγών (π.χ. πλαστική χειρουργική), και τη μερική κάλυψη φαρμακευτικών αγωγών και θαλασσοθεραπειών, καθώς και επιλεγμένων υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη (π.χ. επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων περιστατικών). Η δέσμη βασικών παροχών μπορεί να περιοριστεί ή να διευρυνθεί με την έκδοση κυβερνητικού διατάγματος (χωρίς κοινοβουλευτικές διαβουλεύσεις). Δεδομένου ότι το σλοβακικό σύνταγμα διασφαλίζει σε κάθε πολίτη την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στο πλαίσιο του συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας υπό τις προϋποθέσεις που καθορίζονται από τον νόμο, οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν μπορούν να επηρεάσουν το «καλάθι» των παροχών, το επίπεδο της ασφαλιστικής κάλυψης ή τα ασφάλιστρα για τη δέσμη βασικών παροχών, διότι όλα αυτά ορίζονται από τον νόμο.

(29) Οι σλοβακικές εταιρείες ασφάλισης υγείας δύνανται να προσθέτουν στη δέσμη βασικών παροχών, και το πράττουν άλλωστε, διάφορα συμπληρωματικά δικαιώματα (παροχές) της επιλογής τους, τα οποία καλύπτουν υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στην εν λόγω δέσμη αλλά προσφέρονται δωρεάν από τους ασφαλιστικούς φορείς υγείας στους πελάτες τους στο πλαίσιο της ίδιας δέσμης υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται βάσει της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Για παράδειγμα, από τα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι οι εταιρείες ασφάλισης υγείας δύνανται να αποφασίζουν εάν θα προσφέρουν πρόσθετη κάλυψη ορισμένων συμπληρωματικών και προληπτικών θεραπειών στο πλαίσιο της ίδιας δέσμης υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Οι εν λόγω συμπληρωματικές παροχές διαφοροποιούνται από τις ατομικές υπηρεσίες ασφάλισης υγείας που μπορεί να παρέχονται έναντι αντιτίμου.

([16]) Βλέπε υποσημείωση 4.
([17]) Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 του Συμβουλίου, της 14ης Ιουνίου 1971, περί εφαρμογής των συστημάτων κοινωνικής ασφαλίσεως στους μισθωτούς και τις οικογένειές τους που διακινούνται εντός της Κοινότητος (ΕΕ L 149 της 5.7.1971, σ. 2).
([18]) Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 883/2004 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 29ης Απριλίου 2004, για τον συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας (ΕΕ L 166 της 30.4.2004, σ. 1).
([19]) Βλέπε επίσης τμήμα 6 σημείο 9 του νόμου αριθ. 580/2004.
([20]) Μέρος 3 του νόμου αριθ. 580/2004.
([21]) Βλέπε αιτιολογικές σκέψεις 45 έως 47 κατωτέρω.
([22]) Βλέπε νόμο αριθ. 577/2004.

2.3.4. **Επιλογή παρόχων και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης**

(30) Στις εταιρείες ασφάλισης υγείας επιτρέπεται να επιλέγουν οι ίδιες τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και να διαπραγματεύονται τις συμβάσεις που συνάπτουν με ιατρούς και μεμονωμένα νοσοκομειακά ιδρύματα. Ως εκ τούτου, οι εταιρείες ασφάλισης υγείας συνάπτουν συμβάσεις με μεμονωμένους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης· οι εν λόγω συμβάσεις συνάπτονται ανεξάρτητα η μία από την άλλη και ένας συγκεκριμένος πάροχος υγειονομικής περίθαλψης δύναται να συνάψει συμβάσεις με όλες ή με ορισμένες μόνο από τις εταιρείες ασφάλισης υγείας και αντιστρόφως. Οι εταιρείες ασφάλισης υγείας καλύπτουν υπηρεσίες που παρέχονται από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα.

(31) Προκειμένου να εξασφαλίζεται η γεωγραφική προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, το κράτος έχει θεσπίσει την απαίτηση ελάχιστου δικτύου προκειμένου να επηρεάσει τον σχεδιασμό της ικανότητας εξυπηρέτησης. Στο πλαίσιο της παροχής υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, οι εταιρείες ασφάλισης υγείας υποχρεούνται από τον νόμο να συνάπτουν συμβάσεις με ελάχιστο δίκτυο νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Κάθε εταιρεία ασφάλισης υγείας δημιουργεί το δικό της δίκτυο και βελτιώνει το ελάχιστο δίκτυο με τη σύναψη επιλεκτικών συμβάσεων με επιπλέον νοσοκομειακά ιδρύματα και άλλους παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Κατά συνέπεια, οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται από τα εν λόγω νοσοκομειακά ιδρύματα ή/και από άλλους παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και συμπεριλαμβάνονται στην ασφαλιστική κάλυψη της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα υγείας προς όφελος των ασφαλισμένων. Οι εταιρείες ασφάλισης υγείας διαθέτουν έναν ορισμένο βαθμό διακριτικής ευχέρειας κατά τις διαπραγματεύσεις που διεξάγουν με τα νοσοκομειακά ιδρύματα όσον αφορά την τιμή και την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται στους ασφαλισμένους.

2.3.5. **Κανονιστικό πλαίσιο**

(32) Το σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας στη Σλοβακική Δημοκρατία ρυθμίζεται από τις διατάξεις ειδικών κανονισμών ([23]). Όλες οι εταιρείες ασφάλισης υγείας που παρέχουν υποχρεωτική ασφάλιση υγείας έχουν, εκ του νόμου, την ίδια νομική μορφή, τα ίδια δικαιώματα και τις ίδιες υποχρεώσεις. Κάθε εταιρεία ασφάλισης υγείας πρέπει να ιδρύεται με σκοπό την παροχή δημόσιας ασφάλισης υγείας και δεν πρέπει να ασκεί άλλες δραστηριότητες από εκείνες που απαριθμούνται στο τμήμα 6 του νόμου αριθ. 581/2004. Οι δραστηριότητες των εταιρειών ασφάλισης υγείας που διαχειρίζονται το σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας τελούν υπό πλήρη κρατικό έλεγχο, ο οποίος ασκείται ειδικότερα μέσω της ρυθμιστικής αρχής, ήτοι της HSA, η οποία επιτελεί καθήκοντα παρακολούθησης και εποπτείας στο πλαίσιο του συστήματος υγείας. Η HSA παρακολουθεί κατά πόσον οι εταιρείες ασφάλισης υγείας και οι πάροχοι υγειονομικών υπηρεσιών συμμορφώνονται προς το εν λόγω νομοθετικό πλαίσιο και παρεμβαίνει σε περιπτώσεις παραβίασης των σχετικών διατάξεων.

3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΕΠΙΜΑΧΩΝ ΜΕΤΡΩΝ

(33) Στην παρούσα απόφαση εξετάζονται τα ακόλουθα έξι μέτρα (εφεξής αναφέρονται συλλογικά ως «τα επίμαχα μέτρα») ([24]):

3.1. Η ΑΥΞΗΣΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΤΟΥ 2006 ΣΤΗΝ SZP

(34) Με επιστολή της 2ας Απριλίου 2007, η ιδιωτική εταιρεία ασφάλισης υγείας Dôvera υπέβαλε στην Επιτροπή καταγγελία σχετικά με εισφορά κεφαλαίου ύψους 450 εκατ. σλοβακικών κορονών («SKK») (περίπου 15 εκατ. ευρώ) από τη Σλοβακική Δημοκρατία προς την κρατική εταιρεία SZP, η οποία πραγματοποιήθηκε σε τρεις δόσεις κατά την περίοδο μεταξύ της 28ης Νοεμβρίου 2005 και της 18ης Ιανουαρίου 2006.

(35) Η εν λόγω εισφορά κεφαλαίου συνδέθηκε με τη μεταρρύθμιση του τομέα υγειονομικής περίθαλψης και με τη μεταρρύθμιση του τομέα ασφάλισης υγείας της περιόδου 2004-2005 στη Σλοβακική Δημοκρατία. Στην πραγματικότητα, κατά τον χρόνο ίδρυσής της με τη νομική μορφή ανώνυμης εταιρείας το 2005, η SZP, ως νόμιμος διάδοχος ενός δημόσιου οργανισμού ([25]), υποχρεούνταν βάσει του νόμου να αναλάβει τόσο τα περιουσιακά στοιχεία του προηγούμενου ασφαλιστικού φορέα όσο και τις υποχρεώσεις του που είχαν προκύψει πριν από το 2005, το ύψος των οποίων δεν εξασφάλιζε επαρκές επίπεδο φερεγγυότητας, όπως αυτό οριζόταν βάσει των απαιτήσεων του τμήματος 14 σημείο 1 του νόμου για τις εταιρείες ασφάλισης υγείας (νόμος αριθ. 581/2004). Την 31η Δεκεμβρίου 2005 οι υποχρεώσεις αυτές ανέρχονταν στο ποσό των 467,765 εκατ. SKK (περίπου 15,5 εκατ. ευρώ).

([23]) Π.χ., η σχέση μεταξύ του ασφαλισμένου και του ασφαλιστικού φορέα υγείας δεν διαμορφώνεται βάσει συμβολαίου, αλλά ορίζεται από τη νομοθεσία (βλέπε τμήμα 4 του νόμου αριθ. 580/2004). Η εποπτεία των εταιρειών ασφάλισης υγείας και της παροχής υγειονομικής περίθαλψης διέπονται επίσης από νομοθετικές διατάξεις.

([24]) Τα εν λόγω μέτρα περιγράφονται αναλυτικότερα στην απόφαση κίνησης της διαδικασίας, αιτιολογικές σκέψεις 44 έως 72.

([25]) Ως δημόσιος οργανισμός πριν από την 1η Μαΐου 2005, η SZP λειτουργούσε ως ασφαλιστική εταιρεία με συγκεκριμένο και σχετικά περιορισμένο χαρτοφυλάκιο ασφαλίσεων ενώ, σε αντίθεση με άλλους ασφαλιστικούς φορείς υγείας, ήταν επίσης υποχρεωμένη να παρέχει στους ασφαλισμένους της κάλυψη ειδικής προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης και ειδικής υγειονομικής περίθαλψης σε περίπτωση σωματικών βλαβών που συνδέονται με την εργασία και επαγγελματικών ασθενειών.

3.2. Η ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΤΟΥ ΧΡΕΟΥΣ ΤΗΣ SZP ΑΠΟ ΤΗ VERITEL

(36) Η Veriteľ ιδρύθηκε το 2003 ως νέος κρατικός οργανισμός για την εξυγίανση του χρέους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ([26]) και της ανατέθηκε από τη σλοβακική κυβέρνηση το καθήκον υλοποίησης ενός προγράμματος για την ελάφρυνση των χρεών των φορέων υγειονομικής περίθαλψης και των εταιρειών ασφάλισης υγείας πριν από την αναδιοργάνωση όλων των υφιστάμενων ασφαλιστικών ταμείων υγείας με τη μορφή ανωνύμων εταιρειών έως τις 30 Σεπτεμβρίου 2005. Η διαδικασία ελάφρυνσης του χρέους πραγματοποιήθηκε βάσει ψηφισμάτων της σλοβακικής κυβέρνησης.

(37) Κατά την περίοδο 2003-2005 η Veriteľ προέβη σε διακανονισμό χρέους στον τομέα της υγείας το οποίο υπερέβαινε το 1,1 δισεκατ. ευρώ σε λογιστική αξία έναντι 644 εκατ. ευρώ σε μετρητά. Δεδομένου ότι το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε ότι επρόκειτο για την τελευταία διάσωση του συστήματος υγείας, ο οργανισμός Veriteľ καταργήθηκε το 2006 ([27]).

(38) Η καταγγέλλουσα ισχυρίζεται ότι η εξόφληση εκ μέρους της Veriteľ χρέους 52,7 εκατ. SKK της SZP, το οποίο ήταν υψηλότερο από το ποσό που είχε λάβει η ίδια η καταγγέλλουσα ([28]), υποδηλώνει αδικαιολόγητη διακριτική μεταχείριση κατά τη διαδικασία εξόφλησης του χρέους. Ωστόσο, ο κύριος προβληματισμός της καταγγέλλουσας έγκειται στο γεγονός ότι, επιπλέον, η Veriteľ προέβη, στις 30 Νοεμβρίου 2005 (επομένως μετά τον μετασχηματισμό), σε περαιτέρω εξόφληση χρέους, ύψους περίπου 28 εκατ. ευρώ, που όφειλε η SZP στον ειδικό λογαριασμό ανακατανομής ασφαλίστρων. Η εν λόγω εξόφληση εκτελέστηκε μέσω της παραχώρησης των απαιτήσεων καταβολής ασφαλίστρων και τόκων από τη SZP στη Veritel. Η SZP παραχώρησε στη Veritel απαιτήσεις καταβολής ασφαλίστρων και τόκων ύψους περίπου 929 εκατ. SKK (εκ των οποίων περίπου 343 εκατ. SKK σε τόκους). Η Veritel προσέφερε, με τη σειρά της, σε αντάλλαγμα στην SZP το ποσό των 840 εκατ. SKK (περίπου 28 εκατ. ευρώ) συμψηφίζοντας το χρέος της στον ειδικό λογαριασμό ανακατανομής ασφαλίστρων ([29]).

3.3. Η ΕΠΙΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ 2006 ΠΡΟΣ ΤΗΝ SZP

(39) Κατά το δεύτερο εξάμηνο του 2006 το Υπουργείο Υγείας χορήγησε στην SZP μία ακόμη επιδότηση, χρησιμοποιώντας μέρος του υπολοίπου ρευστοποίησης της Veriteľ, η λύση της οποίας έλαβε χώρα τον Ιούλιο του 2006. Σύμφωνα με την καταγγέλλουσα, το ποσό της επιδότησης ανήλθε περίπου σε 7,6 εκατ. ευρώ.

(40) Η καταγγέλλουσα ισχυρίζεται ότι η εν λόγω επιδότηση χορηγήθηκε για τον διακανονισμό υποχρεώσεων της SZP έναντι των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που χρονολογούνταν πριν από το 2005, παρότι δεν ήταν σαφές κατά πόσον το χρέος αυτό εξακολουθούσε να υφίσταται κατά τη χρονική στιγμή χορήγησης της επιδότησης.

(41) Κατά την άποψη, ωστόσο, των σλοβακικών αρχών, οι χρηματοδοτικοί πόροι που αντλήθηκαν από το υπόλοιπο της ρευστοποίησης της Veriteľ δεν χορηγήθηκαν στην SZP, αλλά σε ιατρικές εγκαταστάσεις, οι οποίες ανήκαν εκείνη την περίοδο στο κράτος, για την πληρωμή των υποχρεώσεών τους (δηλαδή τις εισφορές ασφάλισης υγείας για τους εργαζομένους τους) στην SZP. Κατά συνέπεια, ο εν λόγω διακανονισμός δεν εμπεριείχε, σύμφωνα με τις σλοβακικές αρχές, στοιχεία επιδότησης, αλλά επρόκειτο για κανονική εξόφληση μη αμφισβητούμενων υποχρεώσεων εκ μέρους του κράτους, ήτοι οφειλόμενων ασφαλίστρων υγείας.

3.4. Η ΑΥΞΗΣΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΤΟΥ 2010 ΣΤΗ VZP

(42) Την 1η Ιανουαρίου 2010 η Σλοβακική Δημοκρατία προέβη, μέσω του Υπουργείου Υγείας, σε αύξηση του εγγεγραμμένου μετοχικού κεφαλαίου της στη VZP. Η εν λόγω αύξηση μετοχικού κεφαλαίου ανήλθε περίπου σε 65,1 εκατ. ευρώ.

(43) Σύμφωνα με την καταγγέλλουσα, δεδομένου ότι η VZP βρισκόταν στα πρόθυρα πτώχευσης, φαίνεται ότι το κράτος ενήργησε κατά τον τρόπο αυτό προκειμένου να μειωθεί το έλλειμμα εσόδων που παρουσίαζε η VZP. Η καταγγέλλουσα υποστηρίζει επίσης ότι το κράτος δεν προσέβλεπε σε καμία περίπτωση στην απόδοση της επένδυσής του εντός ευλόγου χρονικού διαστήματος, λαμβανομένου ιδίως υπόψη του γεγονότος ότι η Σλοβακία είχε μόλις θεσπίσει νόμο δυνάμει του οποίου απαγορευόταν στις εταιρείες ασφάλισης υγείας να διανέμουν τα κέρδη τους.

(44) Κατά την άποψη των σλοβακικών αρχών, η εν λόγω αύξηση κεφαλαίου του 2010 στη VZP πραγματοποιήθηκε με σκοπό την εξουδετέρωση των επιπτώσεων της χρηματοπιστωτικής κρίσης και την παροχή στήριξης στη VZP, ούτως ώστε η τελευταία να αντεπεξέλθει στις πιέσεις για αύξηση του επιπέδου του συνολικού χρέους της με την αυξανόμενη ζήτηση παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

([26]) Η Veriteľ, a.s. ιδρύθηκε δυνάμει των διατάξεων του ψηφίσματος αριθ. 262 της σλοβακικής κυβέρνησης της 2ας Απριλίου 2003.

([27]) Βλέπε την έκθεση του 2011 με τίτλο «Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition» (Σλοβακία: Επισκόπηση του συστήματος υγείας. Συστήματα υγείας σε μετάβαση) (τεύχος 13, αριθ. 2 2011), η οποία εκπονήθηκε από τους Szalay T., Pažitný P., Szalayová A., Frisová S., Morvay K., Petrovič M. και van Ginneken E. και δημοσιεύθηκε από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τις Πολιτικές και τα Συστήματα Υγείας (διαθέσιμη στον δικτυακό τόπο http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), σ. 142.

([28]) Σύμφωνα με την καταγγέλλουσα, εν είδει συγκρίσεως, από το χρέος των προκατόχων της Dôvera, οι οποίοι ήταν από κοινού μεγαλύτερου μεγέθους από ό,τι η SZP, εξοφλήθηκε μόνο το ποσό των 27,25 εκατ. ευρώ.

([29]) Σύμφωνα με την καταγγέλλουσα, παράθεση αποσπάσματος από την έκθεση του Υπουργείου Υγείας με τίτλο «Report on Inquiry into the Activities of Veriteľ, a.s. Throughout its Existence» (Έκθεση σχετικά με την έρευνα των δραστηριοτήτων της Veriteľ, a.s. καθ' όλη τη διάρκεια λειτουργίας της), η οποία δημοσιεύθηκε τον Σεπτέμβριο του 2007.

3.5. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΤΙΣΤΑΘΜΙΣΕΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ (RES)

(45) Κατά την προκαταρκτική αξιολόγηση που διενήργησε, η Επιτροπή διαπίστωσε επίσης ότι η χρηματοδότηση των εταιρειών ασφάλισης υγείας στη Σλοβακική Δημοκρατία περιλαμβάνει μηχανισμό συγκέντρωσης και προσαρμογής των κινδύνων, το λεγόμενο σύστημα αντισταθμίσεως ασφαλισμένων κινδύνων (RES).

(46) Το σύστημα RES ([30]) εφαρμόζεται πλήρως σε όλες τις εταιρείες ασφάλισης υγείας που παρέχουν υποχρεωτική ασφάλιση υγείας στη Σλοβακική Δημοκρατία. Μολονότι οι εταιρείες ασφάλισης υγείας εισπράττουν τις εισφορές υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας απευθείας από τους εργοδότες, τους αυτοαπασχολούμενους, τους αυτοασφαλιζόμενους (εκούσια ανέργους), το κράτος και τους καταβάλλοντες μερίσματα, η κατανομή των εσόδων και των δαπανών δεν είναι ισομερής μεταξύ των εν λόγω εταιρειών λόγω της διαφορετικής δομής των ασφαλισμένων σε καθεμία από αυτές. Προκειμένου να μετριαστεί η οικονομική επιβάρυνση των εταιρειών ασφάλισης υγείας με χαρτοφυλάκιο υψηλότερου κινδύνου και να μειωθούν οι πιθανότητες για επιλογή κινδύνων, οι εισφορές ανακατανέμονται μεταξύ των εταιρειών ασφάλισης υγείας που χρησιμοποιούν το σύστημα RES, μέσω μιας μεθόδου υπολογισμού που έχει σχεδιαστεί από την HSA. ([31]) Οι παράμετροι που εφαρμόζονται στο πλαίσιο του συστήματος RES είναι η ηλικία, το φύλο και, από το 2010 και εξής, η κατάσταση οικονομικής δραστηριότητας του ασφαλισμένου.

(47) Οι σλοβακικές αρχές εκτιμούν ότι το σύστημα RES δεν συνιστά μορφή κρατικής ενίσχυσης αλλά ότι πρόκειται για περίπτωση συμψηφισμού των ταμείων σύμφωνα με τα εφαρμοστέα κριτήρια του συστήματος RES για τους ασφαλισμένους, ότι πρόκειται δηλαδή για την τήρηση της αρχής της αλληλεγγύης μεταξύ των ασφαλισμένων και δεν τίθεται, επομένως, ζήτημα κρατικής ενίσχυσης.

3.6. ΟΙ ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΕΙΣ ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΩΝ ΣΤΗΝ SZP ΚΑΙ ΤΗ VZP

(48) Ένα άλλο μέτρο για το οποίο έλαβε γνώση η Επιτροπή κατά τη διάρκεια της προκαταρκτικής αξιολόγησης που διενήργησε είναι η πραγματοποίηση διαφόρων απευθείας μεταβιβάσεων, μέσω κρατικής παρέμβασης, χαρτοφυλακίων στην SZP και τη VZP από άλλες εταιρείες ασφάλισης υγείας (ιδίως από την εταιρεία Družstevná zdravotná poisťovňa προς τη VZP και από την εταιρεία Európská zdravotná poisťovňa προς την SZP) που είχαν τεθεί εν τω μεταξύ υπό καθεστώς εκκαθάρισης.

(49) Σύμφωνα με την Dôvera, το χαρτοφυλάκιο της EZP μεταβιβάστηκε απευθείας στην SZP, παρότι υπήρχαν και άλλοι ενδιαφερόμενοι φορείς στην αγορά, ενώ οι περιορισμοί και οι όροι της μεταβίβασης δεν ήταν σαφείς.

(50) Η Σλοβακική Δημοκρατία προβάλλει το επιχείρημα ότι η απόφαση της HSA για τη μεταβίβαση του χαρτοφυλακίου της EZP στην SZP χωρίς αντίτιμο συνάδει με τις διατάξεις του νόμου αριθ. 581/2004, με σεβασμό παράλληλα του δικαιώματος του ασφαλισμένου να επιλέξει την εταιρεία ασφάλισης υγείας της προτίμησής του. Η Σλοβακία ισχυρίζεται ότι άλλες ασφαλιστικές εταιρείες εκδήλωσαν μεν ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο χαρτοφυλάκιο, πλην όμως υπό όρους οι οποίοι θα είχαν ως συνέπεια τη δυσανάλογη παράταση της διαδικασίας εκκαθάρισης. Κατά την άποψη, επιπλέον, των σλοβακικών αρχών, εφόσον η μεταβίβαση των χαρτοφυλακίων αφορούσε το σύνολο τόσο των απαιτήσεων όσο και των υποχρεώσεων των εταιρειών που είχαν τεθεί σε καθεστώς εκκαθάρισης, δεν χορηγήθηκε στους αποδέκτες, δηλαδή στη VZP και τη SZP, κανένα πλεονέκτημα.

4. **ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΣΗΜΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

(51) Στην απόφαση κίνησης της διαδικασίας που εξέδωσε, η Επιτροπή εξέφρασε αμφιβολίες όσον αφορά τον καθορισμό της οικονομικής ή μη φύσης της συγκεκριμένης δραστηριότητας και επισήμανε ότι, βάσει των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζει η υπόθεση, οι SZP/VZP και οι άλλες εταιρείες που προσφέρουν υπηρεσίες ασφάλισης υγείας στο πλαίσιο του συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας στη Σλοβακική Δημοκρατία ενδέχεται να επιδόθηκαν από 1ης Ιανουαρίου 2005 στην άσκηση οικονομικής δραστηριότητας. Η Επιτροπή έκρινε ότι το μείγμα οικονομικών και μη οικονομικών χαρακτηριστικών του σλοβακικού συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας καθιστά αναγκαία την εις βάθος ανάλυση των διαφόρων στοιχείων και της αντίστοιχης σημασίας τους στο πλαίσιο του καθεστώτος, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η δραστηριότητα του συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας με τον συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και άσκησής της στη Σλοβακία πρέπει να θεωρηθεί οικονομική (από την 1η Ιανουαρίου 2005) ή μη οικονομική.

(52) Η Επιτροπή επισήμανε επίσης ότι, σε περίπτωση που η δραστηριότητα έπρεπε να θεωρηθεί οικονομική, δεν είχε στη διάθεσή της αρκετά στοιχεία ώστε να αποφανθεί κατά πόσον τα υπό εξέταση μέτρα παρέχουν στις SZP/VZP επιλεκτικό πλεονέκτημα.

(53) Αφού κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν ήταν, συνεπώς, σε θέση να αποκλείσει την ύπαρξη κρατικής ενίσχυσης στο συγκεκριμένο στάδιο, λόγω έλλειψης συγκεκριμένων επιχειρημάτων ή σαφών ενδείξεων ως προς το συμβιβάσιμο με την εσωτερική αγορά, η Επιτροπή διατύπωσε επίσης αμφιβολίες σχετικά με το κατά πόσον τα εν λόγω μέτρα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν συμβιβάσιμα με την εσωτερική αγορά κατά την έννοια του άρθρου 106 παράγραφος 2 ή του άρθρου 107 παράγραφος 3 στοιχείο γ) της Συνθήκης, στην περίπτωση που κατέληγε στο συμπέρασμα ότι τα εν λόγω μέτρα θεωρούνταν κρατική ενίσχυση.

([30]) Μέρος 3 του νόμου αριθ. 580/2004.
([31]) Για περαιτέρω αναλυτικά στοιχεία σχετικά με το σύστημα RES, βλέπε αιτιολογικές σκέψεις (60) έως (67) της απόφασης κίνησης της διαδικασίας.

(54) Σε αυτό το πλαίσιο, η Επιτροπή επισήμανε ότι το τελικό συμπέρασμα σχετικά με το κατά πόσον η δραστηριότητα της παροχής υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας στη Σλοβακική Δημοκρατία είναι πράγματι οικονομική ή μη, κατά πόσον τα κρατικά μέτρα πληρούν όλες τις προϋποθέσεις ώστε να θεωρηθούν κρατική ενίσχυση και, εάν ναι, κατά πόσον είναι συμβιβάσιμα με την εσωτερική αγορά μπορεί να συναχθεί μόνο στο πλαίσιο τελικής απόφασης, η οποία πρέπει να εκδοθεί μετά την ολοκλήρωση της επίσημης διαδικασίας, αφού συγκεντρωθούν και εξεταστούν εις βάθος όλα τα διαθέσιμα στοιχεία (περιλαμβανομένων των συμπληρωματικών παρατηρήσεων του κράτους μέλους και των τρίτων μερών).

5. **ΟΙ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΜΕΡΩΝ**

(55) Η Επιτροπή έλαβε τις ακόλουθες παρατηρήσεις από τα ενδιαφερόμενα μέρη, οι οποίες συνοψίζονται κατωτέρω:

5.1. DOVERA

(56) Στην απάντησή της σχετικά με την απόφαση κίνησης της διαδικασίας, η καταγγέλλουσα εταιρεία Dôvera υπέβαλε συμπληρωματικά στοιχεία σχετικά με το σύστημα ασφάλισης υγείας, καθώς και συμπληρωματικά επιχειρήματα, ιδίως προς επίρρωση της άποψής της ότι οι SZP/VZP συνιστούν επιχειρήσεις που υπόκεινται στο δίκαιο του ανταγωνισμού και επωφελήθηκαν από μη συμβιβάσιμη κρατική ενίσχυση.

(57) Η Dôvera επισημαίνει ότι οι SZP/VZP ανταγωνίζονται με τις ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης υγείας, οι οποίες προσφέρουν μεν τις ίδιες υπηρεσίες αλλά είναι κερδοσκοπικού χαρακτήρα, και επικαλείται εν προκειμένω τόσο τις παρατηρήσεις που είχε υποβάλει σε προγενέστερο στάδιο σχετικά με την οικονομική φύση της δραστηριότητας όσο και την πρόσφατη νομολογία του Δικαστηρίου. ([32]) Στο πλαίσιο αυτό, η Dôvera ισχυρίζεται ότι αρκετά στοιχεία που διαβίβασε η Σλοβακική Δημοκρατία και περιλαμβάνονται στην απόφαση κίνησης της διαδικασίας ως στοιχεία που καταδεικνύουν τη μη οικονομική δραστηριότητα των VZP/SZP δεν ευσταθούν. Κατά την άποψη της Dôvera, η μεταρρύθμιση της περιόδου 2004-2005 αποσκοπούσε στη δημιουργία ανταγωνιστικής αγοράς, στόχος που αναγνωρίστηκε και επιβεβαιώθηκε από το σλοβακικό δικαστικό σώμα (δηλαδή από το Συνταγματικό Δικαστήριο της Σλοβακίας), καθώς και από τις ίδιες τις σλοβακικές αρχές. Στο ίδιο πλαίσιο, η Dôvera επισημαίνει επίσης το γεγονός ότι οι ασφαλιστικοί φορείς ανταγωνίζονται μεταξύ τους για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης μέσω επιλεκτικής σύναψης συμβάσεων και διαπραγματεύσεων σχετικά με την τιμή και την ποιότητα των υπηρεσιών, ενώ αναφέρει επίσης τις εκστρατείες μάρκετινγκ που πραγματοποιούν οι εταιρείες ασφάλισης υγείας για τη διατήρηση της πελατείας τους και την προσέλκυση νέων πελατών. Η Dovera διαψεύδει επίσης τον ισχυρισμό περί του αποκλειστικά κοινωνικού χαρακτήρα του συστήματος, επικαλούμενη τη δυνατότητα των φορέων ασφάλισης υγείας να αποκομίζουν και να διανέμουν κέρδη, καθώς και την προθυμία ιδιωτών επενδυτών να επενδύσουν σε επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στον τομέα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας της Σλοβακίας.

(58) Η Dôvera παραπέμπει στις παρατηρήσεις που υπέβαλε στην Επιτροπή πριν από την έκδοση της απόφασης κίνησης της διαδικασίας και επισημαίνει περαιτέρω ότι όλα τα μέτρα τα οποία εξετάζονται στην εν λόγω απόφαση πρέπει να χαρακτηριστούν παράνομη ενίσχυση, διότι πληρούνται όλα τα άλλα κριτήρια του άρθρου 107 παράγραφος 1 της Συνθήκης. Κατά την άποψή της, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι η Σλοβακική Δημοκρατία ενήργησε ως ιδιώτης επενδυτής στην οικονομία της αγοράς στο πλαίσιο της αύξησης του κεφαλαίου της SZP το 2006 και του κεφαλαίου της VZP το 2010. Η Dôvera προβάλλει επίσης το επιχείρημα ότι η Σλοβακική Δημοκρατία εισήγαγε διακρίσεις μεταξύ των SZP/VZP και των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών διά της ευνοϊκότερης μεταχείρισης της SZP στο πλαίσιο της διαδικασίας εξόφλησης του χρέους της κατά την περίοδο 2003-2005, καθώς και με την εισαγωγή δύο νέων παραμέτρων στο σύστημα RES το 2009 και το 2012. Όσον αφορά τη μεταβίβαση χαρτοφυλακίων, οι παρατηρήσεις της Dôvera επικεντρώνονται στο ασφαλιστικό χαρτοφυλάκιο της EZP, διότι δεν έχει στη διάθεσή της στοιχεία σχετικά με προγενέστερη μεταβίβαση χαρτοφυλακίου στη VZP. Ως προς το σημείο αυτό, αναφέρει ότι είναι πιθανόν οι σλοβακικές αρχές να παραπληροφόρησαν την Επιτροπή σχετικά με το εφαρμοστέο νομικό πλαίσιο για τη συγκεκριμένη μεταβίβαση χαρτοφυλακίου.

(59) Τέλος, η Dôvera ισχυρίζεται ότι οι σλοβακικές αρχές δεν κατόρθωσαν να αποδείξουν ότι η παροχή υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας συνιστά υπηρεσία γενικού συμφέροντος και αμφισβητεί, συνεπώς, τη βάση αυτή καθαυτή της ανάλυσης δυνάμει της νομολογίας *Altmark* ([33]) και της δέσμης μέτρων ΥΓΟΣ της Επιτροπής.

5.2. UNION ZDRAVOTNA POISTOVNA

(60) Οι παρατηρήσεις σχετικά με την απόφαση κίνησης της διαδικασίας που υπέβαλε η Union zdravotná poisťovňa, η άλλη ιδιωτική ανταγωνίστρια εταιρεία των SZP/VZP, διαπνέονται εν γένει από το ίδιο πνεύμα με τις παρατηρήσεις που υπέβαλε η Dovera, καθώς η εταιρεία αυτή ισχυρίζεται ότι η SZP και η VZP συνιστούν επιχειρήσεις κατά την έννοια του άρθρου 107 παράγραφος 1 της Συνθήκης. Η Union zdravotná poisťovňa επισημαίνει ότι τα πέντε από τα έξι μέτρα που περιγράφονται στη τμήμα 3 της παρούσας απόφασης πρέπει να χαρακτηριστούν κρατικές ενισχύσεις και ότι δεν είναι συμβιβάσιμα με την εσωτερική αγορά. Όσον αφορά το έκτο μέτρο, ήτοι το σύστημα RES, η Union zdravotná

([32]) Απόφαση της 12ης Σεπτεμβρίου 2013 στην υπόθεση T-347/09, *Γερμανία κατά Επιτροπής*, Συλλογή 2013, δεν έχει δημοσιευθεί ακόμη.
([33]) Υπόθεση C-280/00, *Altmark Trans GmbH και Regierungspräsidium Magdeburg κατά Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH*, Συλλογή 2003, σ. I-7747.

poisťovňa υποστηρίζει ότι θα μπορούσε δυνητικά να πληροί τις προϋποθέσεις της νομολογίας *Altmark* για την αντιστάθμιση δημόσιας υπηρεσίας ή ενδέχεται να είναι συμβιβάσιμο με την εσωτερική αγορά βάσει του άρθρου 106 παράγραφος 2 της Συνθήκης, πλην όμως απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση όσον αφορά τη δυνητική διακριτική προσέγγιση υπέρ του καθαρού αποδέκτη του συστήματος RES, δηλαδή των SZP/VZP.

5.3. HPI, INEKO ΚΑΙ ZZP

(61) Οι παρατηρήσεις σχετικά με την απόφαση κίνησης της διαδικασίας που υπέβαλαν τα άλλα τρία ενδιαφερόμενα μέρη, ήτοι το Ινστιτούτο Πολιτικής για την Υγεία (HPI), το Ινστιτούτο Οικονομικών και Κοινωνικών Μεταρρυθμίσεων (INEKO) και η ZZP, συντάσσονται κατά μείζονα λόγο με τη θέση της καταγγέλλουσας εταιρείας Dôvera και της Union zdravotná poisťovňa, σύμφωνα με την οποία η δραστηριότητα είναι οικονομική και τα μέτρα συνεπάγονται τη χορήγηση κρατικής ενίσχυσης με την παροχή επιλεκτικού πλεονεκτήματος στις SZP/VZP, επισημαίνοντας την πεποίθησή τους ότι οι ασφαλιστικοί φορείς υγείας δραστηριοποιούνται σε ανταγωνιστικό περιβάλλον (με τη χρήση διαφορετικών μέσων για την προσέλκυση πελατών) και διατυπώνοντας τον ισχυρισμό ότι το κράτος επέδειξε διακριτική μεταχείριση υπέρ των οικείων κρατικών εταιρειών ασφάλισης υγείας.

6. ΟΙ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΛΟΒΑΚΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

(62) Η Σλοβακική Δημοκρατία διαβίβασε τις παρατηρήσεις της σχετικά με την απόφαση κίνησης της διαδικασίας και υπέβαλε σχόλια σχετικά με τις παρατηρήσεις των τρίτων μερών.

(63) Οι σλοβακικές αρχές περιέλαβαν στις παρατηρήσεις τους διευκρινίσεις και συμπληρωματικά επιχειρήματα προς επίρρωση της θέσης τους σύμφωνα με την οποία το σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας δεν υπόκειται σε κανόνες ανταγωνισμού, διότι δεν συνιστά οικονομική δραστηριότητα. Ισχυρίζονται ότι η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας στη Σλοβακία δεν μπορεί να χαρακτηριστεί οικονομική δραστηριότητα δυνάμει της πάγιας νομολογίας του Δικαστηρίου ([34]), ιδίως για τους ακόλουθους λόγους:

α) Το σύστημα έχει κοινωνικό σκοπό.

β) Το σύστημα βασίζεται στην αρχή της αλληλεγγύης, λαμβανομένων ιδίως υπόψη των ακόλουθων χαρακτηριστικών:

i) υποχρεωτική εγγραφή για τους κατοίκους Σλοβακίας·

ii) διασφάλιση του ίδιου ελάχιστου επιπέδου παροχών σε όλους τους ασφαλισμένους·

iii) απουσία σύνδεσης μεταξύ των εισφορών και των παροχών σε ατομικό επίπεδο, δεδομένου ότι το ύψος των εισφορών καθορίζεται από τον νόμο (απουσία ανταγωνισμού όσον αφορά τις τιμές)·

iv) αλληλεγγύη μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων σε περίπτωση κινδύνου: το σύστημα RES και ο καθορισμός ασφαλίστρων σε κοινή βάση.

γ) Υφίσταται λεπτομερές κανονιστικό πλαίσιο, το οποίο υπόκειται σε κρατική εποπτεία: η νομική μορφή, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις όλων των εταιρειών ασφάλισης υγείας καθορίζονται από τον νόμο.

(64) Η Σλοβακική Δημοκρατία αποδεικνύει το αβάσιμο της παραδοχής σύμφωνα με την οποία το σλοβακικό σύστημα υγείας μετατράπηκε σε εμπορικό σύστημα λόγω των νομοθετικών τροποποιήσεων του 2005 και ισχυρίζεται ότι το σύστημα ουδέποτε απώλεσε τον δημόσιο μη οικονομικό χαρακτήρα του. Εφιστά επίσης την προσοχή στο γεγονός ότι το σλοβακικό σύστημα ασφάλισης υγείας εντάσσεται στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και επισημαίνει τις αρμοδιότητες των κρατών μελών δυνάμει του άρθρου 168 παράγραφος 7 της Συνθήκης όσον αφορά την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

(65) Οι σλοβακικές αρχές αναφέρουν περαιτέρω ότι η μεταρρύθμιση του τομέα της ασφάλισης υγείας δεν αντικατέστησε τη δημόσια ασφάλιση υγείας με την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και δεν άνοιξε σε ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς την ασφαλιστική κάλυψη κινδύνων που σχετίζονται με την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Κατά την άποψη της Σλοβακίας, ο απώτερος σκοπός της μεταρρύθμισης του τομέα της υγείας συνίστατο στον καθορισμό συγκεκριμένων κανόνων για τη διαχείριση των χρηματοδοτικών πόρων που διατίθενται στον τομέα της υγείας, και η αναδιοργάνωση, έως τις 30 Σεπτεμβρίου 2005, όλων των προϋπαρχόντων ταμείων ασφάλισης υγείας υπό τη μορφή ανώνυμων εταιρειών με σαφώς προσδιορισμένους λογιστικούς κανόνες φαινόταν να αποτελεί το κατάλληλο μέσο για τον καθορισμό των εν λόγω κανόνων. Οι σλοβακικές αρχές θεωρούν ότι όλοι οι ασφαλιστικοί φορείς υγείας στη Σλοβακία συμμετέχουν στη διαχείριση δημόσιων πόρων που τίθενται στη διάθεσή τους στο πλαίσιο του συστήματος δημόσιας ασφάλισης υγείας.

([34]) Συγκεκριμένα, συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-159/91 και C-160/91, *Poucet και Pistre κατά AGF και Cancava*· υπόθεση C-218/00, *Cisal κατά INAIL*· συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-264/01, C-306/01, C-354/01 και C-355/01, *AOK Bundesverband κ.λπ. κατά Ichthyol-Gesellschaft Cordes κ.λπ.*

(66) Σύμφωνα με τις σλοβακικές αρχές, το γεγονός ότι το σλοβακικό σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας επιτρέπει περιορισμένο βαθμό ανταγωνισμού όσον αφορά την ποιότητα θα μπορούσε να εκληφθεί ως στοιχείο που παρακινεί τις εταιρείες ασφάλισης υγείας να λειτουργούν σε οικονομικό επίπεδο σύμφωνα με τις αρχές της χρηστής διαχείρισης, προς το συμφέρον της ορθής λειτουργίας του συστήματος, αλλά όχι ως στοιχείο που θα μπορούσε να επηρεάσει τη μη οικονομική φύση του συστήματος ασφάλισης υγείας συνολικά.

(67) Οι σλοβακικές αρχές διευκρινίζουν επίσης ότι οι χρηματοδοτικοί πόροι που συσσωρεύονται και ανακατανέμονται εντός της δομής του σλοβακικού συστήματος δημόσιας ασφάλισης υγείας μέσω των εταιρειών ασφάλισης υγείας αποτελούν το άθροισμα των εισφορών δημόσιας ασφάλισης υγείας, οι οποίες είναι υποχρεωτικές βάσει του νόμου και συνιστούν, επομένως, μέρος των δημόσιων οικονομικών της Σλοβακίας. Ως εκ τούτου, όλες οι εταιρείες ασφάλισης υγείας είναι επιφορτισμένες με το καθήκον διαχείρισης δημόσιων πόρων που εισπράττονται από τους πολίτες κατ' εφαρμογή των συναφών νομικών διατάξεων με σκοπό τη χρήση τους για την κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης.

(68) Προς περαιτέρω επίρρωση του ισχυρισμού τους, οι σλοβακικές αρχές υπενθυμίζουν επίσης το γεγονός ότι, ακόμη και μετά την άρση της απαγόρευσης διανομής κερδών το 2011, η τροποποίηση του νόμου αριθ. 250/2011 επέτρεπε στις εταιρείες ασφάλισης υγείας να αποκομίζουν κέρδη μόνο υπό σαφώς καθορισμένες προϋποθέσεις, οι οποίες ήταν οι εξής:

α) θέσπιση φόρου επί των κερδών των εταιρειών ασφάλισης υγείας·

β) υποχρεωτική χρήση των κερδών για τη δημιουργία αποθεματικού κεφαλαίου που δεν υπερβαίνει το 20 % του καταβεβλημένου εγγεγραμμένου κεφαλαίου της ασφαλιστικής εταιρείας (το αποθεματικό κεφάλαιο μπορεί να χρησιμοποιείται αποκλειστικά και μόνο για την κάλυψη ζημιών της εν λόγω ασφαλιστικής εταιρείας)·

γ) υποχρεωτική δημιουργία τεχνικών αποθεμάτων για την κάλυψη των προβλεπόμενων παροχών υγειονομικής περίθαλψης σε ασφαλισμένους που περιλαμβάνονται σε καταλόγους αναμονής (κατά συνέπεια, οι εταιρείες ασφάλισης υγείας δεν μπορούν να αποκομίζουν κέρδη εις βάρος των πελατών τους συμπεριλαμβάνοντάς τους σε καταλόγους αναμονής αντί να καλύπτουν άμεσα τις δαπάνες για την υγειονομική τους περίθαλψη· το στοιχείο αυτό είναι ουσιαστικής σημασίας για τη συμμόρφωση προς τα γενικώς αποδεκτά λογιστικά πρότυπα στον κλάδο της δημόσιας ασφάλισης υγείας).

(69) Εν προκειμένω, οι σλοβακικές αρχές διευκρίνισαν ότι, όταν η VZP παρουσίασε πλεόνασμα, δημιούργησε κεφάλαιο υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να καλύψει τη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και να χρηματοδοτήσει ιδιαιτέρως δαπανηρές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που καλύπτονται από τη δημόσια ασφάλιση υγείας. Επιπλέον, κατά τα έτη στα οποία η VZP παρουσίασε πλεόνασμα, μέρος των κερδών της προστέθηκε επίσης στο υποχρεωτικό αποθεματικό κεφάλαιο το οποίο χρησιμοποιήθηκε στη συνέχεια για τη μείωση των συσσωρευμένων ζημιών. Επομένως, κατά την άποψη των σλοβακικών αρχών, ουδέποτε διανεμήθηκαν και καταβλήθηκαν σε μετόχους κέρδη που αποκομίστηκαν από οποιαδήποτε κρατική εταιρεία ασφάλισης υγείας.

(70) Στο πλαίσιο αυτό, η Σλοβακική Δημοκρατία επισημαίνει επίσης έναν ακόμη περιορισμό επί των εταιρειών ασφάλισης υγείας ο οποίος αφορά το γεγονός ότι δύνανται να προβούν σε δανεισμό μόνο σύμφωνα με τον νόμο αριθ. 523/2004 για τους δημοσιονομικούς κανόνες της δημόσιας διοίκησης, με την επιφύλαξη προηγούμενης έγκρισης από την HSA.

(71) Προς περαιτέρω επίρρωση του ισχυρισμού τους ότι η δραστηριότητα της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας δεν εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής των κανόνων ανταγωνισμού, οι σλοβακικές αρχές εφιστούν επίσης την προσοχή σε έρευνα που διενήργησε το 2009 το Αντιμονοπωλιακό Γραφείο της Σλοβακίας και από την οποία προέκυψε ότι οι δραστηριότητες των εταιρειών ασφάλισης υγείας ασκούνται στο πλαίσιο ενός συστήματος το οποίο χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό αλληλεγγύης και στο οποίο η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται δωρεάν ενώ τα βασικά στοιχεία των εν λόγω δραστηριοτήτων ρυθμίζονται από το κράτος, και ότι, ως εκ τούτου, οι δραστηριότητες που ασκούν οι εταιρείες ασφάλισης υγείας κατά την παροχή δημόσιας ασφάλισης υγείας δεν μπορούν να χαρακτηριστούν οικονομική δραστηριότητα που ασκείται από επιχειρήσεις η οποία περιορίζει τον ανταγωνισμό. Κατά την άποψη, επομένως, του Αντιμονοπωλιακού Γραφείου, ο σλοβακικός νόμος περί ανταγωνισμού δεν εφαρμόζεται στις δραστηριότητες των εταιρειών ασφάλισης υγείας που ασκούνται κατά την παροχή δημόσιας ασφάλισης υγείας ([35]).

(72) Οι σλοβακικές αρχές διευκρινίζουν επίσης ότι, το 2011 το Συνταγματικό Δικαστήριο αποφάνθηκε μεν ότι η απαγόρευση της διανομής κερδών από το 2007 και μετά ήταν αντισυνταγματική διότι συνιστούσε παραβίαση των σλοβακικών συνταγματικών δικαιωμάτων κυριότητας, αλλά δεν συμμεριζόταν την άποψη ότι ο νόμος για τις εταιρείες ασφάλισης υγείας περιόριζε τις αρχές της οικονομίας της αγοράς. Οι σλοβακικές αρχές επισημαίνουν ακόμη το γεγονός ότι το Συνταγματικό Δικαστήριο αποφάνθηκε επίσης εν προκειμένω ότι οι νομοθετικές διατάξεις σχετικά με την ασφάλιση υγείας που αποκλείουν ή περιορίζουν σε σημαντικό βαθμό τις επιπτώσεις των μέσων της οικονομίας της αγοράς και περιορίζουν, συνεπώς, τον ανταγωνισμό είναι συνταγματικά αποδεκτές.

([35]) Η εν λόγω έρευνα εκπονήθηκε από το Αντιμονοπωλιακό Γραφείο, με αφορμή την προτεινόμενη συγχώνευση της SZP και της VZP, και ολοκληρώθηκε στις 3 Δεκεμβρίου 2009· βλέπε επίσης την ετήσια έκθεση του Αντιμονοπωλιακού Γραφείου για το 2009, η οποία είναι διαθέσιμη στον δικτυακό τόπο http://www.antimon.gov.sk/data/att/958.pdf.

(73) Πέραν του ισχυρισμού τους ότι η δραστηριότητα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας στη Σλοβακία δεν εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής των κανόνων ανταγωνισμού, οι σλοβακικές αρχές υποστηρίζουν ότι τα μέτρα δεν πληρούν τα υπόλοιπα κριτήρια περί κρατικών ενισχύσεων δυνάμει του άρθρου 107 παράγραφος 1 της Συνθήκης. Στο πλαίσιο αυτό, ισχυρίζονται ότι οι εισφορές κεφαλαίου του 2006 και του 2009 δεν συνιστούσαν κρατική ενίσχυση, διότι τηρούσαν την αρχή του ιδιώτη επενδυτή στην οικονομία της αγοράς. Διαψεύδουν περαιτέρω τον ισχυρισμό περί αδικαιολόγητης διακριτικής μεταχείρισης κατά τη διαδικασία εξόφλησης του χρέους από τη Veriteľ και υποστηρίζουν ότι δεν χορηγήθηκε επιδότηση στη VZP το 2006, αλλά ότι η εν λόγω πράξη συνιστούσε κανονική πληρωμή υφιστάμενων μη αμφισβητούμενων υποχρεώσεων από το κράτος. Οι σλοβακικές αρχές παρέχουν περαιτέρω αναλυτικά στοιχεία σχετικά με τις μεταβιβάσεις χαρτοφυλακίων από την DZP στη VZP και από την EZP στην SZP και ισχυρίζονται ότι ούτε οι εν λόγω μεταβιβάσεις παρείχαν στις SZP/VZP επιλεκτικό πλεονέκτημα κατά την έννοια του άρθρου 107 παράγραφος 1 της Συνθήκης. Τέλος, παρέχουν επίσης περαιτέρω στοιχεία σχετικά με το σύστημα RES, αποσαφηνίζοντας ειδικότερα τον τρόπο αναδιανομής των εισφορών (σε μηνιαία και ετήσια βάση) κατά τα έτη από το 2006 έως το 2012, και ισχυρίζονται ότι ούτε το συγκεκριμένο μέτρο συνιστά κρατική ενίσχυση, δεδομένου ότι αντισταθμίζει τους κινδύνους που περιλαμβάνονται στο σύστημα λόγω της εφαρμογής ενιαίων ποσοστών εισφορών για όλες τις ομάδες ασφαλισμένων οι οποίες ενέχουν διαφορετικούς βαθμούς κινδύνου.

(74) Το μεγαλύτερο μέρος των παρατηρήσεων των σλοβακικών αρχών επί της απόφασης κίνησης της διαδικασίας έχει ως στόχο την υπεράσπιση της θέσης τους σύμφωνα με την οποία, λόγω της απουσίας οικονομικής δραστηριότητας, οι SZP/VZP δεν συνιστούν επιχειρήσεις και τα μέτρα συνάδουν με την αρχή του ιδιώτη επενδυτή στην οικονομία της αγοράς, δεν παρέχουν πλεονέκτημα στις SZP/VZP και, επομένως, δεν εμπεριέχουν στοιχεία κρατικής ενίσχυσης. Κατά συνέπεια, δεν έκριναν αναγκαία τη διατύπωση ισχυρισμών περί του συμβιβάσιμου των εικαζόμενων μέτρων κρατικής ενίσχυσης.

7. **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ**

(75) Το άρθρο 107 παράγραφος 1 της ΣΛΕΕ ορίζει ότι «ενισχύσεις που χορηγούνται υπό οποιαδήποτε μορφή από τα κράτη ή με κρατικούς πόρους και που νοθεύουν ή που απειλούν να νοθεύσουν τον ανταγωνισμό διά της ευνοϊκής μεταχείρισεως ορισμένων επιχειρήσεων ή ορισμένων κλάδων παραγωγής είναι ασυμβίβαστες με την κοινή αγορά, κατά το μέτρο που επηρεάζουν τις μεταξύ κρατών μελών συναλλαγές […]».

(76) Σύμφωνα με την εν λόγω διάταξη, οι κανόνες για τις κρατικές ενισχύσεις ισχύουν μόνο σε περίπτωση που ο δικαιούχος του μέτρου είναι «επιχείρηση». Κατά πάγια νομολογία του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ως επιχείρηση για τους σκοπούς του άρθρου 107 παράγραφος 1 της Συνθήκης νοείται κάθε φορέας που ασκεί οικονομική δραστηριότητα, ανεξαρτήτως του νομικού καθεστώτος και του τρόπου χρηματοδοτήσεώς του ([36]). Συνεπώς, ο χαρακτηρισμός ενός συγκεκριμένου φορέα ως επιχείρησης εξαρτάται αποκλειστικά και μόνο από την οικονομική ή μη φύση των δραστηριοτήτων που ασκεί.

(77) Όπως διευκρινίζεται στην απόφαση κίνησης της διαδικασίας, το ερώτημα, συνεπώς, σχετικά με το κατά πόσον τα μέτρα που τέθηκαν σε εφαρμογή υπέρ των SZP/VZP συνιστούν κρατική ενίσχυση εξαρτάται καταρχάς από το εάν και σε ποιον βαθμό οι SZP/VZP ενεργούν ως επιχειρήσεις κατά την άσκηση της δραστηριότητάς τους στο πλαίσιο του σλοβακικού συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, διότι θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι ασκούν οικονομική δραστηριότητα κατά την έννοια της πάγιας νομολογίας.

(78) Σύμφωνα με το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ως οικονομική δραστηριότητα νοείται κάθε δραστηριότητα που συνίσταται στην προσφορά αγαθών ή/και υπηρεσιών σε μια δεδομένη αγορά ([37]). Στο πλαίσιο αυτό, η απάντηση στο ερώτημα αν υφίσταται μια αγορά για ορισμένες υπηρεσίες εξαρτάται ενδεχομένως από τον συγκεκριμένο τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες αυτές οργανώνονται και παρέχονται στο οικείο κράτος μέλος ([38]). Οι κανόνες για τις κρατικές ενισχύσεις εφαρμόζονται μόνον όταν μια συγκεκριμένη δραστηριότητα παρέχεται σε περιβάλλον αγοράς. Η οικονομική φύση του ίδιου τύπου υπηρεσιών μπορεί, συνεπώς, να διαφέρει από το ένα κράτος μέλος στο άλλο. Εξάλλου, λόγω πολιτικών επιλογών ή οικονομικών εξελίξεων, ο χαρακτηρισμός μιας ορισμένης υπηρεσίας μπορεί να μεταβληθεί με την πάροδο του χρόνου. Ενδέχεται, σε δραστηριότητα που σήμερα δεν χαρακτηρίζεται ως δραστηριότητα αγοράς, να της δοθεί στο μέλλον ο χαρακτηρισμός αυτός και αντιστρόφως ([39]).

(79) Όσον αφορά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, ο χαρακτηρισμός των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης ως συστημάτων που συνεπάγονται την άσκηση οικονομικής δραστηριότητας εξαρτάται από τις πολιτικές και οικονομικές ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν, καθώς και από τον συγκεκριμένο τρόπο με τον οποίο τα εν λόγω συστήματα συγκροτούνται και διαρθρώνονται στο οικείο κράτος μέλος. Στην ουσία, η νομολογία του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης κάνει διάκριση μεταξύ των συστημάτων που βασίζονται στην αρχή της αλληλεγγύης και των οικονομικών συστημάτων ([40]).

([36]) Βλέπε, π.χ., συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-180/98 έως C-184/98, *Pavlov κ.λπ. κατά Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten*, Συλλογή 2000, σ. I-06451, σκέψη 74.

([37]) Υπόθεση 118/85, *Επιτροπή κατά Ιταλία*, Συλλογή 1987, σ. 2599, σκέψη 7· υπόθεση C-35/96, *Επιτροπή κατά Ιταλία*, Συλλογή 1998. σ. I-3851, σκέψη 36· συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-180/98 έως C-184/98, *Pavlov κ.λπ. κατά Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten*, σκέψη 75.

([38]) Συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-159/91 και C-160/91, *Poucet και Pistre κατά AGF και Cancava*, Συλλογή 1993, σ. I-00637.

([39]) Βλέπε επίσης την ανακοίνωση της Επιτροπής σχετικά με την εφαρμογή των κανόνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις κρατικές ενισχύσεις στην αντιστάθμιση για παροχή δημόσιας υπηρεσίας γενικού οικονομικού συμφέροντος (Ανακοίνωση του 2012 για τις ΥΓΟΣ) (ΕΕ C 8 της 11.1.2012, σ. 5, σημείο 12).

([40]) Η Επιτροπή έχει συνοψίσει τη συναφή νομολογία του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσον αφορά την εφαρμογή των εν λόγω κανόνων στη χρηματοδότηση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και υγειονομικής περίθαλψης στην ανακοίνωση που εξέδωσε το 2012 σχετικά με την εφαρμογή των κανόνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις κρατικές ενισχύσεις στην αντιστάθμιση για παροχή δημόσιας υπηρεσίας γενικού οικονομικού συμφέροντος («Ανακοίνωση του 2012 για τις ΥΓΟΣ»).

(80) Στη νομολογία του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης χρησιμοποιείται ευρύ φάσμα κριτηρίων προκειμένου να διαπιστωθεί κατά πόσον ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης βασίζεται στην αλληλεγγύη και δεν συνεπάγεται, επομένως, την άσκηση οικονομικής δραστηριότητας. Για τον σκοπό αυτό λαμβάνονται υπόψη διάφοροι παράγοντες: i) εάν η υπαγωγή στο σύστημα είναι υποχρεωτική ([41])· ii) εάν το σύστημα εκπληρώνει αποστολή αποκλειστικά κοινωνικού χαρακτήρα ([42])· iii) εάν το σύστημα είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ([43])· iv) εάν οι παροχές είναι ανεξάρτητες του ύψους των εισφορών ([44])· v) εάν το ύψος των παροχών δεν είναι κατ' ανάγκην ανάλογο προς τα έσοδα του ασφαλισμένου ([45])· και vi) εάν το σύστημα εποπτεύεται από το κράτος ([46]).

(81) Σε αντίθεση με τα συστήματα που βασίζονται στην αρχή της αλληλεγγύης, τα συστήματα άσκησης οικονομικής δραστηριότητας χαρακτηρίζονται συνήθως από: i) την προαιρετική υπαγωγή ([47])· ii) την αρχή της κεφαλαιοποίησης, δηλαδή την εξάρτηση των παροχών από τις εισφορές που καταβάλλονται και τα οικονομικά αποτελέσματα του συστήματος ([48])· iii) την κερδοσκοπική τους φύση ([49]) και iv) την εξασφάλιση παροχών συμπληρωματικών προς τις παρεχόμενες από το βασικό σύστημα ([50]).

(82) Ορισμένα συστήματα συνδυάζουν στοιχεία και των δύο κατηγοριών (τα βασιζόμενα στην αρχή της αλληλεγγύης και τα οικονομικά συστήματα) ([51]) και, ως εκ τούτου, προκειμένου η Επιτροπή να διερευνήσει εάν ένα συγκεκριμένο σύστημα είναι οικονομικής ή μη φύσης, πρέπει να διαπιστώσει εάν υπάρχουν στο υπό εξέταση σύστημα τα διάφορα στοιχεία που περιλαμβάνονται στις δύο προηγούμενες αιτιολογικές σκέψεις και να σταθμίσει τη σχετική βαρύτητα καθενός από αυτά ([52]).

(83) Κατά συνέπεια, η τελική διαπίστωση σχετικά με το κατά πόσον η παροχή υπηρεσιών υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας στη Σλοβακική Δημοκρατία συνιστά οικονομική ή μη δραστηριότητα θα εξαρτηθεί από την εμπεριστατωμένη ανάλυση του συγκεκριμένου τρόπου οργάνωσης και άσκησης της εν λόγω δραστηριότητας στο οικείο κράτος μέλος και θα αφορά, επομένως, ειδικά το σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας στο οικείο κράτος μέλος. Με γνώμονα αυτές ακριβώς τις γενικές παρατηρήσεις θα αξιολογήσει και η Επιτροπή κατά πόσον τα επίμαχα μέτρα που εικάζεται ότι χορηγήθηκαν στις SZP/VZP συνιστούν κρατική ενίσχυση ως μέτρα που τέθηκαν εφαρμογή υπέρ «επιχείρησης» κατά την έννοια του άρθρου 107 παράγραφος 1 της Συνθήκης.

(84) Από μια σειρά δεικτών καταδεικνύεται, αφενός, η μη οικονομική φύση του σλοβακικού συστήματος ασφάλισης υγείας, ιδίως όσον αφορά τα κοινωνικά χαρακτηριστικά και τους στόχους του που διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στη λειτουργία του εν λόγω συστήματος, και, αφετέρου, η διάρθρωση του συστήματος γύρω από τον κεντρικό άξονα της αρχής της αλληλεγγύης.

(85) Πρώτον, η συμμετοχή στο πρόγραμμα δημόσιας ασφάλισης υγείας είναι εκ του νόμου υποχρεωτική για την πλειονότητα του πληθυσμού στη Σλοβακική Δημοκρατία και οι ιατρικές υπηρεσίες που καλύπτονται στο πλαίσιο της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας παρέχονται ανεξαρτήτως των εισφορών που καταβάλλονται από τους ασφαλισμένους. Ο ασφαλισμένος μπορεί να επιλέξει ελεύθερα την ασφαλιστική εταιρεία που προτιμά και, βάσει της υποχρέωσης άνευ περιορισμού ασφάλισης, η εταιρεία ασφάλισης υγείας που επιλέγει δεν μπορεί να του αρνηθεί την παροχή ασφάλισης λόγω της ηλικίας, της κατάστασης της υγείας του ή των κινδύνων εκδήλωσης ασθένειας που ενδεχομένως παρουσιάζει ([53]).

([41]) Συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-159/91 και C-160/91, *Poucet και Pistre κατά AGF και Cancava*, Συλλογή 1993, σ. I-00637, σκέψη 13.

([42]) Υπόθεση C-218/00, *Cisal κατά INAIL*, Συλλογή 2002, σ. I-00691, σκέψη 45.

([43]) Συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-264/01, C-306/01, C-354/01 και C-355/01, *AOK Bundesverband κ.λπ. κατά Ichthyol-Gesellschaft Cordes κ. λπ.*, Συλλογή 2004, σ. I-02493, σκέψεις 47 έως 55.

([44]) Συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-159/91 και C-160/91, *Poucet και Pistre κατά AGF και Cancava* (ως άνω), σκέψεις 15, 16, 17 και 18.

([45]) Υπόθεση C-218/00, *Cisal κατά INAIL* (ως άνω), σκέψη 40.

([46]) Συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-159/91 και C-160/91, *Poucet και Pistre κατά AGF και Cancava* (ως άνω), σκέψη 14· υπόθεση C-218/00, *Cisal κατά INAIL* (ως άνω), σκέψεις 43 έως 48· συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-264/01, C-306/01, C-354/01 και C-355/01, *AOK Bundesverband κ. λπ. κατά Ichthyol-Gesellschaft Cordes κ.λπ.* (ως άνω), σκέψεις 51 έως 55.

([47]) Υπόθεση C-67/96, *Albany International BV κατά Stichting Bedrijfspensioenfonds Textielindustrie*, Συλλογή 1999, σ. I-5751, σκέψεις 80 έως 87.

([48]) Υπόθεση C-244/94, *FFSA κ. λπ. κατά Ministère de l'Agriculture et de la Pêche* (ως άνω), σκέψεις 9 και17 έως 20· υπόθεση C-67/96, *Albany κατά Stichting Bedrijfspensioenfonds Textielindustrie* (ως άνω), σκέψεις 81 έως 85· βλέπε επίσης συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-115/97 έως C-117/97 *Brentjens' Handelsonderneming BV κατά Stichting Bedrijfspensioenfonds voor de Handel in Bouwmaterialen*, Συλλογή 1999, σ. I-6025, σκέψεις 81 έως 85, υπόθεση C 219/97, *Maatschappij Drijvende Bokken BV κατά Stichting Pensioenfonds voor de Vervoer- en Havenbedrijven*, Συλλογή 1999, σ. I 6121, σκέψεις 71 έως 75 και συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-180/98 έως C-184/98, *Pavlov κ.λπ. κατά Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten* (ως άνω), σκέψεις 114 και 115.

([49]) Συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-115/97 έως C-117/97 *Brentjens' Handelsonderneming BV κατά Stichting Bedrijfspensioenfonds voor de Handel in Bouwmaterialen* (ως άνω).

([50]) Συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-180/98 έως C-184/98, *Pavlov κ.λπ. κατά Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten* (ως άνω).

([51]) Βλέπε, π.χ., τη διαδικασία στάθμισης την οποία διενέργησε το Δικαστήριο στην υπόθεση C-350/07, *Kattner Stahlbau GmbH κατά Maschinenbau- und Metall- Berufsgenossenschaft*, Συλλογή 2009, σ. I-1513, και ιδίως τις σκέψεις 33 έως 68.

([52]) Ως προς το σημείο αυτό, είναι σκόπιμο να επισημανθεί επίσης ότι η πρόσφατη απόφαση της 12ης Σεπτεμβρίου 2013 στην υπόθεση T-347/09, *Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας κατά Ευρωπαϊκής Επιτροπής* (Συλλογή 2013, δεν έχει δημοσιευθεί ακόμη), την οποία επικαλείται η καταγγέλλουσα εταιρεία Dôvera στις παρατηρήσεις που υπέβαλε σχετικά με την απόφαση κίνησης της διαδικασίας, επιβεβαιώνει απλώς το γεγονός ότι και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί μπορούν να προσφέρουν αγαθά και υπηρεσίες σε μια αγορά (βλέπε επίσης την ανακοίνωση της Επιτροπής του 2012 για τις ΥΓΟΣ, σημείο 9 με παραπομπή στη συναφή νομολογία). Εντούτοις, αυτό δεν αλλάζει το γεγονός ότι το συμπέρασμα σχετικά με την οικονομική ή μη φύση της δραστηριότητας σε μια δεδομένη περίπτωση πρέπει να βασίζεται στην ύπαρξη και τη στάθμιση της σχετικής βαρύτητας καθενός από τα διάφορα στοιχεία.

([53]) Βλέπε αιτιολογικές σκέψεις 23 έως 25.

(86) Δεύτερον, η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας στη Σλοβακία βασίζεται σε εισφορές οι οποίες καθορίζονται από τον νόμο κατ' αναλογία του εισοδήματος του ασφαλισμένου και δεν βασίζεται στους ασφαλισμένους κινδύνους (ηλικία, κατάσταση υγείας, κίνδυνοι εκδήλωσης ασθένειας του ασφαλισμένου). Επιπλέον, δεν υφίσταται άμεση σύνδεση μεταξύ του ύψους των εισφορών που καταβάλλει στο σύστημα ο ασφαλισμένος και της αξίας των παροχών που λαμβάνει από το σύστημα ο ίδιος ασφαλισμένος. Κατά συνέπεια, οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν ούτε το ύψος των εισφορών ούτε το ελάχιστο επίπεδο ασφαλιστικής κάλυψης που δικαιούνται οι ασφαλισμένοι, διότι αυτά καθορίζονται από διατάξεις της εθνικής νομοθεσίας.

(87) Τρίτον, σε όλους τους ασφαλισμένους διασφαλίζεται από τον νόμο το ίδιο βασικό επίπεδο παροχών, το οποίο είναι στην πραγματικότητα πολύ υψηλό, δεδομένου ότι καλύπτει σχεδόν το σύνολο των διαδικασιών παροχής υγειονομικής περίθαλψης που προβλέπονται στη Σλοβακική Δημοκρατία, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι μέσω του συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας παρέχεται ουσιαστικά πλήρης υγειονομική περίθαλψη ([54]). Το σλοβακικό σύστημα αντισταθμίσεως ασφαλισμένων κινδύνων (RES) διασφαλίζει τον καταμερισμό των ασφαλιστικών κινδύνων και, ως εκ τούτου, ενισχύει περαιτέρω την αλληλεγγύη. Επιπροσθέτως, το σλοβακικό σύστημα επιβάλλει την αρχή του καθορισμού ασφαλίστρων σε κοινή βάση, δηλαδή δεν επιτρέπεται στους ασφαλιστικούς φορείς να προβαίνουν σε διαφοροποίηση των ασφαλίστρων ανάλογα με τον ασφαλιστικό κίνδυνο, ενώ η αντιστάθμιση των κινδύνων αποζημιώνει εν μέρει τους ασφαλιστικούς φορείς που παρουσιάζουν δημογραφικό προφίλ υψηλότερου κινδύνου στο χαρτοφυλάκιό τους μέσω της ανακατανομής χρηματικών ποσών από τους ασφαλιστικούς φορείς που καταβάλλουν μικρότερο ύψος παροχών από τον μέσο όρο προς τις ασφαλιστικές εταιρείες που καταβάλλουν στους ασφαλισμένους τους υψηλότερες παροχές από τον μέσο όρο ([55]).

(88) Τέλος, πέραν όλων των προαναφερομένων κοινωνικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών αλληλεγγύης, η Επιτροπή υπενθυμίζει ότι η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας στη Σλοβακία οργανώνεται και παρέχεται με βάση ένα ισχυρό κανονιστικό πλαίσιο, δυνάμει του οποίου η νομική μορφή, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις όλων των εταιρειών ασφάλισης υγείας προβλέπονται από νομοθετικές διατάξεις στις οποίες καθορίζονται λεπτομερείς προϋποθέσεις και οι εν λόγω εταιρείες ασκούν τη δραστηριότητά τους υπό αυστηρή κρατική εποπτεία ([56]).

(89) Βάσει των εν λόγω χαρακτηριστικών, η Επιτροπή καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το σλοβακικό σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας είναι μη οικονομικής φύσης και, ως εκ τούτου, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι οι SZP/VZP συνιστούν «επιχείρηση» κατά την έννοια του άρθρου 107 παράγραφος 1 της Συνθήκης ([57]).

(90) Η Επιτροπή αναγνωρίζει ότι ορισμένα χαρακτηριστικά του σλοβακικού συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας θα μπορούσαν να είναι ενδεικτικά της οικονομικής φύσης των δραστηριοτήτων που ασκούνται στο συγκεκριμένο σύστημα: i) η παρουσία αρκετών ασφαλιστικών φορέων (δημόσιων και ιδιωτικών) στον σλοβακικό τομέα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, ii) ένας ορισμένος βαθμός ανταγωνισμού μεταξύ των εν λόγω ασφαλιστικών φορέων υγείας, οι οποίοι iii) επιδίδονται στην άσκηση κερδοσκοπικής δραστηριότητας, και iv) το γεγονός ότι το Συνταγματικό Δικαστήριο της Σλοβακίας έκρινε ότι η δραστηριότητα είναι ανοικτή στον ανταγωνισμό. Ωστόσο, η Επιτροπή είναι της άποψης ότι η παρουσία των εν λόγω χαρακτηριστικών δεν θέτει υπό αμφισβήτηση το συμπέρασμά της ότι η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας στη Σλοβακία συνιστά μη οικονομική δραστηριότητα.

(91) Πρώτον, η Επιτροπή επισημαίνει ότι το γεγονός πως υπάρχουν αρκετοί (δημόσιοι και ιδιωτικοί) φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας δεν προσδίδει αυτό καθαυτό οικονομικό χαρακτήρα στις δραστηριότητες που ασκούν στο πλαίσιο ενός συστήματος στο οποίο κυριαρχούν, όπως διευκρινίζεται στις αιτιολογικές σκέψεις (85) έως (87), τα κοινωνικά χαρακτηριστικά και οι κοινωνικοί στόχοι του συστήματος, η αρχή της αλληλεγγύης βρίσκεται στο επίκεντρο της λειτουργίας του εν λόγω συστήματος και ασκείται αυστηρή κρατική εποπτεία. Η ερμηνεία αυτή θα προσέδιδε δυσανάλογη βαρύτητα στις οργανωτικές ρυθμίσεις που επιλέγει ένα κράτος μέλος όσον αφορά τη λειτουργία μέρους του οικείου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης εις βάρος της ουσίας του υπό εξέταση συστήματος ([58]).

(92) Δεύτερον, από τη νομολογία του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης προκύπτει ότι, ομοίως, η δυνατότητα ανταγωνισμού στο πλαίσιο του συστήματος ασφάλισης υγείας και η πραγματική ύπαρξη ανταγωνισμού, ακόμη και αν επιδιώκεται από τον νομοθέτη και επιβεβαιώνεται από το δικαστικό σώμα, δεν προσδίδει κατ' ανάγκη οικονομικό χαρακτήρα στην υπό εξέταση δραστηριότητα. Το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει καταστήσει σαφές ότι, για τη συναγωγή συμπεράσματος ως προς την οικονομική ή μη φύση των δραστηριοτήτων στο πλαίσιο συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας το οποίο, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της Σλοβακίας, παρέχει ένα περιθώριο για ανταγωνισμό, καθοριστικοί παράγοντες είναι ο χαρακτήρας και ο βαθμός του εν λόγω ανταγωνισμού, οι συνθήκες υπό

([54]) Βλέπε αιτιολογικές σκέψεις 26 έως 29.
([55]) Βλέπε αιτιολογικές σκέψεις 23 έως 25.
([56]) Βλέπε αιτιολογική σκέψη 32.
([57]) Τα χαρακτηριστικά του σλοβακικού συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας είναι παρεμφερή με αυτά του γερμανικού συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας που αποτέλεσε αντικείμενο εξέτασης από το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-264/01, C-306/01, C-354/01 και C-355/01, *AOK Bundesverband* κ.λπ. *κατά Ichthyol-Gesellschaft Cordes* κ.λπ. Το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποφάνθηκε ότι το γερμανικό σύστημα δεν έχει οικονομικό χαρακτήρα και επισήμανε ειδικότερα ότι τα γερμανικά ταμεία υγείας υποχρεούνται εκ του νόμου να παρέχουν στους ασφαλισμένους τους τις ελάχιστες υποχρεωτικές παροχές, οι οποίες είναι ως επί το πλείστον όμοιες και καθορίζονται από το κράτος, ανεξαρτήτως του ύψους των εισφορών που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι, ότι τα ταμεία υγείας δεν ανταγωνίζονται επομένως μεταξύ τους ούτε με τις ιδιωτικές επιχειρήσεις, ως προς τις εκ του νόμου υποχρεωτικές παροχές, και ότι ασκούν τη δραστηριότητά τους στο πλαίσιο ενός συστήματος αντιστάθμισης των κινδύνων (βλέπε σκέψεις 52, 53 και 54 της εν λόγω απόφασης).
([58]) Βλέπε επίσης την ως άνω υπόθεση C-350/07, *Kattner Stahlbau*, σκέψη 53, και ιδίως τις προτάσεις του γενικού εισαγγελέα Mazák στην εν λόγω υπόθεση σκέψη 59.

τις οποίες ασκείται, καθώς και η παρουσία και η στάθμιση των άλλων συναφών παραγόντων ([59]). Στην προκειμένη περίπτωση αποκλείεται το είδος του ανταγωνισμού που παρουσιάζει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τους καταναλωτές, ήτοι ο τιμολογιακός ανταγωνισμός όσον αφορά το ύψος των εισφορών, δεδομένου ότι οι σλοβακικοί ασφαλιστικοί φορείς υγείας δεν μπορούν να τροποποιήσουν το επίπεδο των εισφορών που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι διότι οι εισφορές καθορίζονται από τον νόμο. Επιπλέον, το περιθώριο ανταγωνισμού ως προς την ποιότητα είναι μάλλον περιορισμένο, δεδομένου ότι στο πλαίσιο του σλοβακικού συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας προβλέπεται ευρύτατο φάσμα εκ του νόμου καθοριζόμενων παροχών, οι οποίες είναι ισότιμες για όλους τους ασφαλισμένους, με αποτέλεσμα να υπάρχει ελάχιστο περιθώριο ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων για την προσέλκυση πελατών βάσει της προσφοράς πρόσθετων (δωρεάν) παροχών. Για τον λόγο αυτό, οι ασφαλιστικοί φορείς υγείας δεν έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τις εν λόγω εκ του νόμου προβλεπόμενες παροχές και, ως εκ τούτου, δεν ανταγωνίζονται μεταξύ τους ούτε ως προς τη χορήγηση εκ του νόμου υποχρεωτικών παροχών όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη, η οποία αποτελεί και την κύρια δραστηριότητά τους.

(93) Τρίτον, η Επιτροπή εκτιμά ότι η μη οικονομική φύση της δραστηριότητας υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας δεν επηρεάζεται από το γεγονός ότι οι εταιρείες ασφάλισης υγείας επιδίδονται σε ανταγωνισμό ως προς την ποιότητα και σε ανταγωνισμό όσον αφορά τις αποδοτικές προμήθειες μέσω της αγοράς υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και συναφών υπηρεσιών από παρόχους σε ανταγωνιστικές τιμές. Κατά τον τρόπο αυτό, μέσω μιας δραστηριότητας που ασκείται ανεξάρτητα από τα συμβόλαια που συνάπτουν με τους ασφαλισμένους στο πλαίσιο της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, οι ασφαλιστικές εταιρείες προμηθεύονται τις απαραίτητες εισροές για την εκπλήρωση του ρόλου τους εντός του εν λόγω συστήματος. Από τη νομολογία του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης έπεται ότι, εάν το σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας είναι, λόγω των εγγενών χαρακτηριστικών του, μη οικονομικού χαρακτήρα, τότε και η δραστηριότητα προμήθειας των απαραίτητων εισροών για τη λειτουργία του εν λόγω συστήματος είναι ομοίως μη οικονομικής φύσης ([60]).

(94) Τέταρτον, το γεγονός ότι η ρύθμιση της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας στη Σλοβακία επιτρέπει στους ασφαλιστικούς φορείς υγείας να αποκομίζουν κέρδη και να διανέμουν ορισμένα από αυτά στους μετόχους τους δεν μεταβάλλει τον μη οικονομικό χαρακτήρα των δραστηριοτήτων τους, διότι οι ενέργειες αυτές πραγματοποιούνται στο πλαίσιο ενός συστήματος με έντονη παρουσία όλων των προαναφερομένων χαρακτηριστικών, τα οποία είναι ενδεικτικά της μη οικονομικής φύσης του συστήματος. Απλώς και μόνο το γεγονός ότι επιτρέπεται στους φορείς ασφάλισης υγείας να αποκομίζουν κέρδη και να διανέμουν ορισμένα από αυτά δεν μπορεί να αναιρέσει αυτό καθαυτό τη δεσπόζουσα παρουσία των κοινωνικών χαρακτηριστικών και στόχων του συστήματος, τον κεντρικό ρόλο που διαδραματίζει η αρχή της αλληλεγγύης σε αυτό και το αυστηρό καθεστώς κρατικής ρύθμισης και εποπτείας υπό το οποίο λειτουργεί. Όσον αφορά την κρατική ρύθμιση, η Επιτροπή υπενθυμίζει ότι η δυνατότητα δημιουργίας, χρήσης και διανομής κερδών πλαισιώνεται και περιορίζεται από νομικές υποχρεώσεις οι οποίες επιβάλλονται από το κράτος στις σλοβακικές ασφαλιστικές εταιρείες και αποσκοπούν στη διασφάλιση της βιωσιμότητας και της συνέχειας της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας με το σύνολο των κυρίαρχων κοινωνικών στόχων και στόχων αλληλεγγύης που το χαρακτηρίζουν ([61]). Η ελευθερία δημιουργίας, χρήσης και διανομής κερδών είναι, επομένως, πολύ πιο περιορισμένη στον τομέα της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας στη Σλοβακία από ό,τι στους συνήθεις εμπορικούς τομείς και υπόκειται στην επίτευξη κοινωνικών στόχων και στόχων αλληλεγγύης.

(95) Ως εκ τούτου, λόγω του περιορισμένου χαρακτήρα του ανταγωνισμού που εισήχθη στο σλοβακικό σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας (δηλαδή μόνο περιορισμένος ανταγωνισμός ως προς την ποιότητα και πλήρης απουσία ανταγωνισμού ως προς τις τιμές), καθώς και λόγω των περιορισμών όσον αφορά τους δυνατούς τρόπους δημιουργίας και χρήσης κερδών, τα στοιχεία του ανταγωνισμού και του κερδοσκοπικού προσανατολισμού που παρατηρούνται στο σλοβακικό σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας δεν θέτουν υπό αμφισβήτηση τα κυρίαρχα κοινωνικά και κανονιστικά χαρακτηριστικά, καθώς και τα χαρακτηριστικά αλληλεγγύης τα οποία είναι ενδεικτικά της μη οικονομικής φύσης των δραστηριοτήτων που ασκούν οι εταιρείες ασφάλισης υγείας στο πλαίσιο του εν λόγω συστήματος. Απεναντίας, τα στοιχεία ανταγωνισμού και κερδοσκοπικού προσανατολισμού που παρατηρούνται στο σλοβακικό σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας πρέπει να θεωρηθεί ότι επιδιώκουν τον πρωταρχικό στόχο της παρακίνησης των ασφαλιστικών εταιρειών να ασκούν τη δραστηριότητά τους σύμφωνα με τις αρχές της χρηστής διαχείρισης προς το συμφέρον της ορθής λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στη διασφάλιση της επίτευξης των κοινωνικών στόχων και των στόχων αλληλεγγύης του συστήματος ([62]).

(96) Τέλος, η Επιτροπή θεωρεί ότι το γεγονός ότι το Συνταγματικό Δικαστήριο της Σλοβακίας (κατά την εξέταση της πιθανής παραβίασης του εκ του σλοβακικού συντάγματος προβλεπόμενου δικαιώματος άσκησης επιχειρηματικής δραστηριότητας) έκρινε ότι το σλοβακικό σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας «εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής του ανταγωνισμού» δεν σημαίνει ότι το εν λόγω σύστημα εμπεριέχει δραστηριότητες οικονομικής φύσης κατά την έννοια των

([59]) Ως προς το σημείο αυτό, η Επιτροπή υπενθυμίζει ότι το γεγονός ότι τα γερμανικά ταμεία υγείας στην υπόθεση AOK (συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-264/01, C-306/01, C-354/01 και C-355/01 *AOK Bundesverband κ.λπ. κατά Ichthyol-Gesellschaft Cordes κ.λπ.*) επιδίδονταν έως έναν βαθμό σε ανταγωνισμό όσον αφορά τις τιμές στο πλαίσιο ενός προβλεπόμενου περιθωρίου διακύμανσης των ποσοστών των εισφορών των ασφαλισμένων δεν έθεσε υπό αμφισβήτηση τη διαπίστωση του Δικαστηρίου ότι δεν ασκούσαν οικονομική δραστηριότητα. Κατά την άποψη του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η εισαγωγή κάποιων στοιχείων ανταγωνισμού ως προς τις εισφορές, προκειμένου να παρακινηθούν τα ταμεία υγείας να ασκούν τη δραστηριότητά τους σύμφωνα με τις αρχές της ορθής διαχειρίσεως, ήτοι με όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερο και οικονομικότερο τρόπο, ήταν προς το συμφέρον της ορθής λειτουργίας του γερμανικού συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως. Σύμφωνα με το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η επιδίωξη του σκοπού αυτού δεν διαφοροποιεί καθόλου τον χαρακτήρα της δραστηριότητας των ταμείων υγείας (βλέπε σκέψη 56 της εν λόγω απόφασης).

([60]) Βλέπε υπόθεση T-319/99, *Federación Nacional de Empresas de Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental (FENIN) κατά Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων*, Συλλογή 2003, σ. II-00357, και ιδίως τη σκέψη 37.

([61]) Αιτιολογικές σκέψεις 84 έως 88.

([62]) Βάσει επίσης του κύριου στόχου (αποδοτικότητας) της μεταρρύθμισης που αναφέρεται στην αιτιολογική σκέψη 13.

κανόνων για τις κρατικές ενισχύσεις. Στην πραγματικότητα, στη συγκεκριμένη υπόθεση ζητήθηκε από το Συνταγματικό Δικαστήριο της Σλοβακίας να εξετάσει κατά πόσον η νομοθετική απαγόρευση της διανομής κερδών από τις εταιρείες ασφάλισης υγείας, που θεσπίστηκε το 2007, ήταν συμβιβάσιμη με τις διατάξεις τόσο του σλοβακικού συντάγματος (παραβίαση του δικαιώματος κυριότητας, της προστασίας της ιδιοκτησίας και του δικαιώματος άσκησης επιχειρηματικής δραστηριότητας) όσο και των άρθρων 18, 49, 54 και 63 της Συνθήκης. Το Συνταγματικό Δικαστήριο της Σλοβακίας αποφάνθηκε ότι η συγκεκριμένη απαγόρευση συνιστούσε παραβίαση του σλοβακικού συντάγματος και ότι, ως εκ τούτου, δεν συνέτρεχε κανένας λόγος να εξεταστούν τα ουσιαστικά στοιχεία των κανόνων περί της εσωτερικής αγοράς της ΕΕ ή να εκδοθεί δικαστική απόφαση σχετικά με την παραβίαση των εν λόγω διατάξεων.

(97) Υπό το πρίσμα αυτό, και λαμβανομένων υπόψη των ιδιαιτεροτήτων της παρούσας υπόθεσης, καθώς και της παρουσίας και της στάθμισης των σχετικών δεικτών, η δραστηριότητα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, όπως οργανώνεται και ασκείται στη Σλοβακία, δεν μπορεί να θεωρηθεί οικονομική δραστηριότητα.

(98) Βάσει των προαναφερομένων, η Επιτροπή συνάγει το συμπέρασμα ότι δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι οι SZP/VZP, ως αποδέκτες των επίμαχων μέτρων, συνιστούν επιχειρήσεις κατά την έννοια του άρθρου 107 παράγραφος 1 της Συνθήκης και, ως εκ τούτου, τα εν λόγω μέτρα δεν συνεπάγονται τη χορήγηση κρατικής ενίσχυσης κατά την έννοια της ίδιας διάταξης.

(99) Κατά συνέπεια, δεν κρίνεται αναγκαία η εξέταση των λοιπών προϋποθέσεων για την ύπαρξη κρατικής ενίσχυσης κατά την έννοια του άρθρου 107 παράγραφος 1 της ΣΛΕΕ ούτε η διερεύνηση του συμβιβάσιμου των επίμαχων μέτρων.

8. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

(100) Βάσει των προαναφερομένων, η Επιτροπή καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα επίμαχα μέτρα δεν συνιστούν κρατική ενίσχυση κατά την έννοια του άρθρου 107 παράγραφος 1 της Συνθήκης.

ΕΞΕΔΩΣΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΠΟΦΑΣΗ:

Άρθρο 1

Τα κατωτέρω μέτρα, τα οποία έθεσε σε εφαρμογή η Σλοβακική Δημοκρατία υπέρ της Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s (SZP) ή/και της Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s (VZP), δεν συνιστούν κρατική ενίσχυση κατά την έννοια του άρθρου 107 παράγραφος 1 της Συνθήκης:

α) η αύξηση κεφαλαίου ύψους 450 εκατ. SKK στην SZP κατά την περίοδο μεταξύ της 28ης Νοεμβρίου 2005 και της 18ης Ιανουαρίου 2006·

β) η εξόφληση του χρέους της SZP μέσω της Veritel' a.s. από το 2003 έως το 2006·

γ) η επιδότηση που χορηγήθηκε το 2006 στην SZP από το Υπουργείο Υγείας·

δ) η αύξηση κεφαλαίου ύψους 65,1 εκατ. ευρώ στην VZP την 1η Ιανουαρίου 2010·

ε) το σύστημα αντισταθμίσεως ασφαλισμένων κινδύνων που δημιουργήθηκε βάσει των διατάξεων του μέρους 3 του νόμου αριθ. 580/2004· και

στ) η μεταβίβαση χαρτοφυλακίων εκκαθαρισθεισών εταιρειών ασφάλισης υγείας, ιδίως της εταιρείας Družstevná zdravotná poisťovňa στη VZP και της εταιρείας Európská zdravotná poisťovňa στην SZP.

Άρθρο 2

Η παρούσα απόφαση απευθύνεται στη Σλοβακική Δημοκρατία.

Βρυξέλλες, 15 Οκτωβρίου 2014

Για την Επιτροπή
Joaquín ALMUNIA
Αντιπρόεδρος