DECISIONE (UE) 2015/248 DELLA COMMISSIONE

del 15 ottobre 2014

relativa alle misure SA.23008 (2013/C) (ex 2013/NN) cui la Repubblica slovacca ha dato esecuzione in favore di Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (SZP) e Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VZP)

[notificata con il numero C(2014) 7277]

(Il testo in lingua slovacca è il solo facente fede)

(Testo rilevante ai fini del SEE)

LA COMMISSIONE EUROPEA,

visto il trattato sul funzionamento dell'Unione europea (in appresso «TFUE»), in particolare l'articolo 108, paragrafo 2, primo comma,

visto l'accordo sullo Spazio economico europeo, in particolare l'articolo 62, paragrafo 1, lettera a),

dopo aver invitato gli interessati a presentare osservazioni conformemente ai detti articoli ([1]),

considerando quanto segue:

1. PROCEDIMENTO

(1) Il 2 aprile 2007 la Commissione ha ricevuto una denuncia da parte della società privata di assicurazione sanitaria Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s. («Dôvera» o «il denunciante») relativa a una presunta misura di aiuto di Stato concessa alla società statale di assicurazione sanitaria Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. («SZP») sotto forma di un aumento del capitale sottoscritto per 450 milioni di SKK (circa 15 milioni di EUR) effettuato il 26 gennaio 2006.

(2) Il 21 agosto 2009 la Commissione ha inviato una richiesta di informazioni alla Repubblica slovacca. Dopo una proroga del termine previsto per la risposta, con una comunicazione del 24 settembre 2009 le autorità slovacche hanno fornito le informazioni richieste.

(3) Con lettera del 26 febbraio 2010, la Commissione ha chiesto alla Repubblica slovacca di fornire informazioni supplementari sull'aumento di capitale e ha chiesto chiarimenti riguardo al sistema slovacco di equalizzazione del rischio, che costituisce un'altra misura che potrebbe essere classificata come aiuto di Stato. Con lettera del 25 marzo 2010, le autorità slovacche hanno chiesto una proroga del termine stabilito per la risposta, la quale è stata concessa dalla Commissione con lettera del 31 marzo 2010. Dopo che il 16 giugno 2010 la Commissione aveva rammentato alla Repubblica slovacca di trasmettere le informazioni, le autorità slovacche hanno risposto alla richiesta con lettera del 9 luglio 2010. Come richiesto dalla Commissione nella lettera del 4 novembre 2010, la Repubblica slovacca ha presentato una versione non riservata di tale risposta il 3 dicembre 2010.

(4) Il 1º gennaio 2010 SZP si è fusa con l'altra società statale slovacca di assicurazione sanitaria, Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. («VZP»). Dal 1998 fino almeno al 2005 le due società per azioni di proprietà dello Stato hanno ricevuto i portafogli assicurativi di altre compagnie di assicurazione sanitaria.

(5) In due riunioni svoltesi tra la Commissione e Dôvera il 10 ottobre 2010 e il 15 marzo 2011, sono stati discussi l'oggetto della denuncia e il funzionamento del settore delle assicurazioni sanitarie in Slovacchia. Nella comunicazione del 15 luglio 2011, Dôvera ha fornito informazioni supplementari sulla natura del settore delle assicurazioni sanitarie in Slovacchia e ha esteso l'ambito della sua denuncia includendo tre nuove misure che sarebbero state concesse a favore di SZP e VZP: (i) l'estinzione del debito di SZP da parte della società statale Veritel' nel 2004-2005 con due pagamenti di 52,7 milioni di EUR e 28 milioni di EUR, (ii) una sovvenzione di 7,6 milioni di EUR concessa nel 2006 a SZP dal ministero della Salute e (iii) un aumento del capitale di VZP per un importo di 65,1 milioni di EUR finanziato dallo Stato effettuato il 1º gennaio 2010. Di conseguenza, la Commissione ha invitato le autorità slovacche a trasmettere le loro osservazioni in merito alla denuncia estendendole anche alle nuove asserzioni. Dopo una proroga del termine previsto per la risposta, le autorità slovacche hanno presentato le loro osservazioni con lettera dell'11 novembre 2011.

([1]) GU C 278 del 26.9.2013, pag. 28.

(6) Dopo una riunione con i servizi della Commissione svoltasi il 15 dicembre 2011, Dôvera ha fornito ulteriori informazioni sulla natura del settore delle assicurazioni sanitarie nazionale con lettera del 16 gennaio 2012.

(7) Con lettera del 2 luglio 2013, la Commissione ha notificato alla Repubblica slovacca di aver deciso di avviare il procedimento d'indagine formale di cui all'articolo 108, paragrafo 2, del trattato (la «decisione di avvio del procedimento»). La decisione di avvio del procedimento è stata pubblicata nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea* ([2]), invitando le parti interessate a presentare le loro osservazioni.

(8) Con lettera del 24 luglio 2013, le autorità slovacche hanno chiesto una proroga del termine stabilito per fornire le loro osservazioni sulla decisione di avvio del procedimento; la proroga è stata concessa dalla Commissione con lettera del 30 luglio 2013. Con lettera del 27 agosto 2013, la Repubblica slovacca ha presentato le sue osservazioni sulla decisione di avvio del procedimento.

(9) La Commissione ha ricevuto osservazioni sulla decisione di avvio del procedimento da cinque terzi: dall'Istituto per le riforme economiche e sociali (INEKO) con lettera del 15 ottobre 2013; dalla Union zdravotná poisťovňa, a. s. («compagnia di assicurazione sanitaria Union») con lettera del 25 ottobre 2013; dall'Health Policy Institute («HPI») con lettera del 28 ottobre 2013; da Združenie zdravotných poisťovní SR («ZZP», ossia l'associazione delle compagnie di assicurazione sanitaria in Slovacchia) con lettera del 28 ottobre 2013 e da Dôvera con lettera dell'11 novembre 2013.

(10) Tali osservazioni sono state trasmesse alle autorità slovacche con lettere del 20 novembre e del 20 dicembre 2013. Il 20 dicembre 2013 le autorità slovacche hanno chiesto una proroga del termine previsto per rispondere alle osservazioni fino al 31 gennaio 2014 e la Commissione l'ha concessa lo stesso giorno. Con lettera del 29 gennaio 2014, la Slovacchia ha risposto alle osservazioni trasmesse da terzi riguardo alla decisione di avvio del procedimento.

(11) Il 2 aprile 2014 si è svolta una riunione tra i servizi della Commissione e le autorità slovacche.

(12) L'11 aprile 2014 e il 25 agosto 2014 la Commissione ha inviato ulteriori richieste di informazioni alle quali la Slovacchia ha risposto rispettivamente con lettera del 15 maggio 2014 e del 27 agosto 2014.

2. **CONTESTO**

2.1. L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DI ASSICURAZIONE SANITARIA OBBLIGATORIA IN SLOVACCHIA

(13) Nel 1994 la Slovacchia è passata da un sistema con un'unica compagnia di assicurazione statale a un modello pluralistico in cui potevano operare organismi pubblici e privati. Una estesa riforma che ha riguardato anche le leggi n. 581/2004 e n. 580/2004, entrata in vigore il 1º gennaio 2005 (la «riforma del 2005»), ha modificato le norme relative alla redistribuzione dei contributi di assicurazione sanitaria riscossi e ha cambiato la forma giuridica di tutte le compagnie di assicurazione (statali o private) da entità giuridiche sui generis a società per azioni (ossia società per azioni di diritto privato che perseguono finalità di lucro). È stata creata un'autorità di regolamentazione indipendente, ossia l'autorità di vigilanza sanitaria slovacca, per rilasciare licenze d'esercizio e controllare la conformità delle compagnie di assicurazione alle normative applicabili. In sostanza, tali riforme erano intese a contribuire a rendere più efficiente l'uso delle risorse disponibili e ad accrescere la qualità dei servizi sanitari ([3]).

(14) In Slovacchia, tutte le compagnie di assicurazione sanitaria, pubbliche o private, forniscono l'assicurazione sanitaria obbligatoria per i residenti slovacchi ([4]). La possibilità prevista dalla legge n. 580/2004 di fornire anche un'assicurazione sanitaria individuale come complemento del pacchetto di prestazioni di base nell'ambito dell'assicurazione sanitaria obbligatoria è rimasta marginale, dato il grado di completezza delle prestazioni sanitarie

([2]) Cfr. la nota a piè di pagina 1.

([3]) Cfr. anche la relazione del 2004, Hlavačka S, Wágner R, Riesberg A. «*Health care systems in transition: Slovakia*» (Vol. 6 n. 10 2004), pag. 36 e seguenti, pubblicata dall'Osservatorio europeo delle politiche e dei sistemi sanitari (disponibile all'indirizzo http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf), in particolare pag. 99.

([4]) Conformemente all'articolo 3 della legge n. 580/2004, una persona fisica con residenza permanente nella Repubblica slovacca deve essere assicurata nell'ambito del sistema di assicurazione sanitaria pubblico. La legge prevede tuttavia alcune deroghe, per coloro che hanno un'assicurazione sanitaria in un altro paese. L'articolo 3 definisce inoltre le persone che devono essere assicurate nell'ambito del sistema di assicurazione sanitaria pubblico anche se non hanno la residenza permanente nella Repubblica slovacca. Nella presente decisione, per «residente slovacco» s'intendono, se del caso, tutte le categorie di persone che devono essere assicurate nell'ambito del sistema di assicurazione sanitaria pubblico.

offerte dal sistema obbligatorio ([5]). Inoltre, nel 2005 un atto legislativo ha introdotto la possibilità per tutte le compagnie di assicurazione sanitaria di fornire un'assicurazione sanitaria volontaria per coloro che sono esclusi da quella obbligatoria ([6]).

(15) Nel 2007 la legge n. 530/2007 ha modificato la legge n. 581/2004 e ha vietato alle compagnie di assicurazione attive nel settore dell'assicurazione sanitaria obbligatoria di distribuire gli utili sotto forma di dividendi a partire dal 1º gennaio 2008, imponendo quindi l'obbligo di reinvestire le eccedenze create nel sistema sanitario slovacco. Pertanto, dal gennaio 2008 le compagnie di assicurazione sanitaria non erano autorizzate a distribuire alcun utile. Tuttavia, il 26 gennaio 2011 la Corte costituzionale slovacca ha dichiarato il divieto di distribuzione degli utili incompatibile con varie disposizioni della costituzione slovacca. In seguito a tale sentenza, nel luglio 2011 le autorità slovacche hanno modificato la legge n. 530/2007 con la legge n. 250/2011 per consentire di nuovo alle compagnie di assicurazione sanitaria di distribuire (ai rispettivi azionisti) gli utili derivanti dall'attività di assicurazione sanitaria obbligatoria, a determinate condizioni ([7]). In seguito a tali modifiche legislative, nel dicembre 2011 la Commissione ha chiuso una procedura d'infrazione riguardante la limitazione relativa alla distribuzione degli utili ([8]).

(16) Il 31 ottobre 2012 le autorità slovacche hanno approvato un piano per un progetto di istituzione di un sistema unitario di assicurazione sanitaria obbligatoria senza scopo di lucro nella Repubblica slovacca, che sarebbe stato introdotto attraverso acquisizioni volontarie (fino al 1º gennaio 2014) delle compagnie di assicurazione sanitaria private o attraverso la loro espropriazione (fino al 1º luglio 2014) e avrebbe istituito un'unica compagnia di assicurazione sanitaria (statale) ([9]). Tuttavia, al momento dell'adozione della presente decisione, non era stata ancora attuata alcuna fase del piano per il progetto summenzionato ([10]).

2.2. COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE SANITARIA IN SLOVACCHIA

(17) In base alla legislazione slovacca, si definisce compagnia di assicurazione sanitaria una società per azioni avente la sede sociale nella Repubblica slovacca, costituita allo scopo di fornire l'assicurazione sanitaria obbligatoria pubblica previa autorizzazione concessa dall'autorità di vigilanza sanitaria.

(18) I residenti slovacchi hanno la possibilità di stipulare un contratto con una delle tre compagnie di assicurazione di seguito specificate per ottenere un pacchetto di assicurazione sanitaria obbligatoria:

a) la società per azioni di proprietà dello Stato slovacco VZP, costituita il 1º luglio 2005 in seguito alla trasformazione dell'impresa pubblica VšZP, istituita il 1º novembre 1994 con la legge n. 273/1994 per subentrare alla compagnia di assicurazione nazionale (Národná poisťovňa) dell'amministrazione dei fondi di assicurazione sanitaria; il 1º gennaio 2010 VZP si è fusa con la società statale SZP ai sensi della legge n. 533/2009 (pertanto, se del caso, l'entità comune viene indicata in appresso come «SZP/VZP»); la Repubblica slovacca è l'unico azionista di VZP;

b) la società per azioni privata Dôvera (il cui principale azionista è il gruppo finanziario centroeuropeo PENTA); Dôvera è stata istituita il 1º ottobre 2005 e si è fusa con un'altra compagnia di assicurazione sanitaria privata slovacca, Apollo, il 31 dicembre 2009. Nel 2010 l'entità conseguente alla fusione era la principale compagnia di assicurazione sanitaria privata in Slovacchia;

c) la società per azioni di assicurazione sanitaria privata Union, costituita il 9 marzo 2006, e membro del gruppo neerlandese Achmea, in precedenza denominato Eureko.

([5]) Cfr. anche la relazione del 2011, Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M e van Ginneken E., «*Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition*» (Vol. 13 n. 2 2011), pubblicata dall'Osservatorio europeo delle politiche e dei sistemi sanitari (disponibile all'indirizzo http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), pag. 78.

([6]) Legge n. 352/2005, ossia per le persone senza residenza permanente e non occupate in Slovacchia e per quelle con residenza permanente in Slovacchia, ma con assicurazione sanitaria all'estero. In base alla risposta delle autorità slovacche sulla decisione di avvio del procedimento, la possibilità di un'assicurazione volontaria è stata abolita con effetto dal 1º maggio 2010 con la legge n. 121/2010.

([7]) Le condizioni sono: (1) uso obbligatorio degli utili per costituire una riserva pari al 20 % del capitale sottoscritto versato (il fondo di riserva può essere utilizzato unicamente per coprire le perdite) e (2) costituzione obbligatoria di riserve tecniche per il pagamento dei servizi sanitari previsti per gli assicurati in lista di attesa.

([8]) Procedura d'infrazione n. 2008/4268 in cui la Commissione europea ha inviato al governo slovacco una lettera di diffida ai sensi delle norme sul mercato interno, in cui faceva presente che il divieto imposto alle compagnie di assicurazione sanitaria di disporre liberamente degli utili derivanti dalla fornitura dell'assicurazione sanitaria pubblica in Slovacchia in base all'articolo 15, paragrafo 6, della legge n. 581/2004 costituisce una limitazione ingiustificata alla libera circolazione dei capitali garantita dall'articolo 63 del trattato.

([9]) Di recente la Corte permanente di arbitrato ha declinato la propria competenza riguardo alle rivendicazioni della società neerlandese Achmea (proprietaria della compagnia di assicurazione sanitaria Union) contro tali piani, cfr. *Achmea/Repubblica slovacca*, causa n. 2013-12 della Corte permanente di arbitrato, sentenza del 24 maggio 2014, disponibile all'indirizzo: http://news.achmea.nl/achmea-discloses-awards-of-arbitration-tribunals/.

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

(19) La tabella che segue indica l'evoluzione delle quote di mercato delle varie compagnie che hanno fornito l'assicurazione sanitaria obbligatoria nella Repubblica slovacca nel periodo 2008-2013 ([11]):

Anno	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ([1])
Compagnie	Numero di persone assicurate (%)					
VZP	55,4	55,0	66,74	65,79	64,4	64,09
SZP	13,6	12,0	2010: SZP si fonde con VZP			
Apollo	8,4	10,0	2010: Apollo si fonde con 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]) Cfr. anche il punto 37 della sentenza della Corte permanente di arbitrato del 24 maggio 2014 nella causa 2013-12, *Achmea/Repubblica slovacca* (cfr. la precedente nota a piè di pagina 9).

(20) Tutte le compagnie di assicurazione sanitaria sono società per azioni e la normativa in materia di diritto di proprietà consente sia allo Stato sia al settore privato di essere azionisti. Tutte le compagnie di assicurazione sanitaria hanno l'obbligo di rispettare determinati criteri di solvibilità. Essendo sottoposte a rigorosi vincoli di bilancio, sono pienamente responsabili di qualsiasi deficit finanziario.Pertanto, in quanto società per azioni private costituite in conformità del diritto societario generale, le compagnie di assicurazione sanitaria gestiscono autonomamente i propri costi d'esercizio e i costi dei servizi sanitari.

(21) Le compagnie di assicurazione sanitaria possono realizzare utili e in effetti li realizzano ([12]). Le entrate delle compagnie di assicurazione in Slovacchia derivano dai contributi assicurativi, dal bilancio dello Stato (contributi versati per persone economicamente inattive e sovvenzioni a copertura degli aumenti dei costi dei servizi sanitari), da redditi da capitale, donazioni e altri redditi. Le compagnie di assicurazione sanitaria possono conseguire utili ad esempio migliorando il loro sistema di gestione e tramite i negoziati svolti quando si tratta di stipulare contratti con i prestatori di servizi sanitari.

2.3. PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEL SETTORE DELL'ASSICURAZIONE SANITARIA OBBLIGATORIA SLOVACCA

2.3.1. **Obiettivo sociale e interesse pubblico**

(22) Il sistema di assicurazione sanitaria obbligatoria slovacco persegue un obiettivo sociale, ossia consentire la fornitura di assistenza sanitaria e il mantenimento di un sistema di assicurazione sanitaria sostenibile. I cittadini hanno diritto all'assicurazione sanitaria e i residenti slovacchi hanno l'obbligo di essere assicurati ([13]). Il diritto a un'assistenza sanitaria gratuita sulla base dell'assicurazione sanitaria è un obbligo costituzionale della Repubblica slovacca ([14]). Secondo le autorità slovacche, le compagnie di assicurazione sanitaria, poiché forniscono l'assicurazione sanitaria obbligatoria nella Repubblica slovacca, adempiono un obbligo costituzionale per conto dello Stato, ossia la fornitura dell'assicurazione sanitaria ai residenti slovacchi attraverso la gestione del sistema di assicurazione sanitaria obbligatoria in Slovacchia. La Repubblica slovacca ha per legge la responsabilità di finanziare il sistema sanitario e di coprire le perdite nel settore sanitario ([15]). In base all'articolo 2 della legge n. 580/2004 relativa all'assicurazione sanitaria, la fornitura di un'assicurazione sanitaria obbligatoria pubblica è un'attività di interesse pubblico, nel cui ambito si gestiscono fondi pubblici.

([11]) I dati relativi al periodo 2011-2013 sono stati forniti dal denunciante nelle sue osservazioni sulla decisione di avvio del procedimento.
([12]) Punti 23 e 24 della decisione di avvio del procedimento.
([13]) L'obbligo di essere assicurati è specificato dalla legge per tutte le persone definite (articolo 3 della legge n. 580/2004). Tutti i cittadini specificati dalla legge sono tenuti per legge a pagare i contributi dell'assicurazione sanitaria pubblica (articolo 11 della legge n. 580/2004). L'omesso pagamento dei contributi è classificato come reato penale.
([14]) L'articolo 40 della costituzione della Repubblica slovacca, tra «i diritti e le libertà fondamentali» costituzionalmente garantiti, stabilisce che tutti hanno diritto alla protezione della propria salute. Sulla base dell'assicurazione sanitaria, i cittadini hanno diritto all'assistenza sanitaria e ai dispositivi medici gratuiti alle condizioni definite dalla legge.
([15]) In particolare, in combinazione con le modifiche legislative adottate nel 2004, la Repubblica slovacca ha estinto il debito di quasi 1 miliardo di EUR contratto in precedenza dal settore sanitario, ivi compresi i debiti di compagnie di assicurazione sanitaria private (in base alle informazioni fornite dalle autorità slovacche alla Commissione il 9 luglio 2010).

2.3.2. **Iscrizione obbligatoria, adesione aperta e tariffazione comune**

(23) Conformemente alle disposizioni della legge n. 580/2004 e della legge n. 581/2004, la partecipazione al programma di assicurazione sanitaria pubblica slovacco è obbligatoria per la maggior parte della popolazione della Repubblica slovacca ([16]). L'assicurazione sanitaria obbligatoria in Slovacchia riguarda anche le persone assicurate in conformità del regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio ([17]), fino al 30 aprile 2010, e, dal 1º maggio 2010, in conformità del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio ([18]).

(24) Le persone assicurate hanno il diritto di optare per una compagnia di assicurazione sanitaria a loro scelta e di cambiarla una volta all'anno. In base all'obbligo di adesione aperta e al principio della tariffazione comune, in Slovacchia le compagnie di assicurazione sanitaria hanno l'obbligo giuridico di ammettere al loro regime di assicurazione ogni residente slovacco che lo richieda, a condizione che soddisfi i requisiti giuridici per l'assicurazione sanitaria in Slovacchia. In particolare, le compagnie di assicurazione sanitaria non possono rifiutare di assicurare una persona per motivi di età, stato di salute o rischio di malattia ([19]) e devono offrire l'assicurazione sanitaria di base allo stesso prezzo a tutte le persone a prescindere da tali fattori.

(25) Il sistema di assicurazione sanitaria slovacco comprende quindi anche una struttura giuridica per un'equa condivisione dei rischi tra le compagnie di assicurazione sanitaria mediante un sistema di equalizzazione del rischio. In base a tale sistema ([20]), le compagnie di assicurazione sanitaria che assicurano persone associate a un rischio più elevato ricevono fondi dalle compagnie di assicurazione il cui portafoglio è associato a un rischio più basso, ossia tramite una riassegnazione mensile e annuale dei contributi e l'amministrazione dei trasferimenti ([21]).

2.3.3. **Prestazioni e contributi correlati al reddito**

(26) L'assicurazione sanitaria obbligatoria slovacca è basata su un sistema di contributi obbligatori. Le aliquote contributive sono definite dalla legge e sono proporzionali al reddito dell'assicurato (analogamente all'imposta sul reddito), anziché essere basate sul rischio assicurato (come l'età dell'assicurato o lo stato di salute). Sono tenuti a versare tali contributi, che le autorità slovacche considerano parte dei fondi pubblici: (1) i lavoratori dipendenti e i datori di lavoro; (2) i lavoratori autonomi; (3) coloro che non lavorano per propria scelta; (4) lo Stato (per gli «assicurati dallo Stato», ossia la maggior parte di coloro che sono economicamente inattivi); (5) i pagatori di dividendi.

(27) A tutti gli assicurati è garantito lo stesso livello di prestazioni di base («il pacchetto di prestazioni di base»). Non esiste un legame diretto tra l'importo dei contributi versati al sistema e le prestazioni ([22]) ricevute. I servizi medici inclusi nell'assicurazione sanitaria obbligatoria sono forniti a prescindere dai contributi versati dalla persona assicurata.

(28) Il pacchetto di prestazioni di base dell'assicurazione sanitaria obbligatoria comprende quasi tutte le procedure sanitarie previste nella Repubblica slovacca, nel senso che l'assistenza sanitaria fornita tramite tale pacchetto è praticamente completa. Attualmente, il pacchetto di prestazioni di base conferisce a tutti il diritto all'assistenza sanitaria gratuita, ad eccezione di alcuni trattamenti (ad esempio, la chirurgia estetica), e al pagamento parziale di farmaci e trattamenti termali e di determinati servizi connessi all'assistenza sanitaria (come ad esempio le visite al pronto soccorso). Il pacchetto di prestazioni di base può essere ristretto o ampliato con decreto governativo (senza negoziati parlamentari). Poiché la costituzione slovacca garantisce a tutti i cittadini l'assistenza sanitaria nell'ambito del sistema di assicurazione sanitaria obbligatoria alle condizioni stabilite dalla legge, le compagnie di assicurazione non hanno alcuna influenza sul pacchetto di prestazioni, sul livello di copertura o sui premi del pacchetto di prestazioni di base, in quanto sono fissati dalla legge.

(29) Le compagnie di assicurazione sanitaria slovacche possono aggiungere, e aggiungono, a loro scelta vari diritti (prestazioni) supplementari, che riguardano servizi non inclusi nel pacchetto, ma che sono offerti gratuitamente dalle compagnie di assicurazione ai clienti, nell'ambito dello stesso pacchetto sanitario previsto dall'assicurazione sanitaria obbligatoria. Ad esempio, in base alle informazioni disponibili, risulta che le compagnie di assicurazione sanitaria possono decidere se offrire una copertura supplementare per taluni trattamenti complementari e preventivi nell'ambito dello stesso pacchetto di assicurazione sanitaria obbligatoria. Tali prestazioni supplementari sono distinte dai singoli servizi di assicurazione sanitaria che possono essere offerti a pagamento.

([16]) Cfr. la nota a piè di pagina 4.
([17]) Regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (GU L 149 del 5.7.1971, pag. 2).
([18]) Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (GU L 166 del 30.4.2004, pag. 1).
([19]) Cfr. anche l'articolo 6, paragrafo 9, della legge n. 580/2004.
([20]) Terza parte della legge n. 580/2004
([21]) Cfr. i successivi punti da 45 a 47.
([22]) Cfr. la legge n. 577/2004.

2.3.4. **Scelta dei prestatori di assistenza sanitaria e dei servizi**

(30) Le compagnie di assicurazione sanitaria possono scegliere i prestatori di assistenza sanitaria e negoziare i contratti con medici e singoli ospedali. Le compagnie di assicurazione sanitaria quindi stipulano contratti con singoli prestatori di assistenza sanitaria; i contratti sono conclusi indipendente gli uni dagli altri e un particolare prestatore può stipulare contratti con tutte le compagnie di assicurazione sanitaria o solo con alcune di esse e viceversa. Le compagnie di assicurazione sanitaria rimborsano i servizi forniti dallo Stato e da prestatori di assistenza sanitaria privati.

(31) Per garantire l'accessibilità geografica dei servizi sanitari, il governo ha stabilito un requisito di una rete minima per influire sulla pianificazione della capacità. Nella fornitura dell'assicurazione sanitaria obbligatoria, le compagnie di assicurazione sanitaria sono tenute per legge a stipulare contratti con una rete minima di ospedali. Ogni compagnia di assicurazione sanitaria crea una propria rete e migliora la rete minima stipulando contratti selettivi con altri ospedali e altri prestatori di servizi sanitari. I servizi sanitari resi da tali ospedali e/o da altri prestatori di servizi sanitari e inclusi nell'ambito dell'assicurazione sanitaria obbligatoria sono quindi coperti dalla compagnia di assicurazione sanitaria a favore delle persone assicurate. Le compagnie di assicurazione sanitaria dispongono di un certo margine di discrezionalità nelle negoziazioni con gli ospedali per quanto riguarda il prezzo e la qualità dei servizi sanitari resi alle persone assicurate.

2.3.5. **Quadro normativo**

(32) Il regime di assicurazione sanitaria obbligatoria della Repubblica slovacca è disciplinato da normative specifiche ([23]). Tutte le compagnie di assicurazione sanitaria che offrono l'assicurazione sanitaria obbligatoria hanno per legge lo stesso status e gli stessi diritti e obblighi. Ogni compagnia di assicurazione sanitaria deve essere istituita allo scopo di attuare l'assicurazione sanitaria obbligatoria e non deve svolgere attività diverse da quelle di cui all'articolo 6 della legge n. 581/2004. Le attività delle compagnie di assicurazione sanitaria che gestiscono il regime di assicurazione sanitaria obbligatoria sono soggette al controllo generale dello Stato, esercitato in particolare attraverso l'autorità di regolamentazione, ossia l'autorità di vigilanza sanitaria, che ha un ruolo di monitoraggio e di supervisione nel sistema sanitario. L'autorità di vigilanza sanitaria controlla se le compagnie di assicurazione sanitaria e i prestatori di assistenza sanitaria si attengono a tale quadro legislativo e interviene in caso di violazioni.

3. DESCRIZIONE DELLE MISURE CONTESTATE

(33) La presente decisione esamina le sei misure di seguito specificate (collettivamente indicate come «le misure contestate») ([24]):

3.1. L'AUMENTO DI CAPITALE DI SZP DEL 2006

(34) Con lettera del 2 aprile 2007, la compagnia di assicurazione sanitaria privata Dôvera ha presentato una denuncia alla Commissione contro l'aumento del capitale della società statale SZP per un importo di 450 milioni di SKK (circa 15 milioni di EUR) effettuato dalla Repubblica slovacca in tre rate tra il 28 novembre 2005 e il 18 gennaio 2006.

(35) L'aumento di capitale era collegato alla riforma del settore sanitario e alla riforma del 2004-2005 del settore dell'assicurazione sanitaria nella Repubblica slovacca. In effetti, al momento della sua costituzione come società per azioni nel 2005, SZP, poiché era succeduta in diritto a un istituto pubblico ([25]), era tenuta per legge a rilevare non solo le attività della compagnia di assicurazione originaria, ma anche le passività, contratte prima del 2005, il cui importo aveva determinato un livello di solvibilità inadeguato, come stabilito dall'articolo 14, paragrafo 1, della legge sulle compagnie di assicurazione sanitaria (legge 581/2004). Al 31 dicembre 2005 tali passività erano pari a 467,765 milioni di SKK (circa 15,5 milioni di EUR).

([23]) Ad esempio, il rapporto tra la persona assicurata e la compagnia di assicurazione sanitaria si costituisce non per contratto ma per legge (cfr. l'articolo 4 della legge n. 580/2004). È disciplinata dalla legge anche la supervisione delle compagnie di assicurazione sanitaria e dell'offerta di assistenza sanitaria.

([24]) Le misure sono descritte in modo più approfondito nei punti da 44 a 72 della decisione di avvio del procedimento.

([25]) Come istituto pubblico anteriormente al 1º maggio 2005, SZP funzionava come compagnia di assicurazione con un portafoglio assicurativo specifico e relativamente limitato e, rispetto ad altre compagnie di assicurazione sanitaria, aveva anche l'obbligo nei confronti dei suoi assicurati di coprire servizi sanitari preventivi specifici e l'assistenza sanitaria specifica fornita in relazione agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali.

3.2. L'ESTINZIONE DEI DEBITI DI SZP DA PARTE DI VERITEĽ

(36) Veriteľ è stata istituita nel 2003 come nuova società statale per il consolidamento dei debiti sanitari ([26]). Il governo slovacco le aveva attribuito l'incarico di attuare un progetto inteso a sollevare le strutture sanitarie e le compagnie di assicurazione sanitaria dalla loro esposizione debitoria prima della riorganizzazione di tutti i fondi assicurativi sanitari esistenti come società per azioni entro il 30 settembre 2005. Il processo di ammortamento dei debiti è stato effettuato in base a risoluzioni del governo slovacco.

(37) Nel periodo dal 2003 al 2005, Veriteľ ha saldato il debito del settore sanitario pari a un valore contabile superiore a 1 100 milioni di EUR al costo di 644 milioni di EUR in contanti. Poiché il ministero della Salute aveva annunciato che il salvataggio del sistema sanitario era stato completato, nel 2006 la società Veriteľ è stata sciolta ([27]).

(38) Il denunciante sostiene che l'estinzione da parte di Veriteľ del debito di 52,7 milioni di EUR di SZP, essendo superiore a quella di cui lo stesso denunciante aveva usufruito ([28]), implica un trattamento discriminatorio ingiustificato nella procedura di estinzione del debito. Tuttavia, la principale preoccupazione del denunciante è che, inoltre, il 30 novembre 2005 (quindi dopo la trasformazione), Veriteľ aveva anche estinto un altro debito di circa 28 milioni di EUR che SZP aveva nei confronti del conto specifico per la redistribuzione dei premi. Tale operazione è stata effettuata mediante un trasferimento dei crediti relativi ai premi assicurativi e interessi di SZP. SZP ha trasferito a Veritel crediti relativi a premi e interessi per circa 929 milioni di SKK (di cui circa 343 milioni di SKK di interessi). In cambio, Veriteľ ha fornito un corrispettivo di 840 milioni di SKK (circa 28 milioni di EUR) a SZP estinguendone il debito sulconto specifico per la redistribuzione dei premi ([29]).

3.3. LA SOVVENZIONE DEL 2006 A FAVORE DI SZP

(39) Nella seconda metà del 2006, il ministero della Salute ha concesso un'ulteriore sovvenzione utilizzando parte del bilancio di liquidazione di Veriteľ, società che è stata sciolta nel luglio 2006. Secondo il denunciante, l'importo della sovvenzione era pari a circa 7,6 milioni di EUR.

(40) Il denunciante sostiene che la sovvenzione era stata concessa per regolare le passività di SZP nei confronti dei prestatori di assistenza sanitaria risalenti a un periodo precedente al 2005, sebbene non fosse chiaro se tali debiti fossero ancora in essere al momento della concessione della sovvenzione.

(41) Tuttavia, secondo le autorità slovacche, le risorse finanziarie del bilancio di liquidazione di Veriteľ non sono state fornite a SZP, ma alle strutture sanitarie, che all'epoca erano di proprietà dello Stato, per il pagamento delle loro passività (ossia i contributi per l'assicurazione sanitaria dei loro dipendenti) a SZP. Di conseguenza, secondo le autorità slovacche, non si trattava di una sovvenzione, ma di un normale pagamento di passività non contestate esistenti da parte dello Stato — premi non versati per l'assicurazione sanitaria.

3.4. L'AUMENTO DI CAPITALE DI VZP DEL 2010

(42) Il 1º gennaio 2010 la Repubblica slovacca, attraverso il ministero dei Servizi sanitari, ha aumentato il capitale sociale sottoscritto di VZP. L'aumento del capitale sociale è stato pari a circa 65,1 milioni di EUR.

(43) Secondo il denunciante, tenuto conto che VZP era prossima all'insolvenza, è evidente che lo Stato abbia agito in questo modo per colmare la carenza di entrate di VZP. Il denunciante sostiene inoltre che lo Stato non aveva alcuna speranza di ottenere un rendimento dal suo investimento entro un periodo di tempo ragionevole, in particolare se si considera che la Slovacchia aveva appena introdotto una legge che vietava alle compagnie di assicurazione sanitaria di distribuire i loro utili.

(44) Secondo le autorità slovacche, l'aumento di capitale di VZP del 2010 era stato effettuato per eliminare gli effetti della crisi finanziaria e aiutare VZP a resistere alla pressione di aumentare il livello di indebitamento con una crescente domanda di assistenza sanitaria.

([26]) Veriteľ, a.s. è stata istituita sulla base della risoluzione n. 262 del 2 aprile 2003 del governo slovacco.

([27]) Cfr. la relazione del 2011, Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M e van Ginneken E., «*Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition*» (Vol. 13 n. 2 2011), pubblicata dall'Osservatorio europeo delle politiche e dei sistemi sanitari (disponibile all'indirizzo http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), pag. 142.

([28]) A titolo comparativo, secondo il denunciante, le società che hanno preceduto Dôvera, che erano nel complesso di dimensioni inferiori a quelle di SZP, hanno ottenuto l'estinzione dei loro debiti per un importo di appena 27,25 milioni di EUR.

([29]) Secondo il denunciante, citando la relazione del settembre 2007 del ministero delle Finanze della Slovacchia sull'indagine relativa alle attività di Veriteľ, a.s. in tutto il corso della sua esistenza.

3.5. IL SISTEMA DI EQUALIZZAZIONE DEL RISCHIO

(45) Nel corso della sua valutazione preliminare, la Commissione è anche venuta a conoscenza del fatto che il finanziamento delle compagnie di assicurazione sanitaria nella Repubblica slovacca comprende un meccanismo di condivisione e di adeguamento ai rischi, ossia un sistema di equalizzazione del rischio.

(46) Tale sistema ([30]) si applica pienamente a tutte le compagnie di assicurazione sanitaria che provvedono all'assicurazione sanitaria obbligatoria nella Repubblica slovacca. Sebbene i contributi dell'assicurazione sanitaria obbligatoria siano versati direttamente alle compagnie di assicurazione sanitaria dai datori di lavoro, dai lavoratori autonomi, dai contribuenti volontari (color che non lavorano per propria scelta), dallo Stato e dai pagatori di dividendi, la distribuzione delle entrate e delle spese tra le compagnie di assicurazione sanitaria non è equa a causa della diversa composizione dei loro portafogli. Per alleviare l'onere finanziario che grava sulle compagnie di assicurazione sanitaria con un portafoglio con un rischio più elevato e per ridurre la possibilità di selezione dei rischi, i contributi sono ridistribuiti tra le compagnie di assicurazione sanitaria attraverso il sistema di equalizzazione del rischio, in base a un calcolo stabilito dall'autorità di vigilanza sanitaria ([31]). I parametri applicati nel sistema di equalizzazione del rischio sono l'età, il sesso e, dal 2010, l'attività economica dell'assicurato.

(47) Le autorità slovacche ritengono che il sistema in questione non sia una forma di aiuto di Stato, ma un modo per equalizzare i fondi conformemente ai criteri del sistema applicabili per le persone assicurate, ossia si tratta di una forma di solidarietà tra le persone assicurate e non costituisce quindi un aiuto di Stato.

3.6. I TRASFERIMENTI DI PORTAFOGLI A SZP E VZP

(48) Un'altra misura di cui la Commissione è venuta a conoscenza nel corso della sua valutazione preliminare è l'esistenza di vari trasferimenti diretti, mediante un intervento dello Stato, a SZP e VZP di portafogli di altre compagnie di assicurazione sanitaria (in particolare dalla compagnia Družstevná zdravotná poisťovňa a VZP e dalla compagnia Európská zdravotná poisťovňa a SZP) che sono state liquidate nel corso del tempo.

(49) Secondo Dôvera, il portafoglio di EZP è stato trasferito direttamente a SZP sebbene vi fossero altri operatori interessati sul mercato, mentre non erano chiari i limiti e le condizioni del trasferimento.

(50) La Repubblica slovacca sostiene che la decisione dell'autorità di vigilanza sanitaria di trasferire il portafoglio di EZP a SZP senza alcun corrispettivo è in linea con le disposizioni della legge n. 581/2004 e rispetta il diritto dell'assicurato di scegliere una compagnia di assicurazione sanitaria. La Repubblica slovacca afferma che altre compagnie di assicurazione sanitaria hanno espresso un interesse nei confronti di questo portafoglio, ma a condizioni che avrebbero allungato in misura sproporzionata la procedura di liquidazione. Inoltre, secondo le autorità slovacche, poiché il trasferimento dei portafogli riguardava tutti i crediti e tutti i debiti delle compagnie liquidate, non è stato conferito alcun vantaggio ai beneficiari, ossia a VZP e SZP.

4. **MOTIVAZIONI PER L'AVVIO DEL PROCEDIMENTO D'INDAGINE FORMALE**

(51) Nella decisione di avvio del procedimento, la Commissione ha espresso dubbi sulla determinazione della natura economica o non economica dell'attività interessata e ha precisato che, tenuto conto delle particolarità del caso, SZP/VZP e le altre compagnie che offrono l'assicurazione sanitaria nel sistema obbligatorio della Repubblica slovacca potrebbero aver esercitato un'attività economica dal 1º gennaio 2005. La Commissione ha ritenuto che l'insieme di caratteristiche economiche e non economiche del sistema slovacco di assicurazione sanitaria obbligatoria rendesse necessario eseguire un'analisi approfondita dei suoi vari elementi e della loro rispettiva importanza all'interno del sistema per stabilire se l'attività di assicurazione sanitaria obbligatoria, per le modalità di organizzazione e di svolgimento in Slovacchia, debba essere considerata di natura economica (dal 1º gennaio 2005) o non economica.

(52) La Commissione ha anche precisato che, qualora l'attività dovesse essere considerata di natura economica, non disporrebbe di informazioni sufficienti per stabilire se le misure in esame hanno procurato a SZP/VZP un vantaggio selettivo.

(53) Avendo pertanto concluso che al momento non poteva escludere l'esistenza di un aiuto di Stato, in mancanza di argomentazioni specifiche o di chiare indicazioni in merito alla loro compatibilità con il mercato interno, la Commissione ha anche espresso dubbi riguardo al fatto che tali misure possano essere considerate compatibili con il mercato interno ai sensi dell'articolo 106, paragrafo 2, o dell'articolo 107, del trattato, qualora dovesse concludere che esse costituiscono un aiuto di Stato.

([30]) Terza parte della legge n. 580/2004

([31]) Cfr. i punti da 60 a 67 della decisione di avvio del procedimento per maggiori informazioni sul sistema di equalizzazione del rischio.

(54) In questo contesto, la Commissione ha constatato che la conclusione finale riguardo alla natura economica o non economica dell'attività di assicurazione sanitaria obbligatoria nella Repubblica slovacca, al fatto che le misure statali soddisfino tutte le altre condizioni in base alle quali costituiscono un aiuto di Stato e, in tal caso, alla loro compatibilità con il mercato interno potrebbe essere tratta solo in una decisione finale da adottare dopo il completamento dell'indagine formale, ossia dopo aver raccolto tutte le informazioni disponibili (comprese le ulteriori osservazioni degli Stati membri e di terzi) e dopo aver effettuato una valutazione approfondita di tutte le informazioni.

5. **OSSERVAZIONI DI TERZI**

(55) Alla Commissione sono pervenute le seguenti osservazioni da terzi interessati, di seguito riepilogate.

5.1. DÔVERA

(56) In risposta alla decisione di avvio del procedimento, Dôvera, il denunciante, ha fornito informazioni supplementari sul sistema di assicurazione sanitaria e ulteriori argomentazioni in particolare per sostenere la sua tesi secondo cui SZP/VZP sono imprese soggette alla legislazione sulla concorrenza e hanno usufruito di aiuti di Stato incompatibili.

(57) Dôvera sottolinea che SZP/VZP sono in concorrenza con compagnie di assicurazione sanitaria private che offrono lo stesso servizio perseguendo al contempo una finalità di lucro, facendo riferimento alle sue osservazioni precedenti sulla natura economica dell'attività e alla recente giurisprudenza della Corte ([32]). In questo contesto, Dôvera sostiene che i vari elementi presentati dalla Repubblica slovacca, e considerati nella decisione di avvio del procedimento come elementi da cui si desume la natura non economica delle attività di VZP/SZP, non sono attendibili. Secondo Dôvera, la riforma del periodo 2004-2005 era intesa a creare un mercato concorrenziale, com'è stato riconosciuto e confermato dall'autorità giudiziaria slovacca (ossia dalla Corte costituzionale slovacca) e dalle stesse autorità slovacche. In questo contesto, Dôvera sottolinea inoltre il fatto che le compagnie di assicurazione sono in concorrenza per i prestatori di assistenza sanitaria mediante la stipula di contratti selettivi e negoziati sul prezzo e la qualità dei servizi, menzionando inoltre le campagne di commercializzazione svolte dalle compagnie di assicurazione sanitaria per mantenere e attirare i clienti. Dôvera nega inoltre la natura esclusivamente sociale del sistema, facendo riferimento alla possibilità per le compagnie di assicurazione sanitaria di realizzare utili e di distribuirli e alla disponibilità di investitori privati a investire negli operatori attivi nel settore slovacco dell'assicurazione sanitaria obbligatoria.

(58) Facendo riferimento alle sue precedenti comunicazioni inviate alla Commissione prima della decisione di avvio del procedimento, Dôvera sostiene inoltre che tutte le misure individuate in tale decisione dovrebbero essere considerate un aiuto illegale in quanto sono stati soddisfatti tutti gli altri elementi dell'articolo 107, paragrafo 1, del trattato. A suo avviso, non si può ritenere che la Repubblica slovacca abbia agito come un investitore operante in un'economia di mercato quando ha effettuato l'aumento di capitale di SZP nel 2006 e l'aumento di capitale di VZP nel 2010. Dôvera sostiene altresì che la Repubblica slovacca ha creato una discriminazione tra SZP/VZP e le compagnie di assicurazione private con un trattamento più favorevole di SZP nella procedura di estinzione del debito nel periodo 2003-2005 e con l'introduzione di due nuovi parametri nel sistema di equalizzazione del rischio nel 2009 e nel 2012. Per quanto riguarda il trasferimento di portafogli, le osservazioni di Dôvera si concentrano sul trasferimento del portafoglio assicurativo di EZP, in quanto non dispone di informazioni su un precedente trasferimento a VZP. A questo proposito, Dôvera afferma che la Commissione potrebbe aver ricevuto informazioni erronee dalle autorità slovacche riguardo al quadro giuridico applicabile nel caso di tale trasferimento di portafoglio.

(59) Dôvera sostiene infine che le autorità slovacche non hanno dimostrato che la fornitura di un'assicurazione sanitaria obbligatoria è un servizio di interesse generale e quindi mette in discussione la base stessa di un'analisi effettuata in base alla giurisprudenza *Altmark* ([33]) e del pacchetto relativo ai SIEG della Commissione.

5.2. COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE SANITARIA UNION

(60) Le osservazioni sulla decisione di avvio del procedimento trasmesse dalla compagnia di assicurazione sanitaria Union, l'altro concorrente privato di SZP/VZP, sono ampiamente in linea con le osservazioni fornite da Dôvera, in quanto sostengono che SZP e VZP sono imprese ai sensi dell'articolo 107, paragrafo 1, del trattato. La compagnia di assicurazione sanitaria Union precisa che cinque delle sei misure descritte nella sezione 3 della presente decisione rispondono alla definizione di aiuto di Stato e sono incompatibili con il mercato interno. In merito alla sesta misura, ossia il sistema di equalizzazione del rischio, la compagnia di assicurazione sanitaria

([32]) Sentenza del 12 settembre 2013 nella causa T-347/09, *Germania/Commissione*, non ancora pubblicata.
([33]) Causa C-280/00, *Altmark* (Raccolta 2003, pag. I-7747).

Union sostiene che potrebbe soddisfare le condizioni della giurisprudenza *Altmark* in relazione alla compensazione degli obblighi di servizio pubblico o potrebbe essere compatibile con il mercato interno ai sensi dell'articolo 106, paragrafo 2, del trattato, rendendo necessaria un'ulteriore indagine sul suo possibile orientamento discriminatorio a favore del beneficiario netto del sistema in questione, ossia SZP/VZP.

5.3. HPI, INEKO E ZZP

(61) Le osservazioni sulla decisione di avvio del procedimento trasmesse dagli altri terzi, ossia HPI, INEKO e ZZP, sostengono principalmente la posizione del denunciante, Dôvera, e della compagnia di assicurazione sanitaria Union secondo cui l'attività è di natura economica e le misure implicano un aiuto di Stato conferendo a SZP/VZP un vantaggio selettivo, dimostrando la loro convinzione che le compagnie di assicurazione sanitaria operino in un ambiente concorrenziale (utilizzando modi diversi per attirare i clienti) e sostenendo che lo Stato ha concesso un trattamento preferenziale alle compagnie di assicurazione sanitaria statali.

6. **OSSERVAZIONI SULLA DECISIONE DI AVVIO DEL PROCEDIMENTO E ARGOMENTAZIONI SUPPLEMENTARI DELLA REPUBBLICA SLOVACCA**

(62) La Repubblica slovacca ha trasmesso le sue osservazioni sulla decisione di avvio del procedimento e ha espresso commenti sulle osservazioni di terzi.

(63) Nelle loro osservazioni, le autorità slovacche hanno fornito chiarimenti e ulteriori argomentazioni per rafforzare la loro posizione secondo cui il sistema di assicurazione sanitaria obbligatoria non è soggetto alle regole della concorrenza in quanto non implica un'attività economica. Le autorità slovacche sostengono che l'assicurazione sanitaria obbligatoria slovacca non può essere considerata di natura economica sulla base di una giurisprudenza consolidata della Corte di giustizia ([34]), in particolare per i seguenti motivi:

a) il sistema ha un obiettivo sociale,

b) il sistema è basato sulla solidarietà, in particolare tenendo conto di quanto segue:

i. iscrizione obbligatoria per i residenti slovacchi;

ii. a tutti gli assicurati è garantito lo stesso livello minimo di prestazioni;

iii. i contributi non sono correlati alle prestazioni a livello individuale, in quanto sono fissati dalla legge (non esiste alcuna concorrenza sui prezzi);

iv. esiste una solidarietà riguardo ai rischi tra le società di assicurazione: sistema di equalizzazione del rischio e tariffazione comune;

c) esiste un dettagliato quadro normativo, soggetto al controllo dello Stato: status, diritti e obblighi di tutte le compagnie di assicurazione sanitaria sono stabiliti dalla legge.

(64) La Repubblica slovacca contesta la tesi secondo cui, in seguito alle modifiche legislative del 2005, il sistema sanitario slovacco si è trasformato in un sistema commerciale e sostiene che il sistema non ha mai perso la sua natura pubblica, non economica. La Repubblica slovacca richiama inoltre l'attenzione sul fatto che il sistema di assicurazione sanitaria slovacco fa parte del sistema di sicurezza sociale e sottolinea le competenze degli Stati membri ai sensi dell'articolo 168, paragrafo 7, del trattato per quanto riguarda l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari.

(65) Le autorità slovacche affermano altresì che la riforma dell'assicurazione sanitaria non ha sostituito l'assicurazione sanitaria pubblica con un'assicurazione sanitaria privata e non ha aperto la copertura dei rischi inerenti alla sicurezza sociale prevista dalla legge alle compagnie di assicurazione private. Secondo la Slovacchia, lo scopo principale della riforma del settore sanitario era fissare norme precise per gestire le risorse finanziarie assegnate alla sanità e la riorganizzazione, entro il 30 settembre 2005, di tutti i fondi di assicurazione sanitaria esistenti come società per azioni con norme contabili chiaramente definite sembrava essere un modo adeguato per stabilire tali norme. Le autorità slovacche ritengono che tutte le compagnie di assicurazione sanitaria siano coinvolte nella gestione dei fondi pubblici ad esse assegnati nell'ambito del sistema pubblico di assicurazione sanitaria.

([34]) In particolare le cause riunite C-159/91 e C-160/91, *Poucet e Pistre*, la causa C-218/00, *Cisal e INAIL*, le cause riunite C-264/01, C-306/01, C-354/01 e C-355/01, *AOK Bundesverband*.

(66) Secondo le autorità slovacche, il fatto che il sistema slovacco di assicurazione sanitaria obbligatoria preveda un grado di concorrenza limitato riguardo alla qualità potrebbe essere considerato un elemento che incoraggia le compagnie di assicurazione sanitaria a operare economicamente in conformità dei principi di sana gestione, ai fini del corretto funzionamento del sistema, ma non come un elemento che potrebbe influire sulla natura non economica del sistema di assicurazione sanitaria nel complesso.

(67) Le autorità slovacche spiegano inoltre che i fondi accumulati e ridistribuiti nella struttura del sistema slovacco di assicurazione sanitaria pubblica tramite le compagnie di assicurazione sanitaria sono la somma dei contributi di assicurazione sanitaria pubblica che per legge sono obbligatori e quindi fanno parte delle finanze pubbliche slovacche. Tutte le compagnie di assicurazione sanitaria hanno quindi il compito di gestire i fondi pubblici riscossi conformemente alle disposizioni legislative pertinenti allo scopo di utilizzarli nella copertura dell'assistenza sanitaria.

(68) A ulteriore sostegno della loro tesi, le autorità slovacche rammentano anche il fatto che, sebbene il divieto di distribuire gli utili fosse stato abolito nel 2011, la legge di modifica n. 250/2011 consentiva alle compagnie di assicurazione sanitaria di realizzare un utile unicamente a condizioni precisamente definite, ossia:

a) l'introduzione di un'imposta sugli utili delle compagnie di assicurazione sanitaria;

b) l'obbligo di utilizzare gli utili per creare un fondo di riserva pari fino al 20 % del capitale sottoscritto versato della compagnia di assicurazione (il fondo di riserva può essere utilizzato unicamente per coprire le perdite di tale compagnia di assicurazione);

c) l'obbligo di creare riserve tecniche per coprire l'assistenza sanitaria prevista per le persone assicurate nelle liste di attesa (di conseguenza, le compagnie di assicurazione sanitaria non possono realizzare un utile a spese dei loro clienti inserendoli in liste di attesa anziché coprire prontamente l'assistenza sanitaria; si tratta di un aspetto essenziale per la conformità ai principi contabili generalmente accettati nel settore dell'assicurazione sanitaria pubblica).

(69) A questo proposito, le autorità slovacche hanno spiegato che, quando registrava un'eccedenza, VZP creava un fondo sanitario per coprire l'uso dei servizi sanitari e per finanziare i servizi sanitari particolarmente costosi rientranti nell'assicurazione sanitaria pubblica. Inoltre, negli anni in cui è stata registrata un'eccedenza, parte degli utili di VZP venivano anche assegnati al fondo di riserva previsto dalla legge successivamente utilizzato per ridurre le perdite accumulate. Pertanto, secondo le autorità slovacche, non sono mai stati distribuiti agli azionisti utili realizzati da compagnie di assicurazione sanitaria statali.

(70) In questo contesto, la Repubblica slovacca pone in evidenza altresì un'altra limitazione imposta alle compagnie di assicurazione sanitaria nel senso che possono assumere prestiti soltanto in conformità della legge 523/2004 sulle regole di bilancio della pubblica amministrazione, previa autorizzazione dell'autorità di vigilanza sanitaria.

(71) A ulteriore sostegno della loro tesi secondo cui l'attività di assicurazione sanitaria obbligatoria non rientra nell'ambito di applicazione delle regole della concorrenza, le autorità richiamano inoltre l'attenzione su un'indagine condotta nel 2009 dall'Ufficio antimonopoli slovacco dalla quale è emerso che le attività delle compagnie di assicurazione sanitaria sono esercitate in un sistema caratterizzato da un elevato grado di solidarietà in cui l'assistenza sanitaria viene fornita gratuitamente e gli elementi essenziali di tali attività sono disciplinati dallo Stato e che, pertanto, le attività esercitate dalle compagnie di assicurazione sanitaria nella fornitura dell'assicurazione sanitaria pubblica non possono essere considerate un'attività economica svolta da imprese che limita la concorrenza. Pertanto, secondo l'Ufficio antimonopoli, la legge slovacca sulla concorrenza non si applica alle attività esercitate dalle compagnie di assicurazione sanitaria nella fornitura dell'assicurazione sanitaria pubblica ([35]).

(72) Le autorità slovacche spiegano inoltre che nel 2011 la Corte costituzionale ha dichiarato incostituzionale il divieto di distribuzione degli utili in vigore dal 2007 in quanto violava i diritti di proprietà sanciti dalla costituzione slovacca, ma che non condivideva il parere secondo cui la legge sulle compagnie di assicurazione sanitaria limitasse i principi di un'economia di mercato. Le autorità slovacche sottolineano inoltre il fatto che la Corte costituzionale ha altresì osservato, a questo proposito, che una legislazione in materia di assicurazione sanitaria che escluda o limiti in misura significativa gli effetti degli strumenti dell'economica di mercato e quindi limiti la concorrenza è costituzionalmente accettabile.

([35]) Indagine eseguita dall'Ufficio antimonopoli in relazione alla fusione proposta tra SZP e VZP, completata il 3 dicembre 2009; cfr. anche la relazione annuale 2009 dell'Ufficio antimonopoli disponibile all'indirizzo http://www.antimon.gov.sk/data/att/958.pdf.

(73) Oltre a sostenere che l'attività di assicurazione sanitaria obbligatoria in Slovacchia esula dall'ambito di applicazione delle regole della concorrenza, le autorità slovacche asseriscono che le misure non soddisfano gli altri criteri relativi agli aiuti di Stato ai sensi dell'articolo 107, paragrafo 1, del trattato. In questo contesto, le autorità slovacche asseriscono che gli aumenti di capitale del 2006 e del 2009 non costituivano un aiuto in quanto rispettavano il principio dell'investitore operante in un'economia di mercato, negando altresì che esistesse un trattamento discriminatorio ingiustificato nella procedura di estinzione dei debiti da parte di Veritel' e affermando che non era stata concessa alcuna sovvenzione a VZP nel 2006, ma che si trattava di un'operazione che comportava un normale pagamento di passività non contestate in essere da parte dello Stato. Le autorità slovacche forniscono ulteriori informazioni sui trasferimenti di portafogli da DZP a VZP e da EZP a SZP e sostengono che neppure tali trasferimenti conferivano a SZP/VZP un vantaggio selettivo ai sensi dell'articolo 107, paragrafo 1, del trattato. Infine, esse forniscono ulteriori informazioni anche sul sistema di equalizzazione del rischio, chiarendo in particolare le modalità di ridistribuzione dei contributi (mensilmente e annualmente) nel periodo dal 2006 al 2012, e sostengono che questa misura non risponde alla definizione di aiuto di Stato in quanto equalizza i rischi insiti nel sistema derivanti dall'esistenza di aliquote contributive uniformi per tutti i gruppi di persone assicurate con vari gradi di rischio.

(74) Le autorità slovacche hanno concentrato le loro osservazioni relative alla decisione di avvio del procedimento sulla difesa della loro posizione secondo cui SZP/VZP, tenuto conto dell'assenza di un'attività economica, non sono imprese e le misure sono conformi al principio dell'investitore operante in un'economia di mercato e non conferiscono a SZP/VZP un vantaggio e quindi non costituiscono un aiuto. Pertanto, esse non ritengono necessario presentare argomentazioni sulla compatibilità delle presunte misure di aiuto.

7. **VALUTAZIONE DELLE MISURE**

(75) L'articolo 107, paragrafo 1, del TFUE stabilisce che «[…] sono incompatibili con il mercato interno, nella misura in cui incidano sugli scambi tra Stati membri, gli aiuti concessi dagli Stati, ovvero mediante risorse statali, sotto qualsiasi forma che, favorendo talune imprese o talune produzioni, falsino o minaccino di falsare la concorrenza».

(76) Sulla base di tale articolo, le norme in materia di aiuti di Stato si applicano soltanto qualora il beneficiario della misura sia «un'impresa». La giurisprudenza della Corte di giustizia dell'Unione europea («CGUE») definisce un'impresa ai sensi dell'articolo 107, paragrafo 1, del trattato qualsiasi entità che esercita un'attività economica, a prescindere dal suo status giuridico e dalle sue modalità di finanziamento ([36]). La classificazione di una particolare entità come impresa dipende quindi interamente dalla natura economica o non economica delle sue attività.

(77) Come spiegato nella decisione di avvio del procedimento, per stabilire se le misure concesse a favore di SZP/VZP costituiscano un aiuto di Stato occorre considerare quindi in primo luogo se e in quale misura SZP/VZP, quando operano nell'ambito del sistema slovacco di assicurazione sanitaria obbligatoria, agiscono come imprese in quanto si potrebbe ritenere che esercitino un'attività economica ai sensi della giurisprudenza.

(78) Secondo la CGUE, costituisce un'attività economica qualsiasi attività che consista nell'offrire beni e/o servizi su un determinato mercato ([37]). In questo contesto, la questione dell'esistenza di un mercato per determinati servizi può dipendere dal modo specifico in cui tali servizi sono organizzati e svolti nello Stato membro interessato ([38]). Le norme in materia di aiuti di Stato si applicano solo se una determinata attività è svolta in un contesto di mercato. La natura economica dello stesso tipo di servizi può quindi differire da uno Stato membro all'altro. Inoltre, per scelta politica o a causa degli sviluppi economici, la classificazione di un determinato servizio può modificarsi nel tempo: quella che oggi non è una attività di mercato può diventarlo in futuro, e viceversa ([39]).

(79) In relazione alla fornitura di assistenza sanitaria, il fatto di considerare i regimi di assistenza sanitaria come regimi che implicano un'attività economica dipende da specificità economiche e politiche e dal modo particolare in cui tali regimi sono istituiti e strutturati nello Stato membro interessato. In sostanza, la giurisprudenza della CGUE distingue tra regimi basati sul principio di solidarietà e regimi economici ([40]).

([36]) Cfr., ad esempio, le cause riunite da C-180/98 a C-184/98, *Pavlov e altri* (Raccolta 2000, pag. I-6451, punto 74).
([37]) Causa 118/85, *Commissione/Italia* (Raccolta 1987, pag. 2599, punto 7); causa C-35/96 *Commissione/Italia* (Raccolta 1998, pag. I-3851, punto 36); cause riunite da C-180/98 a C-184/98, *Pavlov e altri*, punto 75.
([38]) Cause riunite C-159/91 e C-160/91, *Poucet e Pistre* (Raccolta 1993, pag. I-637).
([39]) Cfr. anche la comunicazione della Commissione sull'applicazione delle norme dell'Unione europea in materia di aiuti di Stato alla compensazione concessa per la prestazione di servizi di interesse economico generale («comunicazione SIEG del 2012») (GU C 8 dell'11.1.2012, pag. 5), punto 12.
([40]) La Commissione ha sintetizzato la giurisprudenza pertinente della CGUE per quanto riguarda l'applicazione di tali norme al finanziamento dei regimi di sicurezza sociale e di assistenza sanitaria nella sua comunicazione del 2012 sull'applicazione delle norme dell'Unione europea in materia di aiuti di Stato alla compensazione concessa per la prestazione di servizi di interesse economico generale («comunicazione SIEG del 2012»).

(80) La giurisprudenza della CGUE utilizza una serie di criteri per determinare se un regime di sicurezza sociale si basa sul principio di solidarietà e non implica pertanto un'attività economica. A tal fine, vengono presi in considerazione una serie di fattori: (i) la natura obbligatoria dell'iscrizione al regime ([41]); (ii) il fine esclusivamente sociale perseguito dal regime ([42]); (iii) il fine non di lucro del regime ([43]); (iv) l'autonomia delle prestazioni dall'importo dei contributi versati ([44]); (v) la non necessaria proporzionalità tra l'importo delle prestazioni versate e i redditi dell'assicurato ([45]); (vi) il controllo dello Stato sul regime ([46]).

(81) Al contrario dei sistemi basati sulla solidarietà, i regimi a carattere economico sono regolarmente caratterizzati da: (i) l'iscrizione facoltativa ([47]); (ii) il principio di capitalizzazione (le prestazioni cui si ha diritto dipendono dall'ammontare dei contributi versati e dai risultati finanziari del regime) ([48]); (iii) il fine di lucro ([49]); (iv) la fornitura di prestazioni complementari rispetto a quanto previsto da un regime di base ([50]).

(82) Alcuni regimi combinano elementi di entrambe le categorie (regimi basati sulla solidarietà e regimi economici) ([51]), per cui, per stabilire se un particolare regime è di natura economica o non economica, la Commissione deve verificare la presenza e ponderare la rispettiva importanza di ciascuno dei vari elementi menzionati nei due punti precedenti per quanto riguarda il regime in esame ([52]).

(83) In definitiva, per determinare se la fornitura di servizi di assicurazione sanitaria obbligatoria nella Repubblica slovacca costituisca un'attività economica o non economica occorre quindi effettuare un'analisi approfondita del modo specifico in cui tale attività è organizzata e svolta nello Stato membro in questione e il risultato dell'analisi riguarda in modo specifico il sistema di assicurazione sanitaria obbligatoria di detto Stato membro. Alla luce di queste osservazioni generali, la Commissione valuterà se le misure contestate che sarebbero state concesse a SZP/VZP costituiscano misure di aiuto di Stato concesse a «un'impresa» ai sensi dell'articolo 107, paragrafo 1, del trattato.

(84) Alcuni indicatori lasciano intendere che il sistema slovacco di assicurazione sanitaria sia di natura non economica, in particolare per quanto riguarda le sue caratteristiche e i suoi obiettivi sociali, che sono predominanti nel funzionamento del sistema, e che il sistema sia intrinsecamente basato sul principio di solidarietà.

(85) In primo luogo, la partecipazione al programma di assicurazione sanitaria pubblica è obbligatoria per legge per la maggior parte dei cittadini della Repubblica slovacca e i servizi medici rientranti nell'ambito dell'assicurazione sanitaria obbligatoria sono forniti a prescindere dai contributi versati dalla persona assicurata. Una persona assicurata è libera di scegliere qualsiasi compagnia di assicurazione sanitaria e, in base all'obbligo di adesione aperta, la compagnia di assicurazione sanitaria scelta non può rifiutare a tale persona l'assicurazione per motivi di età, stato di salute o rischi di malattia ([53]).

([41]) Cause riunite C-159/91 e C-160/91, *Poucet e Pistre* (Raccolta 1993, pag. I-637, punto 13).
([42]) Causa C-218/00, *Cisal e INAIL* (Raccolta 2002, pag. I-691, punto 45).
([43]) Cause riunite C-264/01, C-306/01, C-354/01 e C-355/01, *AOK Bundesverband* (Raccolta 2004, pag. I-2493, punti da 47 a 55).
([44]) Cause riunite C-159/91 e C-160/91, *Poucet e Pistre* (citata in precedenza), punti da 15 a 18.
([45]) Causa C-218/00, *Cisal e INAIL* (citata in precedenza), punto 40.
([46]) Cause riunite C-159/91 e C-160/91, *Poucet e Pistre* (citata in precedenza), punto 14; causa C-218/00, *Cisal e INAIL* (citata in precedenza), punti 43-48; cause riunite C-264/01, C-306/01, C-354/01 e C-355/01, *AOK Bundesverband* (citata in precedenza), punti 51-55.
([47]) Causa C-67/96, *Albany* (Raccolta 1999, pag. I-5751, punti 80-87).
([48]) Causa C-244/94, *FFSA e altri* (citata in precedenza), punti 9 e da 17 a 20; causa C-67/96, *Albany*, (citata in precedenza), punti da 81 a 85; cfr. anche cause riunite da C 115/97 a C 117/97, *Brentjens* (Raccolta 1999, pag. I 6025, punti da 81 a 85), causa C 219/97, *Drijvende Bokken* (Raccolta 1999, pag. I-6121, punti da 71 a 75), cause riunite da C-180/98 a C-184/98, *Pavlov* (citata in precedenza), punti 114 e 115.
([49]) Cause riunite da C 115/97 a C 117/97, *Brentjens* (citata in precedenza).
([50]) Cause riunite da C-180/98 a C-184/98, *Pavlov e altri* (citata in precedenza).
([51]) Cfr., ad esempio, la ponderazione effettuata dalla Corte di giustizia nella causa C-350/07, *Kattner Stahlbau* (Raccolta 2009, pag. I-1513, in particolare i punti 33-68).
([52]) A questo proposito, va anche sottolineato che la recente sentenza (sentenza del 12 settembre 2013, T-347/09, *Germania/Commissione*, non ancora pubblicata) menzionata dal denunciante Dôvera nelle sue osservazioni relative alla decisione di avvio del procedimento conferma il fatto che anche le organizzazioni senza scopo di lucro possono offrire prodotti e servizi su un mercato (cfr. altresì la comunicazione SIEG del 2012, paragrafo 9, in riferimento alla giurisprudenza). Resta tuttavia il fatto che la conclusione riguardo alla natura economica o non economica dell'attività in un determinato caso deve essere basata sulla presenza e sulla ponderazione della rispettiva importanza di ciascuno dei vari elementi.
([53]) Cfr. i punti da 23 a 25.

(86) In secondo luogo, l'assicurazione sanitaria obbligatoria slovacca è basata sui contributi fissati dalla legge in misura proporzionale al reddito dell'assicurato, anziché essere basata sul rischio assicurato (età, stato di salute, rischi di malattia della persona assicurata). Inoltre, non esiste un legame diretto tra l'importo dei contributi versati da una singola persona al regime e il valore delle prestazioni ricevute da tale persona dal regime. Pertanto, le compagnie di assicurazione non hanno alcuna possibilità di influire sull'importo dei contributi o sul livello minimo di copertura cui le persone assicurate hanno diritto in quanto sono tutti elementi fissati dalla legislazione nazionale.

(87) In terzo luogo, la legge garantisce a tutti gli assicurati di ricevere lo stesso livello di base di prestazioni, che in effetti è molto elevato poiché comprende quasi tutte le procedure sanitarie previste nella Repubblica slovacca, nel senso che l'assistenza sanitaria fornita tramite il regime di assicurazione sanitaria obbligatoria è praticamente completa ([54]). Il sistema slovacco di equalizzazione del rischio garantisce la condivisione dei rischi assicurativi e quindi rafforza ulteriormente la solidarietà. Inoltre, il sistema slovacco impone il principio di tariffazione comune, ossia le compagnie di assicurazione non possono differenziare i premi in base al rischio assicurativo, sebbene il sistema di equalizzazione del rischio compensi parzialmente le compagnie di assicurazione che hanno un profilo demografico più rischioso nel loro portafoglio ridistribuendo le risorse finanziarie dalle compagnie di assicurazione che pagano prestazioni in misura inferiore alla media a quelle che pagano prestazioni in misura superiore alla media alle rispettive persone assicurate ([55]).

(88) Infine, oltre a tutte le caratteristiche sociali e solidali summenzionate, la Commissione rammenta che l'assicurazione sanitaria obbligatoria slovacca è organizzata ed erogata nell'ambito di un solido quadro normativo: lo status, i diritti e gli obblighi di tutte le compagnie di assicurazione sanitaria sono stabiliti da leggi che prevedono precise condizioni e un rigoroso controllo da parte dello Stato sul funzionamento delle compagnie di assicurazione ([56]).

(89) Sulla base di tali caratteristiche, la Commissione conclude che il sistema slovacco di assicurazione sanitaria obbligatoria non è di natura economica e quindi non si può ritenere che SZP/VZP rispondano alla definizione di «impresa» ai sensi dell'articolo 107, paragrafo 1, del trattato ([57]).

(90) La Commissione riconosce che alcune caratteristiche del sistema slovacco di assicurazione sanitaria obbligatoria potrebbero indicare la natura economica delle attività svolte nell'ambito di tale sistema: (i) la presenza di vari operatori assicurativi (pubblici e privati) nel settore slovacco dell'assicurazione sanitaria obbligatoria, (ii) un certo grado di concorrenza tra detti operatori assicurativi, che esercitano (iii) un'attività avente scopo di lucro e (iv) il fatto che l'attività sia stata considerata aperta alla concorrenza dalla Corte costituzionale slovacca. La Commissione è tuttavia del parere che la presenza di detti elementi non metta in discussione la sua conclusione che l'assicurazione sanitaria obbligatoria in Slovacchia sia un'attività non economica.

(91) In primo luogo, la Commissione osserva che il fatto che vi siano vari operatori (pubblici e privati) attivi nel settore dell'assicurazione sanitaria obbligatoria di per sé non conferisce una natura economica alle loro attività in un sistema in cui, come spiegato nei punti da 85 a 87, le caratteristiche e gli obiettivi sociali del sistema sono predominanti, il principio di solidarietà è fondamentale per il funzionamento di tale sistema e il controllo dello Stato è rigoroso. Tale interpretazione attribuirebbe un'importanza maggiore a misure organizzative scelte da uno Stato membro per il funzionamento di una parte del proprio regime di previdenza sociale rispetto al principio su cui si basa il regime in questione ([58]).

(92) In secondo luogo, dalla giurisprudenza della CGUE si desume che anche l'esistenza di uno spazio di concorrenza nel sistema di assicurazione sanitaria e il fatto che esista una concorrenza effettiva, anche se voluti dal legislatore e confermati dall'autorità giudiziaria, non necessariamente conferiscono una natura economica all'attività in questione. La CGUE ha chiarito che per appurare la natura economica o non economica delle attività svolte in un regime legale di assicurazione sanitaria che, come il regime slovacco, offre un certo margine di concorrenza, sono decisivi la natura e il grado di tale concorrenza, le circostanze in cui si svolge e la presenza e l'importanza degli

([54]) Cfr. i punti da 26 a 29.
([55]) Cfr. i punti da 23 a 25.
([56]) Cfr. il punto 32.
([57]) Le caratteristiche del sistema slovacco di assicurazione sanitaria obbligatoria sono simili a quelle del regime legale di assicurazione malattia tedesco valutato dalla CGUE nelle cause riunite C-264/01, C-306/01, C-354/01 e C-355/01, *AOK Bundesverband*. La CGUE ha ritenuto che il sistema tedesco fosse di natura non economica, sottolineando in particolare che le casse malattia tedesche erano legalmente tenute a offrire ai loro iscritti prestazioni obbligatorie, essenzialmente identiche, che sono indipendenti dall'ammontare dei contributi versati dalle persone assicurate, che quindi non erano in concorrenza tra loro per quanto riguarda la concessione delle prestazioni legali obbligatorie e che erano coinvolte in un sistema di equalizzazione del rischio (cfr. i punti da 52 a 54 di tale sentenza).
([58]) Cfr. anche la causa C-350/07, *Kattner Stahlbau* (citata in precedenza), punto 53, e in particolare le conclusioni dell'avvocato generale Mazak in tale causa (paragrafo 59).

altri fattori pertinenti ([59]). Nel caso in esame, il tipo di concorrenza più interessante per i consumatori, ossia la concorrenza sui prezzi in relazione al livello dei contributi, è escluso in quanto le compagnie di assicurazione sanitaria slovacche non possono modificare il livello dei contributi degli assicurati che è fissato dalla legge. Inoltre, le possibilità di una concorrenza sulla qualità sono molto limitate poiché il sistema slovacco di assicurazione sanitaria obbligatoria prevede una serie molto ampia di prestazioni legali che sono uguali per tutte le persone assicurate, lasciando quindi alle compagnie di assicurazione scarse possibilità di competere per i clienti sulla base dell'offerta di prestazioni supplementari (gratuite). Pertanto, le compagnie di assicurazione sanitaria non possono in alcun modo influire su tali prestazioni legali e sono quindi in concorrenza tra loro per quanto riguarda la concessione delle prestazioni legali obbligatorie in materia di assistenza sanitaria che costituisce la loro funzione essenziale.

(93) In terzo luogo, la Commissione ritiene che la natura non economica dell'attività di assicurazione sanitaria obbligatoria non sia modificata dal fatto che le compagnie di assicurazione sanitaria entrino in concorrenza tra loro riguardo alla qualità e all'efficacia delle prestazioni con l'acquisto di servizi sanitari e servizi correlati di buona qualità da fornitori a prezzi concorrenziali. In questo modo, le compagnie di assicurazione, attraverso un'attività separabile dai loro contratti con le persone assicurate nell'ambito dell'assicurazione sanitaria obbligatoria, acquisiscono le prestazioni o i beni necessari per adempiere il loro ruolo in tale sistema. Dalla giurisprudenza della CGUE si desume che se il sistema di assicurazione sanitaria obbligatoria ha, a motivo delle sue caratteristiche intrinseche, una natura non economica, anche l'attività di acquisizione delle prestazioni o dei beni necessari per il funzionamento di tale sistema è di natura non economica ([60]).

(94) In quarto luogo, il fatto che la normativa che disciplina l'assicurazione sanitaria obbligatoria in Slovacchia consenta alle compagnie di assicurazione sanitaria di realizzare utili e di distribuirne una parte ai loro azionisti non cambia la natura non economica delle loro attività poiché queste sono esercitate in un sistema con una forte presenza di tutte le caratteristiche summenzionate che dimostrano la natura non economica di tali attività. Il mero fatto che le compagnie di assicurazione sanitaria possano realizzare utili e distribuirne una parte non può di per sé confutare la predominanza delle caratteristiche e degli obiettivi sociali del sistema, il ruolo centrale del principio di solidarietà in tale sistema e l'elevato livello di regolamentazione e di controllo rigoroso da parte dello Stato cui il funzionamento del sistema è sottoposto. Riguardo alla regolamentazione da parte dello Stato, la Commissione rammenta che la possibilità di realizzare utili e di utilizzarli e distribuirli è disciplinata e limitata dagli obblighi giuridici imposti dallo Stato alle compagnie di assicurazione slovacche allo scopo di garantire la sostenibilità e la continuità dell'assicurazione sanitaria obbligatoria con tutti i suoi obiettivi sociali e solidali predominanti ([61]). La libertà di realizzare utili e di utilizzarli e distribuirli è pertanto considerevolmente più limitata nel settore slovacco dell'assicurazione sanitaria obbligatoria rispetto ai normali settori commerciali ed è subordinata al conseguimento di obiettivi sociali e solidali.

(95) Pertanto, date la natura limitata della concorrenza introdotta nel sistema slovacco di assicurazione sanitaria obbligatoria (ossia solo una concorrenza limitata sulla qualità e nessuna concorrenza sui prezzi) e le limitazioni del modo in cui è possibile realizzare utili e utilizzarli, gli elementi di concorrenza e orientamento al profitto presenti nel sistema slovacco di assicurazione sanitaria obbligatoria non mettono in discussione le caratteristiche sociali, solidali e normative predominanti che dimostrano la natura economica delle attività svolte dalle compagnie di assicurazione sanitaria in tale sistema. Anzi, gli elementi di concorrenza e di orientamento al profitto presenti nel sistema slovacco di assicurazione sanitaria obbligatoria dovrebbero essere considerati elementi che perseguono l'obiettivo principale di incoraggiare le compagnie di assicurazione a operare in conformità dei principi di sana gestione, ai fini del corretto funzionamento di tale sistema, contribuendo quindi a garantire il conseguimento degli obiettivi sociali e solidali del sistema in esame ([62]).

(96) Infine, la Commissione ritiene che il fatto che la Corte costituzionale slovacca (nel valutare una possibile violazione del diritto di esercitare un'attività imprenditoriale sancito dalla costituzione slovacca) abbia ritenuto che il sistema slovacco di assicurazione sanitaria obbligatoria si «inserisse nell'ambito della concorrenza» non significa che il sistema comporti attività di natura economica ai sensi delle norme in materia di aiuti di Stato. In effetti, in tale caso la Corte costituzionale slovacca è stata chiamata a esaminare se il divieto di distribuire gli utili

([59]) A questo proposito, la Commissione rammenta che il fatto che le casse malattia tedesche nella causa *AOK* (cause riunite C-264/01, C-306/01, C-354/01 e C-355/01, *AOK Bundesverband*) fossero anche coinvolte in una sorta di concorrenza sui prezzi attraverso la possibilità di variare le aliquote contributive degli iscritti non mette in discussione la conclusione della Corte secondo cui non esercitavano un'attività economica. Secondo la CGUE, l'introduzione di un elemento di concorrenza in materia di contributi per incitare le casse malattia ad esercitare la loro attività secondo i principi della buona gestione, e cioè nel modo più efficiente e meno dispendioso possibile, era nell'interesse del buon funzionamento del sistema di previdenza sociale tedesco. Secondo la GGUE, il perseguimento di tale obiettivo non modifica affatto la natura dell'attività delle casse malattie (cfr. il punto 56 della sentenza).

([60]) Cfr. la causa T-319/99, *FENIN* (Raccolta 2003, pag. II-357, in particolare il punto 37).

([61]) Punti da 84 a 88.

([62]) Cfr. anche alla luce dell'obiettivo principale (efficienza) della riforma indicato nel punto 13.

imposto per legge nel 2007 alle compagnie di assicurazione sanitaria fosse compatibile con la costituzione slovacca (violazione del diritto di proprietà, tutela della proprietà e diritto di esercitare un'attività imprenditoriale) e con gli articoli 18, 49, 54 e 63 del trattato. La Corte costituzionale slovacca ha deciso che il divieto violava la costituzione slovacca e che quindi non vi era alcun motivo per prendere in considerazione gli elementi sostanziali delle norme dell'UE sul mercato interno o per statuire in merito alla loro violazione.

(97) In questo contesto, tenendo conto delle particolarità del caso in esame e della presenza e dell'importanza degli indicatori pertinenti, l'attività di assicurazione sanitaria obbligatoria organizzata e svolta in Slovacchia non può essere considerata un'attività di natura economica.

(98) Alla luce di quanto precede, la Commissione conclude che SZP/VZP, in quanto beneficiari delle misure contestate, non possono essere considerate come imprese ai sensi dell'articolo 107, paragrafo 1, del trattato e quindi tali misure non comportano un aiuto di Stato ai sensi di detto articolo.

(99) Pertanto, non è necessario esaminare le altre condizioni relative all'esistenza di un aiuto di Stato ai sensi dell'articolo 107, paragrafo 1, del TFUE né è necessario valutare la compatibilità delle misure contestate.

8. **CONCLUSIONE**

(100) Alla luce delle precedenti considerazioni, la Commissione conclude che le misure contestate non costituiscono un aiuto di Stato ai sensi dell'articolo 107, paragrafo 1, del trattato,

HA ADOTTATO LA PRESENTE DECISIONE:

Articolo 1

Le seguenti misure cui la Repubblica slovacca ha dato esecuzione a favore di Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s (SZP) e/o Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s (VZP) non costituiscono un aiuto ai sensi dell'articolo 107, paragrafo 1, del trattato:

a) l'aumento di capitale di SZP per un importo di 450 milioni di SKK effettuato tra il 28 novembre 2005 e il 18 gennaio 2006;

b) l'estinzione dei debiti di SZP tramite la società Veritel' dal 2003 al 2006;

c) la sovvenzione concessa a SZP dal ministero della Salute nel 2006;

d) l'aumento di capitale di VZP di 65,1 milioni di EUR effettuato il 1º gennaio 2010;

e) il sistema di equalizzazione del rischio istituito dalla parte 3 della legge n. 580/2004;

f) il trasferimento dei portafogli di compagnie di assicurazione sanitaria liquidate, in particolare della compagnia Družstevná zdravotná poisťovňa a VZP e della compagnia Európská zdravotná poisťovňa a SZP.

Articolo 2

La Repubblica slovacca è destinataria della presente decisione.

Fatto a Bruxelles, il 15 ottobre 2014

Per la Commissione
Joaquín ALMUNIA
Vicepresidente