KOMISIJAS LĒMUMS (ES) 2015/248

(2014. gada 15. oktobris)

par Slovākijas Republikas īstenotajiem pasākumiem SA.23008 (2013/C) (*ex* 2013/NN) attiecībā uz *Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s.* (*SZP*) un *Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.* (*VZP*)

(izziņots ar dokumenta numuru C(2014) 7277)

(Autentisks ir tikai teksts slovāku valodā)

(Dokuments attiecas uz EEZ)

EIROPAS KOMISIJA,

ņemot vērā Līgumu par Eiropas Savienības darbību (turpmāk "LESD") un jo īpaši tā 108. panta 2. punkta pirmo daļu,

ņemot vērā Līgumu par Eiropas Ekonomikas zonu un jo īpaši tā 62. panta 1. punkta a) apakšpunktu,

pēc tam, kad ieinteresētās personas tika aicinātas iesniegt piezīmes saskaņā ar iepriekš minētajiem nosacījumiem ([1]),

tā kā:

1. PROCEDŪRA

(1) Komisija 2007. gada 2. aprīlī saņēma sūdzību no privātas veselības apdrošināšanas sabiedrības *Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s.* (*Dôvera* jeb "sūdzības iesniedzējs") par iespējamu valsts atbalstu valsts veselības apdrošināšanas sabiedrībai *Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s.* (*SZP*), kas sniegts, 2006. gada 26. janvārī palielinot *SZP* reģistrēto kapitālu par SKK 450 miljoniem (aptuveni EUR 15 miljoniem).

(2) Komisija 2009. gada 21. augustā nosūtīja Slovākijas Republikai pieprasījumu sniegt informāciju. Pēc atbildes sagatavošanas termiņa pagarināšanas Slovākijas iestādes sniedza pieprasīto informāciju 2009. gada 24. septembra vēstulē.

(3) Komisija 2010. gada 26. februāra vēstulē pieprasīja Slovākijas Republikas iestādēm sniegt papildu informāciju par šiem kapitāla ieguldījumiem un vēlējās saņemt skaidrojumu par Slovākijas Risku izlīdzināšanas sistēmu (RIS), kas ir vēl viens pasākums, kuru, iespējams, varētu klasificēt kā valsts atbalstu. Slovākijas iestādes 2010. gada 25. marta vēstulē lūdza pagarināt šīs atbildes sniegšanai noteikto termiņu, un Komisija, nosūtot vēstuli 2010. gada 31. martā, tam piekrita. Pēc tam, kad Komisija 2010. gada 16. jūnijā atgādināja Slovākijas Republikas iestādēm par informācijas sniegšanu, tās reaģēja uz šo aicinājumu, nosūtot vēstuli 2010. gada 9. jūlijā. Pēc Komisijas 2010. gada 4. novembra vēstulē izteiktā pieprasījuma Slovākijas Republikas iestādes 2010. gada 3. decembrī iesniedza minētās atbildes nekonfidenciālo versiju.

(4) *SZP* 2010. gada 1. janvārī apvienojās ar citu Slovākijas valsts veselības apdrošinātāju *Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.* (*VZP*). No 1998. gada līdz vismaz 2005. gadam šīs divas valsts akciju sabiedrības saņēma citu veselības apdrošināšanas sabiedrību apdrošināšanas portfeļus.

(5) Divās sanāksmēs, kurās piedalījās Komisijas un *Dôvera* pārstāvji un kuras notika 2010. gada 10. oktobrī un 2011. gada 15. martā, tika apspriests sūdzības priekšmets un veselības apdrošināšanas nozares darbība Slovākijā. *Dôvera* 2011. gada 15. jūlijā nosūtītajos dokumentos sniedza papildu informāciju par veselības apdrošināšanas nozares iezīmēm Slovākijā un paplašināja savas sūdzības darbības jomu, iekļaujot trīs jaunus pasākumus, kas, iespējams, sniegti par labu *SZP* un *VZP*: i) *SZP* parāda dzēšana, ko laikposmā no 2004. gada līdz 2005. gadam divos maksājumos – EUR 52,7 miljonu un EUR 28 miljonu apmērā – veica valsts uzņēmums *Veritel' a. s.*; ii) subsīdija EUR 7,6 miljonu apmērā, ko 2006. gadā Veselības ministrija piešķīra *SZP*, un iii) valsts finansēts kapitāla palielinājums EUR 65,1 miljona apmērā, kas 2010. gada 1. janvārī piešķirts *VZP*. Tāpēc Komisija aicināja Slovākijas iestādes iesniegt piezīmes par papildināto sūdzību, kurā iekļauti jaunie apgalvojumi. Pēc atbildes sagatavošanas termiņa pagarināšanas Slovākijas iestādes 2011. gada 11. novembra vēstulē iesniedza savas piezīmes.

([1]) OV C 278, 26.9.2013., 28. lpp.

(6) Pēc 2011. gada 15. decembra sanāksmes ar Komisijas dienestiem *Dôvera* 2012. gada 16. janvāra vēstulē sniedza papildu informāciju par valsts veselības apdrošināšanas nozares iezīmēm.

(7) Ar 2013. gada 2. jūlija vēstuli Komisija informēja Slovākijas Republiku, ka tā ir nolēmusi sākt formālu izmeklēšanas procedūru, kas paredzēta Līguma 108. panta 2. punktā ("lēmums par procedūras sākšanu"). Lēmums par procedūras sākšanu tika publicēts *Eiropas Savienības Oficiālajā Vēstnesī* ([2]), un tajā ieinteresētās personas tika aicinātas sniegt piezīmes.

(8) Slovākijas iestādes 2013. gada 24. jūlija vēstulē lūdza pagarināt termiņu, kas bija noteikts piezīmju sniegšanai par lēmumu sākt izmeklēšanas procedūru, un Komisija 2013. gada 30. jūlija vēstulē tam piekrita. Nosūtot vēstuli 2013. gada 27. augustā, Slovākijas Republika iesniedza savus apsvērumus par lēmumu sākt izmeklēšanas procedūru.

(9) Komisija saņēma piezīmes par lēmumu sākt procedūru no piecām trešām personām – no Ekonomisko un sociālo reformu institūta (*INEKO*) 2013. gada 15. oktobra vēstulē, no *Union zdravotná poisťovňa, a. s.* (veselības apdrošināšanas sabiedrības *Union*) 2013. gada 25. oktobra vēstulē, no Veselības politikas institūta (*Health Policy Institute – HPI*) 2013. gada 28. oktobra vēstulē, no *Združenie zdravotných poisťovní SR* (*ZZP*, Slovākijas veselības apdrošināšanas sabiedrību asociācija) 2013. gada 28. oktobra vēstulē un no *Dôvera* 2013. gada 11. novembra vēstulē.

(10) Slovākijas iestādēm šīs piezīmes tika nosūtītas divās vēstulēs – 2013. gada 20. novembra un 20. decembra vēstulē. Slovākijas iestādes 2013. gada 20. decembrī lūdza līdz 2014. gada 31. janvārim pagarināt termiņu atbildes sniegšanai uz minētajām piezīmēm, un Komisija tajā pašā dienā tam piekrita. Uz trešo personu iesniegtajām piezīmēm saistībā ar lēmumu par procedūras sākšanu Slovākijas iestādes atbildēja 2014. gada 29. janvāra vēstulē.

(11) 2014. gada 2. aprīlī notika sanāksme, kurā piedalījās pārstāvji no Komisijas dienestiem un Slovākijas iestādēm.

(12) Komisija 2014. gada 11. aprīlī un 2014. gada 25. augustā nosūtīja papildu pieprasījumus sniegt informāciju, uz kuriem Slovākijas iestādes atbildēja, nosūtot vēstules attiecīgi 2014. gada 15. maijā un 2014. gada 27. augustā.

2. **VISPĀRĪGA INFORMĀCIJA**

2.1. SLOVĀKIJAS OBLIGĀTĀS VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS SISTĒMAS ATTĪSTĪBA

(13) Slovākija 1994. gadā pārgāja no sistēmas, kurā darbojās viena valsts apdrošināšanas sabiedrība, uz plurālistisku modeli, kura ietvaros varēja darboties gan valsts, gan privātas struktūras. Līdz ar padziļinātu reformu saistībā ar Likumiem Nr. 581/2004 un Nr. 580/2004, kas stājās spēkā 2005. gada 1. janvārī, – 2005. gada reforma – tika grozīti noteikumi par savākto veselības apdrošināšanas iemaksu pārdali un mainīta visu apdrošināšanas uzņēmumu (gan valsts, gan privāto) juridiskā forma no juridiskām personām *sui generis* uz reģistrētām akciju sabiedrībām (t. i., uz peļņu orientētām akciju sabiedrībām, kas ir privāto tiesību subjekts). Tika nodibināta neatkarīga regulatīva iestāde, Slovākijas Veselības uzraudzības iestāde (VUI), kuras uzdevums bija izsniegt darbības licences un uzraudzīt apdrošināšanas sabiedrību atbilstību piemērojamiem normatīvajiem aktiem. Būtībā šīs reformas bija paredzētas, lai uzlabotu pieejamo resursu izmantošanas efektivitāti un veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas kvalitāti ([3]).

(14) Slovākijā visas veselības apdrošināšanas sabiedrības – gan valsts, gan privātās – nodrošina Slovākijas iedzīvotājiem obligātās veselības apdrošināšanas pakalpojumus ([4]). Likumā Nr. 580/2004 paredzētā iespēja – papildus obligātās veselības apdrošināšanas pabalsta pamatpaketei sniegt arī individuālus veselības apdrošināšanas pakalpojumus –

([2]) Sk. 1. zemsvītras piezīmi.

([3]) Sk. arī 2004. gada ziņojumu: *Hlavačka S., Wágner R., Riesberg A.*"*Health care systems in transition: Slovakia*" (6. sēj., Nr. 10, 2004.), 36. un turpmākās lpp., izdevis Eiropas Veselības sistēmu un politikas novērošanas centrs (pieejams tīmekļa vietnē http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf), jo īpaši 99. lpp.

([4]) Saskaņā ar Likuma Nr. 580/2004 3. pantu fiziskai personai, kas pastāvīgi dzīvo Slovākijas Republikā, jābūt apdrošinātai atbilstīgi valsts veselības apdrošināšanas sistēmas prasībām. Šajā likumā ir paredzēti izņēmumi, taču tie attiecas tikai uz tām personām, kurām veselības apdrošināšanas līgums ir noslēgts citā valstī. Minētajā 3. pantā ir noteikts arī tas, kurām personām ir jābūt apdrošinātām atbilstīgi valsts veselības apdrošināšanas sistēmas prasībām, pat ja tās pastāvīgi nedzīvo Slovākijas Republikā. Šajā lēmumā termins "Slovākijas iedzīvotājs" attiecas uz visām personām, kuras attiecīgi pieder pie tām kategorijām, kas ir jāapdrošina atbilstīgi valsts veselības apdrošināšanas sistēmas prasībām.

joprojām tiek izmantota minimāli to vispārējo veselības aprūpes pabalstu dēļ, kurus sedz obligātā sistēma ([5]). Turklāt 2005. gadā ar tiesību aktu tika paredzēta iespēja, ka visas veselības apdrošināšanas sabiedrības var sniegt brīvprātīgas veselības apdrošināšanas pakalpojumus personām, uz kurām neattiecas obligātā veselības apdrošināšana ([6]).

(15) 2007. gadā tika izdots Likums Nr. 530/2007, ar ko tika grozīts Likums Nr. 581/2004 un apdrošināšanas sabiedrībām, kas aktīvi darbojas obligātās veselības apdrošināšanas sektorā, no 2008. gada 1. janvāra tika liegts izmaksāt peļņu dividenžu veidā, uzliekot pienākumu gūto peļņu atkārtoti ieguldīt Slovākijas veselības aprūpes sistēmā. Tādēļ veselības apdrošināšanas sabiedrībām no 2008. gada janvāra bija vispār liegts sadalīt peļņu. Tomēr 2011. gada 26. janvārī Slovākijas Konstitucionālā tiesa atzina, ka peļņas sadales aizliegums nav saderīgs ar vairākiem Slovākijas Konstitūcijas noteikumiem. Ņemot vērā šo spriedumu, Slovākijas iestādes 2011. gada jūlijā pieņēma Likumu Nr. 250/2011, ar ko grozīja Likumu Nr. 530/2007, lai atkal ļautu veselības apdrošinātājiem sadalīt (saviem akcionāriem) no obligātās veselības apdrošināšanas darbībām gūto peļņu, ievērojot konkrētus nosacījumus ([7]). Šo tiesību aktu grozījumu dēļ Komisija 2011. gada decembrī slēdza pārkāpuma procedūru attiecībā uz peļņas izmaksas ierobežojumu ([8]).

(16) Slovākijas iestādes 2012. gada 31. oktobrī apstiprināja projekta plānu, kurā bija paredzēts Slovākijas Republikā izveidot vienotu obligātās veselības apdrošināšanas bezpeļņas sistēmu, ko varētu ieviest, brīvprātīgi iegādājoties (līdz 2014. gada 1. janvārim) privātās veselības apdrošināšanas sabiedrības vai atsavinot tās (līdz 2014. gada 1. jūlijam), lai izveidotu vienu vienīgu (valsts) veselības apdrošināšanas sabiedrību ([9]). Taču laikā, kad tika pieņemts šis lēmums, neviens iepriekš minētā projekta plāna posms vēl nebija īstenots ([10]).

2.2. VESELĪBAS APDROŠINĀTĀJI SLOVĀKIJĀ

(17) Slovākijas tiesību aktos ir definēts, ka veselības apdrošināšanas sabiedrība ir valsts akciju sabiedrība, kuras juridiskā adrese ir reģistrēta Slovākijas Republikā un kura ir izveidota, lai sniegtu valsts obligātās veselības apdrošināšanas pakalpojumus atbilstīgi VUI piešķirtai atļaujai.

(18) Slovākijas iedzīvotāji var iegādāties obligātās veselības apdrošināšanas paketi, pēc izvēles noslēdzot līgumu ar jebkuru no šiem trim apdrošinātājiem:

a) Slovākijas valsts akciju sabiedrība *VZP*, kas dibināta 2005. gada 1. jūlijā. Tā tika izveidota, pārveidojot valsts uzņēmumu *VšZP*, kas dibināts 1994. gada 1. novembrī saskaņā ar Likumu Nr. 273/1994 kā Veselības apdrošināšanas fonda administrācijas Valsts apdrošināšanas sabiedrības (*Národná poisťovňa*) tiesību pārņēmējs. *VZP* 2010. gada 1. janvārī saskaņā ar Likumu Nr. 533/2009 tika apvienota ar valsts sabiedrību *SZP* (tāpēc šī kopīgā struktūra turpmāk attiecīgā gadījumā tiks minēta kā "*SZP*/*VZP*"). Slovākijas Republika ir vienīgais *VZP* akcionārs;

b) privātā akciju sabiedrība *Dôvera* (tās galvenais akcionārs ir Centrāleiropas finanšu grupa *PENTA*). *Dôvera* tika dibināta 2005. gada 1. oktobrī, un 2009. gada 31. decembrī tā tika apvienota ar citu privātu Slovākijas veselības apdrošināšanas sabiedrību – *Apollo*. Šī apvienotā struktūra 2010. gadā bija lielākā privātā veselības apdrošināšanas sabiedrība Slovākijā;

c) privātā veselības apdrošināšanas akciju sabiedrība *Union*, kas tika dibināta 2006. gada 9. martā un kas ir Nīderlandē reģistrētās *Achmea* grupas (iepriekš *Eureko*) dalībniece.

([5]) Sk. arī 2011. gada ziņojumu: *Szalay T., Pažitný P., Szalayová A., Frisová S., Morvay K., Petrovič M.* un *van Ginneken E.*, "*Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition*" (13. sēj., Nr. 2, 2011.), izdevis Eiropas Veselības sistēmu un politikas novērošanas centrs (pieejams tīmekļa vietnē http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), 78. lpp.

([6]) Likums Nr. 352/2005, t. i., attiecībā uz cilvēkiem, kuriem nav pastāvīgas dzīvesvietas un kuri nav nodarbināti Slovākijā, kā arī attiecībā uz cilvēkiem, kuru pastāvīgā dzīvesvieta ir Slovākijā, taču viņu veselības apdrošināšana ir veikta ārvalstīs. Saskaņā ar atbildi, ko Slovākijas iestādes sniedza saistībā ar lēmumu par procedūras sākšanu, ar Likumu Nr. 121/2010 šī brīvprātīgās apdrošināšanas iespēja no 2010. gada 1. maija tika atcelta.

([7]) Šie nosacījumi ir: 1) peļņas obligāta izmantošana rezerves – līdz pat 20 % no reģistrētā un samaksātā kapitāla – izveidei (rezerves fondu drīkst izmantot tikai zaudējumu segšanai) un 2) tehnisku rezervju obligāta izveide, lai varētu samaksāt par gaidīšanas sarakstos iekļauto apdrošināto personu plānveida veselības aprūpi.

([8]) Pārkāpuma procedūra Nr. 2008/4268, saistībā ar kuru Eiropas Komisija nosūtīja Slovākijas valdībai oficiālu brīdinājuma vēstuli atbilstīgi iekšējā tirgus noteikumiem, norādot, ka aizliegums veselības apdrošināšanas sabiedrībām brīvi rīkoties ar jebkādu peļņu, kas gūta, sniedzot valsts veselības apdrošināšanas pakalpojumus Slovākijā atbilstīgi Likuma Nr. 581/2004 15. panta 6. punktam, ir nepamatots Līguma 63. pantā garantētās kapitāla aprites brīvības ierobežojums.

([9]) Pastāvīgā šķīrējtiesa nesen norādīja, ka attiecībā uz šiem plāniem Nīderlandes uzņēmuma *Achmea* (veselības apdrošināšanas sabiedrības *Union* īpašnieks) prasību izskatīšana nav tās jurisdikcijā. Sk. Pastāvīgās šķīrējtiesas 2014. gada 24. maija spriedumu lietā Nr. 2013-12 *Achmea*/Slovākijas Republika, kas pieejams tīmekļa vietnē: http://news.achmea.nl/achmea-discloses-awards-of-arbitration-tribunals/.

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

(19) Turpmāk dotajā tabulā ir norādītas to apdrošināšanas sabiedrību tirgus daļu izmaiņas, kas veica obligāto veselības apdrošināšanu Slovākijas Republikā laikposmā no 2008. gada līdz 2013. gadam ([11]).

Gads	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013. ([1])
Apdrošināšanas sabiedrības	Apdrošināto personu skaits (%)					
VZP	55,4	55,0	66,74	65,79	64,4	64,09
SZP	13,6	12,0	2010. gads: *SZP* apvienojas ar *VZP*			
Apollo	8,4	10,0	2010. gads: *Apollo* apvienojas ar *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]) Sk. arī 37. punktu Pastāvīgās šķīrējtiesas 2014. gada 24. maija spriedumā lietā Nr. 2013-12 *Achmea*/Slovākijas Republika (sk. iepriekš 9. zemsvītras piezīmi).

(20) Visas veselības apdrošināšanas sabiedrības ir akciju sabiedrības, turklāt īpašumtiesību regulējumā ir paredzēts, ka akcionāri var būt gan valsts, gan privātais sektors. Visām veselības apdrošināšanas sabiedrībām ir jāievēro konkrēti maksātspējas kritēriji. Saskaņā ar stingriem budžeta ierobežojumiem tās ir pilnībā atbildīgas par finanšu deficītu. Kā privātas akciju sabiedrības, kas dibinātas atbilstīgi vispārējām uzņēmumu tiesībām, veselības apdrošināšanas sabiedrības autonomi pārvalda savas darbības un veselības aprūpes izmaksas.

(21) Veselības apdrošināšanas sabiedrības var gūt un gūst peļņu ([12]). Apdrošināšanas sabiedrību ieņēmumi Slovākijā tiek gūti no apdrošināšanas iemaksām, valsts budžeta (no ekonomiski neaktīvu personu vārdā veiktām iemaksām un subsīdijām veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu pieauguma segšanai), ienākumiem no īpašuma, dāvanām, kā arī no citiem ienākumiem. Veselības apdrošināšanas sabiedrības peļņu var gūt, piemēram, uzlabojot savu pārvaldības sistēmu un noslēdzot izdevīgus līgumus ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem.

2.3. SLOVĀKIJAS OBLIGĀTĀS VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS NOZARES GALVENĀS IEZĪMES

2.3.1. **Sociālais mērķis un sabiedrības intereses**

(22) Slovākijas obligātā veselības apdrošināšanas sistēma īsteno sociālu mērķi, t. i., tā ļauj nodrošināt veselības aprūpi un uzturēt dzīvotspējīgu veselības apdrošināšanas sistēmu. Iedzīvotājiem ir tiesības uz veselības apdrošināšanu, un Slovākijas pastāvīgajiem iedzīvotājiem ir pienākums apdrošināties ([13]). Nodrošināt tiesības uz bezmaksas veselības aprūpi, kas pamatojas uz veselības apdrošināšanu, ir Slovākijas Republikas konstitucionāls pienākums ([14]). Kā norāda Slovākijas iestādes, tiek uzskatīts, ka, veicot obligāto veselības apdrošināšanu Slovākijas Republikā, veselības apdrošināšanas sabiedrības valsts vārdā pilda konstitucionālu pienākumu, proti, nodrošina Slovākijas pastāvīgo iedzīvotāju veselības apdrošināšanu, pārvaldot obligātās veselības apdrošināšanas sistēmu Slovākijā. Saskaņā ar likumu Slovākijas Republika ir atbildīga par veselības aprūpes sistēmas finansēšanu un veselības aprūpes nozares zaudējumu segšanu ([15]). Atbilstīgi 2. pantam Likumā Nr. 580/2004 par veselības apdrošināšanu valsts obligātās veselības apdrošināšanas pakalpojumu sniegšana ir darbība sabiedrības interesēs, kuras īstenošanai tiek pārvaldīti publiskie līdzekļi.

([11]) Datus par 2011. – 2013. gadu norādīja sūdzības iesniedzējs savās piezīmēs saistībā ar lēmumu par procedūras sākšanu.
([12]) Lēmuma par procedūras sākšanu 23. un 24. apsvērums.
([13]) Likumā ir paredzēts pienākums apdrošināties visām definētajām personām (Likuma Nr. 580/2004 3. pants). Visiem likumā definētajiem iedzīvotājiem ir juridiski saistošs pienākums maksāt valsts veselības apdrošināšanas iemaksas (Likuma Nr. 580/2004 11. pants). Iemaksu neveikšana tiek klasificēta kā noziedzīgs nodarījums.
([14]) Slovākijas Republikas Konstitūcijas 40. pantā cita starpā pie konstitucionāli garantētām "pamattiesībām un pamatbrīvībām" ir paredzēts: "Ikvienam ir tiesības uz veselības aizsardzību. Pamatojoties uz veselības apdrošināšanu, iedzīvotājiem ir tiesības uz bezmaksas veselības aprūpi un medicīniskām precēm atbilstīgi likumā noteiktiem nosacījumiem."
([15]) Konkrētāk, saistībā ar 2004. gadā pieņemtajiem tiesību aktu grozījumiem Slovākijas Republika dzēsa iepriekš veselības aprūpes nozarē radušos parādus gandrīz EUR 1 miljarda vērtībā, tostarp privātu veselības apdrošināšanas uzņēmumu parādus (saskaņā ar informāciju, ko Slovākijas iestādes sniedza Komisijai 2010. gada 9. jūlijā).

2.3.2. **Obligāta dalība, brīva pievienošanās un kopīgi tarifi**

(23) Saskaņā ar Likuma Nr. 580/2004 un Likuma Nr. 581/2004 noteikumiem vairumam Slovākijas Republikas iedzīvotāju ir obligāti jāpiedalās Slovākijas valsts veselības apdrošināšanas programmā ([16]). Obligātā veselības apdrošināšana Slovākijā attiecas arī uz personām, kuras līdz 2010. gada 30. aprīlim bija apdrošinātas saskaņā ar Padomes Regulu (EEK) Nr. 1408/71 ([17]) un no 2010. gada 1. maija – saskaņā ar Eiropas Parlamenta un Padomes Regulu (EK) Nr. 883/2004 ([18]).

(24) Apdrošinātām personām ir tiesības izvēlēties veselības apdrošināšanas sabiedrību pēc savas izvēles un reizi gadā to mainīt. Atbilstīgi pienākumam nodrošināt brīvu pievienošanos un kopīgu tarifi principam veselības apdrošināšanas sabiedrībām Slovākijā ir juridisks pienākums iekļaut savā apdrošināšanas sistēmā ikvienu Slovākijas iedzīvotāju, kurš to pieprasa, ja viņš/viņa atbilst tiesiskajām prasībām, kas noteiktas attiecībā uz veselības apdrošināšanu Slovākijā. Jo īpaši veselības apdrošināšanas sabiedrības nedrīkst atteikties apdrošināt personu vecuma, veselības stāvokļa vai slimības risku dēļ ([19]), un tām ir jāpiedāvā pamata veselības apdrošināšana visām personām par vienu un to pašu cenu neatkarīgi no šiem faktoriem.

(25) Tāpēc Slovākijas veselības apdrošināšanas sistēmā ir iekļauta arī tiesiska struktūra taisnīgai riska sadalei starp veselības apdrošināšanas sabiedrībām, izmantojot Risku izlīdzināšanas sistēmu (RIS). Atbilstīgi RIS ([20]) veselības apdrošināšanas sabiedrības, kas apdrošina personas, kuras ir saistītas ar lielāku risku, saņem līdzekļus no apdrošināšanas sabiedrībām, kuru portfelis ir saistīts ar mazāku risku, t. i., katru mēnesi un katru gadu veicot iemaksu pārdali un pārskaitījumu administrēšanu ([21]).

2.3.3. **Pabalsti un ar ienākumiem saistītas iemaksas**

(26) Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas pamatā ir obligāto iemaksu sistēma. Iemaksu likmes tiek noteiktas ar likumu un ir proporcionālas apdrošinātās personas ienākumiem (līdzīgi kā nodoklis, ar ko tiek aplikts ienākums), nevis pamatojas uz risku, kas saistīts ar apdrošināto personu (piemēram, ar apdrošinātās personas vecumu vai veselības stāvokli). Šīs iemaksas, kuras Slovākijas iestādes uzskata par publisko līdzekļu daļu, tiek iekasētas no: 1) darba ņēmējiem un darba devējiem; 2) pašnodarbinātām personām; 3) brīvprātīgajiem bezdarbniekiem; 4) valsts (attiecībā uz "valsts apdrošinātām personām", t. i., galvenokārt ekonomiski neaktīvu personu grupu) un 5) dividenžu maksātājiem.

(27) Visām apdrošinātajām personām tiek garantēts vienāds pabalstu pamatlīmenis ("pabalsta pamatpakete"). Starp sistēmā veikto iemaksu apmēru un saņemtajiem pabalstiem ([22]) nepastāv tieša saikne. Medicīniskie pakalpojumi, kurus sedz obligātā veselības apdrošināšana, tiek sniegti neatkarīgi no apdrošinātās personas veiktajām iemaksām.

(28) Obligātās veselības apdrošināšanas pabalsta pamatpakete sedz gandrīz visas veselības aprūpes procedūras, kas tiek veiktas Slovākijas Republikā, proti, izmantojot šo paketi, tiek sniegta pilnīga veselības aprūpe. Pašlaik pabalsta pamatpakete ikvienam dod tiesības uz bezmaksas veselības aprūpi, kurā nav iekļautas tikai dažas procedūras (piemēram, kosmētiskā ķirurģija), un daļēji tiek segti arī maksājumi par medikamentiem, SPA procedūrām un atsevišķiem ar veselības aprūpi saistītiem pakalpojumiem (piem., neatliekamo palīdzību). Pabalsta pamatpaketi var sašaurināt vai paplašināt ar valdības dekrētu (neapspriežot šo jautājumu parlamentā). Tā kā Slovākijas Konstitūcija garantē katram pilsonim veselības aprūpi obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas ietvaros saskaņā ar likumā paredzētiem nosacījumiem, apdrošināšanas sabiedrības nevar ietekmēt ne pabalsta grozu, ne pabalsta pamatpaketes seguma vai prēmiju lielumu, jo tas tiek noteikts ar likumu.

(29) Slovākijas veselības apdrošināšanas sabiedrības pēc savas izvēles pabalsta pamatpaketei var pievienot un pievieno dažādas papildu iespējas (pabalstus), kas sedz pamatpaketē neiekļautus pakalpojumus, kurus apdrošinātāji sniedz saviem klientiem bez maksas, iekļaujot tos tajā pašā veselības aprūpes paketē atbilstīgi obligātās veselības apdrošināšanas nosacījumiem. Piemēram, no pieejamās informācijas izriet, ka veselības apdrošināšanas sabiedrības var izlemt, vai tās pašas obligātās veselības apdrošināšanas paketes ietvaros nodrošināt papildu segumu konkrētām papildprocedūrām un profilaktiskajai ārstēšanai. Šie papildu pabalsti atšķiras no individuālajiem veselības apdrošināšanas pakalpojumiem, kas var tikt piedāvāti par maksu.

([16]) Sk. 4. zemsvītras piezīmi.
([17]) Padomes 1971. gada 14. jūnija Regula (EEK) Nr. 1408/71 par sociālā nodrošinājuma sistēmu piemērošanu darbiniekiem, pašnodarbinātām personām un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienā (OV L 149, 5.7.1971., 2. lpp.).
([18]) Eiropas Parlamenta un Padomes 2004. gada 29. aprīļa Regula (EK) Nr. 883/2004 par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu (OV L 166, 30.4.2004., 1. lpp.).
([19]) Sk. arī Likuma Nr. 580/2004 6. panta 9. punktu.
([20]) Likuma Nr. 580/2004 3. daļa.
([21]) Sk. 45., 46. un 47. apsvērumu.
([22]) Sk. Likumu Nr. 577/2004.

2.3.4. **Veselības aprūpes pakalpojumu un to sniedzēju atlase**

(30) Veselības apdrošināšanas sabiedrības drīkst izraudzīties veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus un apspriest līguma nosacījumus ar ārstiem un atsevišķām slimnīcām. Tādējādi veselības apdrošināšanas sabiedrības slēdz līgumus ar atsevišķiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem; šie līgumi tiek slēgti neatkarīgi cits no cita, un konkrēts veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs var noslēgt līgumu ar visām vai tikai dažām veselības apdrošināšanas sabiedrībām un otrādi. Veselības apdrošināšanas sabiedrības atlīdzina izdevumus par pakalpojumiem, ko sniedz gan valsts, gan privātie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji.

(31) Lai nodrošinātu piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem ģeogrāfiskā ziņā un ietekmētu kapacitātes plānošanu, valdība ir noteikusi prasību par obligāta tīkla izveidi. Ar likumu ir paredzēts, ka, nodrošinot obligāto veselības apdrošināšanu, veselības apdrošināšanas sabiedrībām ir jānoslēdz līgumi ar slimnīcām, kas ir iekļautas obligātajā slimnīcu tīklā. Katra veselības apdrošināšanas sabiedrība izveido savu tīklu un uzlabo obligāto tīklu, selektīvi noslēdzot līgumus ar papildu slimnīcām un citiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Tādējādi veselības aprūpes pakalpojumus, ko nodrošina šīs slimnīcas un/vai citi veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji un kas ir iekļauti obligātās veselības apdrošināšanas segumā, veselības apdrošinātājs sedz apdrošināto personu labā. Veselības apdrošināšanas sabiedrībām ir dota zināma rīcības brīvība sarunās ar slimnīcām par apdrošinātajām personām sniegto veselības aprūpes pakalpojumu cenu un kvalitāti.

2.3.5. **Tiesiskais regulējums**

(32) Slovākijas Republikā obligātās veselības apdrošināšanas sistēma tiek regulēta ar īpašiem noteikumiem ([23]). Saskaņā ar likumu visām veselības apdrošināšanas sabiedrībām, kas nodrošina obligāto veselības apdrošināšanu, ir vienāds statuss, tiesības un pienākumi. Visām veselības apdrošināšanas sabiedrībām ir jābūt dibinātām ar mērķi sniegt valsts veselības apdrošināšanas pakalpojumus, un tās drīkst veikt tikai Likuma Nr. 581/2004 6. punktā minētās darbības. To veselības apdrošināšanas sabiedrību darbības, kas pārvalda obligātās veselības apdrošināšanas sistēmu, ir pakļautas vispārējai valsts kontrolei, ko veic regulatīvā iestāde – VUI –, kuras funkcija ir kontrolēt un uzraudzīt veselības aprūpes sistēmu. VUI uzrauga, vai veselības apdrošināšanas sabiedrības un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji ievēro šo tiesisko regulējumu, un iejaucas, ja notiek pārkāpumi.

3. APSTRĪDĒTO PASĀKUMU APRAKSTS

(33) Šajā lēmumā ir analizēti seši turpmāk aplūkotie pasākumi (kopīgi minēti kā "apstrīdētie pasākumi") ([24])

3.1. *SZP* KAPITĀLA PALIELINĀŠANA 2006. GADĀ

(34) Privāta veselības apdrošināšanas sabiedrība *Dôvera* 2007. gada 2. aprīļa vēstulē iesniedza Komisijai sūdzību par to, ka Slovākijas Republika valsts uzņēmumā *SZP* ir ieguldījusi kapitālu SKK 450 miljonu (aptuveni EUR 15 miljonu) apmērā, veicot trīs maksājumus laikposmā no 2005. gada 28. novembra līdz 2006. gada 18. janvārim.

(35) Minētā kapitāla palielināšana bija saistīta ar veselības aprūpes nozares reformu un veselības apdrošināšanas sektora 2004.–2005. gada reformu Slovākijas Republikā. Faktiski akciju sabiedrībai *SZP*, kas tika dibināta 2005. gadā kā valsts institūcijas ([25]) tiesību pārņēmēja, ar likumu tika noteikts pārņemt ne vien iepriekšējā apdrošināšanas uzņēmuma aktīvus, bet arī tā parādus, kuri bija radušies pirms 2005. gada un kuru apmērs kļuva par iemeslu nepietiekamai maksātspējai, kas noteikta atbilstīgi 14. panta 1. punkta prasībām Likumā par veselības apdrošināšanas uzņēmumiem (Likumā Nr. 581/2004). Šīs saistības 2005. gada 31. decembrī sasniedza SKK 467,765 miljonus (aptuveni EUR 15,5 miljonus).

([23]) Piemēram, attiecības starp apdrošināto personu un veselības apdrošinātāju tiek regulētas ar likumu, nevis ar līguma palīdzību (sk. Likuma Nr. 580/2004 4. punktu). Ar likumu tiek regulēta arī veselības apdrošināšanas sabiedrību uzraudzība un veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana.

([24]) Pasākumi sīkāk aprakstīti lēmuma par procedūras sākšanu 44.–72. apsvērumā.

([25]) Kā valsts institūcija pirms 2005. gada 1. maija *SZP* darbojās kā apdrošināšanas sabiedrība ar specifisku un samērā ierobežotu apdrošināšanas portfeli, vienlaikus, atšķirībā no citiem veselības apdrošinātājiem, tai bija arī citas saistības pret apdrošinājuma ņēmējiem, proti, tai bija jāsedz konkrēti profilaktiskās veselības aprūpes pakalpojumi un konkrēti veselības aprūpes pakalpojumi saistībā ar darba vietā gūtām traumām un arodslimībām.

3.2. *VERITEĽ* VEIKTĀ *SZP* PARĀDA DZĒŠANA

(36) *Veriteľ, a. s.* tika dibināta 2003. gadā ([26]) kā jauna valsts aģentūra, kuras uzdevums bija konsolidēt veselības aprūpes parādu, un Slovākijas valdība tai uzticēja īstenot projektu saistībā ar veselības aprūpes iestāžu un veselības apdrošināšanas uzņēmumu parādu atvieglošanu pirms visu pastāvošo veselības apdrošināšanas fondu reorganizācijas par akciju sabiedrībām, kam bija jānotiek līdz 2005. gada 30. septembrim. Parādu atvieglošanas process tika veikts atbilstīgi Slovākijas valdības lēmumiem.

(37) Laikposmā no 2003. gada līdz 2005. gadam sabiedrība *Veriteľ* veselības aprūpes nozarē atmaksāja parādu, kas pārsniedz EUR 1 100 miljonus uzskaites vērtībā pie izmaksām EUR 644 miljoni skaidrā naudā. Tā kā Veselības ministrija paziņoja, ka tas bija pēdējais veselības aprūpes sistēmas glābšanas pasākums, aģentūra *Veriteľ* 2006. gadā tika likvidēta ([27]).

(38) Sūdzības iesniedzējs apgalvo, ka sabiedrības *Veriteľ* dzēstais *SZP* parāds EUR 52,7 miljonu apmērā, kas pārsniedz paša sūdzības iesniedzēja saņemto summu ([28]), parāda dzēšanas procesā rada nepamatotu diskriminējošu attieksmi. Taču sūdzības iesniedzējs galvenokārt pauž bažas par to, ka 2005. gada 30. novembrī (tātad pēc uzņēmuma pārveides) *Veriteľ* dzēsa vēl vienu parādu – aptuveni EUR 28 miljonu apmērā, ko sabiedrība *SZP* bija parādā speciālajam prēmiju pārdales kontam. Tas tika izdarīts, *SZP* nododot sabiedrībai *Verite* prēmijas prasības un procentus. Sabiedrība *SZP* nodeva *Veriteľ* aptuveni SKK 929 miljonus prēmijas prasībās un procentos (no tiem aptuveni SKK 343 miljoni procentos). Savukārt *Veriteľ* nodrošināja sabiedrībai *SZP* kompensāciju SKK 840 miljonu (aptuveni EUR 28 miljonu) apmērā, atlīdzinot tās parādu speciālajam prēmiju pārdales kontam ([29]).

3.3. SABIEDRĪBAI *SZP* 2006. GADĀ PIEŠĶIRTĀ SUBSĪDIJA

(39) Veselības ministrija 2006. gada otrajā pusē piešķīra *SZP* papildu subsīdiju, daļēji izmantojot 2006. gada jūlijā likvidētās sabiedrības *Veriteľ* likvidācijas bilanci. Saskaņā ar sūdzības iesniedzēja sniegto informāciju subsīdijas summa bija aptuveni EUR 7,6 miljoni.

(40) Sūdzības iesniedzējs apgalvo, ka šī subsīdija tika piešķirta, lai nokārtotu līdz 2005. gadam radušās *SZP* saistības pret veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, lai gan nebija īsti skaidrs, vai subsīdijas piešķiršanas laikā šie parādi vēl pastāvēja.

(41) Taču, kā norāda Slovākijas iestādes, *Verite* likvidācijas bilances finanšu resursi tika piešķirti nevis sabiedrībai *SZP*, bet gan medicīnas iestādēm, kuras tajā laikā bija valsts īpašumā, lai varētu samaksāt to parādus (t. i., veselības apdrošināšanas iemaksas par minēto iestāžu darbiniekiem) sabiedrībai *SZP*. Tāpēc saskaņā ar Slovākijas iestāžu apgalvojumu tā bija nevis subsīdija, bet drīzāk parasts maksājums par neapstrīdamām valsts saistībām – nesamaksātām veselības apdrošināšanas prēmijām.

3.4. *VZP* KAPITĀLA PALIELINĀŠANA 2010. GADĀ

(42) Slovākijas Republika ar Veselības ministrijas dienestu starpniecību 2010. gada 1. janvārī palielināja savu reģistrēto pamatkapitālu sabiedrībā *VZP*. Pamatkapitāla palielinājums sasniedza aptuveni EUR 65,1 miljonu.

(43) Kā norāda sūdzības iesniedzējs –, ņemot vērā, ka sabiedrība *VZP* bija tuvu maksātnespējai, šķiet, ka valsts šādi rīkojās, lai pārvarētu *VZP* ieņēmumu deficītu. Sūdzības iesniedzējs arī apgalvo, ka valstij nebija absolūti nekādu cerību pieņemamā termiņā saņemt peļņu no sava ieguldījuma, jo īpaši ņemot vērā, ka Slovākijā tikko bija pieņemts likums, ar kuru veselības apdrošināšanas sabiedrībām tika liegts sadalīt peļņu.

(44) Saskaņā ar Slovākijas iestāžu teikto šī *VZP* kapitāla palielināšana 2010. gadā tika veikta, lai novērstu finanšu krīzes ietekmi un palīdzētu *VZP* izturēt spiedienu un nepalielināt parādsaistību līmeni līdz ar pieaugošo pieprasījumu pēc veselības aprūpes.

([26]) Sabiedrība *Veriteľ, a. s.* tika dibināta saskaņā ar Slovākijas valdības 2003. gada 2. aprīļa Lēmumu Nr. 262.

([27]) Sk. 2011. gada ziņojumu: *Szalay T., Pažitný P., Szalayová A., Frisová S., Morvay K., Petrovič M.* un *van Ginneken E.*, "*Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition*" (13. sēj., Nr. 2, 2011.), izdevis Eiropas Veselības sistēmu un politikas novērošanas centrs (pieejams tīmekļa vietnē http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), 142. lpp.

([28]) Saskaņā ar sūdzības iesniedzēja sniegto informāciju *Dôvera* priekštečiem, kas kopumā, ja salīdzina, bija lielāki nekā *SZP*, parādi tika dzēsti tikai EUR 27,25 miljonu apmērā.

([29]) Saskaņā ar sūdzības iesniedzēja sniegto informāciju, atsaucoties uz ziņojumu "Izmeklēšana attiecībā uz sabiedrības *Veriteľ, a. s.* darbību visā tās pastāvēšanas laikā", Slovākijas Finanšu ministrija, 2007. gada septembris.

3.5. RISKU IZLĪDZINĀŠANAS SISTĒMA (RIS)

(45) Sākotnējā izvērtējuma laikā Komisija arī atklāja, ka Slovākijas Republikā veselības apdrošināšanas sabiedrību finansējums ietver risku apvienošanas un korekcijas mehānismu – Risku izlīdzināšanas sistēmu (RIS).

(46) RIS ([30]) piemēro attiecībā uz pilnīgi visām veselības apdrošināšanas sabiedrībām, kas veic obligāto veselības apdrošināšanu Slovākijas Republikā. Lai gan veselības apdrošināšanas sabiedrības iekasē obligātās veselības apdrošināšanas iemaksas tieši no darba devējiem, pašnodarbinātām personām, personām, kas pašas veic iemaksas (brīvprātīgajiem bezdarbniekiem), valsts un dividenžu maksātājiem, ieņēmumu un izdevumu sadalījums starp veselības apdrošināšanas sabiedrībām sakarā ar viņu apdrošināto grupu atšķirīgo struktūru arī ir atšķirīgs. Lai atvieglotu finansiālo slogu veselības apdrošināšanas sabiedrībām ar paaugstinātu riska portfeli un samazinātu risku atlases iespēju, iemaksas tiek pārdalītas starp veselības apdrošināšanas sabiedrībām, izmantojot RIS un pamatojoties uz VUI noteikto aprēķinu ([31]). Parametri, kurus piemēro RIS, ir apdrošinātās personas vecums, dzimums un (kopš 2010. gada) ekonomiskās aktivitātes statuss.

(47) Slovākijas iestādes uzskata RIS nevis par valsts atbalsta veidu, bet drīzāk par fondu izlīdzināšanas līdzekli atbilstīgi RIS kritērijiem, kas piemērojami attiecībā uz apdrošinātām personām, proti, tas ir veids, kādā apdrošinātās personas pauž savu solidaritāti, un tāpēc nevar būt valsts atbalsts.

3.6. PORTFEĻU NODOŠANA SABIEDRĪBĀM *SZP* UN *VZP*

(48) Vēl viens pasākums, kas sākotnējā izvērtējuma laikā piesaistīja Komisijas uzmanību, ir vairāki gadījumi, kad citu laika gaitā likvidētu veselības apdrošināšanas uzņēmumu portfeļi tiek tieši nodoti (ar valsts iesaistīšanos) sabiedrībām *SZP* un *VZP* (proti, uzņēmuma *Družstevná zdravotná poisťovňa* (*DZP*) portfeļa nodošana sabiedrībai *VZP* un uzņēmuma *Európská zdravotná poisťovňa* (*EZP*) portfeļa nodošana sabiedrībai *SZP*).

(49) Kā norāda sabiedrība *Dôvera*, *EZP* portfelis tika nodots tieši sabiedrībai *SZP*, lai gan bija arī citi ieinteresēti tirgus dalībnieki, turklāt portfeļa nodošanas ierobežojumi un nosacījumi bija neskaidri.

(50) Slovākijas Republikas iestādes apgalvo, ka VUI lēmums nodot *EZP* portfeli sabiedrībai *SZP* bez jebkādas kompensācijas atbilst Likuma Nr. 581/2004 noteikumiem, ievērojot apdrošinātās personas tiesības izvēlēties veselības apdrošināšanas sabiedrību. Tās norāda, ka citas apdrošināšanas sabiedrības tika paudušas interesi par šo portfeli, izvirzot nosacījumus, kas varētu nesamērīgi paildzināt likvidācijas procesu. Turklāt, kā norāda Slovākijas iestādes, kopš attiecīgie portfeļi, kuros iekļautas visas likvidēto uzņēmumu prasības un saistības, ir nodoti, portfeļu saņēmējām – sabiedrībām *VZP* un *SZP* – nav piešķirtas nekādas priekšrocības.

4. FORMĀLĀS IZMEKLĒŠANAS PROCEDŪRAS SĀKŠANAS PAMATOJUMS

(51) Lēmumā par procedūras sākšanu Komisija pauda šaubas par to, vai attiecīgā darbība ir saimnieciska darbība, un norādīja, ka, ņemot vērā konkrētos lietas apstākļus, *SZP*/*VZP* un citas sabiedrības, kas sniedz obligātās veselības apdrošināšanas pakalpojumus Slovākijas Republikā, no 2005. gada 1. janvāra var kļūt par saimnieciskās darbības subjektu. Komisija uzskatīja, ka saimniecisko un ar saimniecisko darbību nesaistīto iezīmju kopums Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas sistēmā norāda uz to, ka sistēmā ir jāveic tās dažādo elementu un to attiecīgās nozīmes padziļināta analīze, lai noteiktu, vai obligātās veselības apdrošināšanas darbība, ņemot vērā tās organizēšanas un īstenošanas veidu Slovākijā, ir uzskatāma par saimniecisku darbību (no 2005. gada 1. janvāra).

(52) Komisija arī norādīja, ka gadījumā, ja darbība būtu jāuzskata par saimniecisko darbību, Komisijas rīcībā nav pietiekami daudz informācijas, lai noteiktu, vai novērtējamie pasākumi piešķir *SZP*/*VZP* selektīvu priekšrocību.

(53) Komisija secināja, ka, tā kā nav precīzu argumentu vai skaidru norāžu par to, vai pasākumi ir saderīgi ar iekšējo tirgu, šajā procedūras posmā nevar izslēgt valsts atbalsta esību, un Komisija pauda arī šaubas par to, vai gadījumā, ja tā secinātu, ka šie pasākumi ir valsts atbalsts, minētos pasākumus varētu uzskatīt par saderīgiem ar iekšējo tirgu atbilstoši Līguma 106. panta 2. punktam vai 107. panta 3. punkta c) apakšpunktam.

([30]) Likuma Nr. 580/2004 3. daļa.
([31]) Sīkāku informāciju par RIS sk. lēmuma par procedūras sākšanu 60.–67. apsvērumā.

(54) Šajā kontekstā Komisija norādīja, ka galīgo secinājumu par to, vai obligātā veselības apdrošināšana Slovākijas Republikā ir saimnieciskā darbība, vai valsts pasākumi atbilst visiem pārējiem nosacījumiem, lai tos varētu uzskatīt par valsts atbalstu, un, ja šie pasākumi ir valsts atbalsts, vai tie ir saderīgi ar iekšējo tirgu, var izdarīt tikai galīgajā lēmumā, kas jāpieņem pēc formālās izmeklēšanas procedūras pabeigšanas, kad ir apkopota visa pieejamā informācija (tostarp dalībvalstu un trešo personu papildu piezīmes) un sagatavots padziļināts visas informācijas novērtējums.

5. **IEINTERESĒTO PERSONU PIEZĪMES**

(55) Komisija saņēma piezīmes no turpmāk norādītajām ieinteresētajām personām.

5.1. DÔVERA

(56) Atbildot uz lēmumu par procedūras sākšanu, sūdzības iesniedzējs – sabiedrība *Dôvera* sniedza papildu informāciju par veselības apdrošināšanas sistēmu un papildu argumentus, lai pamatotu savu viedokli par to, ka *SZP*/*VZP* ir uzņēmumi, uz kuriem attiecas konkurences tiesības un kuri ir guvuši labumu no nesaderīga valsts atbalsta.

(57) Sabiedrība *Dôvera*, atsaucoties uz iepriekš iesniegtajiem dokumentiem par darbības saimniecisko raksturu un uz Tiesas jaunāko judikatūru, norāda, ka *SZP*/*VZP* konkurē ar privātām veselības apdrošināšanas sabiedrībām, kas peļņas gūšanas nolūkā sniedz tādu pašu pakalpojumu ([32]). Šajā saistībā *Dôvera* apgalvo, ka vairāki Slovākijas Republikas minētie apstākļi, kas uzskaitīti lēmumā par procedūras sākšanu un kas norāda, ka *VZP*/*SZP* darbība nav saimnieciska rakstura darbība, neiztur rūpīgu pārbaudi. Saskaņā ar *Dôvera* sniegto informāciju 2004.–2005. gada reforma bija paredzēta, lai izveidotu konkurētspējīgu tirgu, ko atzītu un apstiprinātu gan Slovākijas tiesu sistēma (t. i., Slovākijas Konstitucionālā tiesa), gan pašas Slovākijas iestādes. Šajā saistībā sabiedrība *Dôvera* norāda arī uz to, ka apdrošinātāji konkurē arī attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju piesaistīšanu, slēdzot selektīvus līgumus un apspriežot cenu un pakalpojumu kvalitāti, un piemin mārketinga kampaņas, ko veic veselības apdrošināšanas sabiedrības, lai noturētu un piesaistītu klientus. *Dôvera* arī noliedz, ka sistēmai ir tikai sociāls raksturs, atsaucoties uz veselības apdrošinātāju iespēju gūt un sadalīt peļņu un uz privāto investoru vēlmi ieguldīt uzņēmumos, kas darbojas Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas sektorā.

(58) Turklāt, atsaucoties uz iepriekšējiem dokumentiem, kas iesniegti Komisijā pirms lēmuma par procedūras sākšanu pieņemšanas, *Dôvera* uzskata, ka visi minētajā lēmumā noteiktie pasākumi būtu jākvalificē kā nelikumīgs atbalsts, jo visi pārējie Līguma 107. panta 1. punkta nosacījumi ir izpildīti. Pēc tās domām – nevar uzskatīt, ka Slovākijas Republika ir rīkojusies atbilstīgi tirgus ekonomikas ieguldītāja principam, kad tā 2006. gadā palielināja *SZP* kapitālu un 2010. gadā – *VZP* kapitālu. *Dôvera* arī apgalvo, ka Slovākijas Republika rada diskrimināciju starp *SZP*/*VZP* un privātiem apdrošināšanas uzņēmumiem, 2003.–2005. gada parāda dzēšanas procesā labvēlīgāk attiecoties pret *SZP*, kā arī 2009. un 2012. gadā ieviešot RIS divus jaunus parametrus. Sabiedrības *Dôvera* piezīmēs attiecībā uz portfeļu nodošanu īpaša uzmanība ir pievērsta *EZP* apdrošināšanas portfeļa nodošanai, jo tās rīcībā nav informācijas par iepriekšējā portfeļa nodošanu *VZP*. Šajā saistībā tā norāda, ka Slovākijas iestādes, iespējams, ir kļūdaini informējušas Komisiju par tiesisko regulējumu, kas piemērojams attiecībā uz minētā portfeļa nodošanu.

(59) Nobeigumā *Dôvera* apgalvo, ka Slovākijas iestādēm nav izdevies pierādīt, ka obligātā veselības apdrošināšana ir vispārējas tautsaimnieciskas nozīmes pakalpojums, un tādējādi apšauba pašu analīzes pamatojumu atbilstīgi *Altmark* judikatūrai ([33]) un Komisijas vispārējas tautsaimnieciskas nozīmes pakalpojumu (VTNP) paketei.

5.2. VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS SABIEDRĪBA *UNION*

(60) Veselības apdrošināšanas sabiedrības *Union* (kas ir vēl viens privātais *SZP*/*VZP* konkurents) iesniegtie apsvērumi saistībā ar lēmumu par procedūras sākšanu lielā mērā saskan ar *Dôvera* iesniegtajām piezīmēm, norādot, ka *SZP* un *VZP* ir uzņēmumi Līguma 107. panta 1. punkta izpratnē. Veselības apdrošināšanas sabiedrība *Union* uzskata, ka pieci no sešiem šā lēmuma 3. punktā aprakstītajiem pasākumiem ir kvalificējami kā valsts atbalsts un nav

([32]) 2013. gada 12. septembra spriedums lietā T-347/09 Vācija/Komisija (Krājumā vēl nav publicēts).
([33]) 2003. gada 24. jūlija spriedums lietā C-280/00 *Altmark* (*Recueil* 2003, I-7747. lpp.).

saderīgi ar iekšējo tirgu. Attiecībā uz sesto pasākumu – RIS – veselības apdrošināšanas sabiedrība *Union* apgalvo, ka tas, iespējams, varētu atbilst *Altmark* judikatūras nosacījumiem attiecībā uz kompensāciju par sabiedrisko pakalpojumu sniegšanu vai varētu būt saderīgs ar iekšējo tirgu atbilstīgi Līguma 106. panta 2. punktam, paredzot papildu pārbaudes par tā iespējamu diskriminējošu pieeju par labu RIS neto saņēmējam, t. i., *SZP/VZP*.

5.3. *HPI, INEKO* UN *ZZP*

(61) Triju citu trešo personu (t. i., *HPI, INEKO* un *ZZP*) apsvērumi attiecībā uz lēmumu par procedūras sākšanu galvenokārt atbalsta sūdzības iesniedzējas – sabiedrības *Dôvera* – un veselības apdrošināšanas sabiedrības *Union* nostāju, ka darbībai ir saimniecisks raksturs un ka minētie pasākumi ietver valsts atbalstu, piešķirot *SZP/VZP* selektīvu priekšrocību, kā arī norāda uz šo personu pārliecību, ka veselības apdrošinātāji darbojas konkurences apstākļos (izmantojot dažādus veidus, kā piesaistīt klientus), un to, ka valsts ir radījusi labvēlīgākus apstākļus valsts veselības apdrošināšanas sabiedrībām.

6. SLOVĀKIJAS REPUBLIKAS PIEZĪMES ATTIECĪBĀ UZ LĒMUMU PAR PROCEDŪRAS SĀKŠANU UN IESNIEGTĀ PAPILDU INFORMĀCIJA

(62) Slovākijas Republikas iestādes iesniedza savus apsvērumus saistībā ar lēmumu par procedūras sākšanu, kā arī piezīmes par trešo personu apsvērumiem.

(63) Minētajos dokumentos Slovākijas iestādes sniedza skaidrojumus un papildu argumentus, lai pamatotu savu nostāju, ka uz obligātās veselības apdrošināšanas sistēmu neattiecas konkurences noteikumi, jo tā nav saistīta ar saimniecisko darbību. Tās apgalvo, ka saskaņā ar Tiesas iedibināto judikatūru ([34]) Slovākijas obligāto veselības apdrošināšanu nevar kvalificēt kā saimniecisko darbību īpaši šādu iemeslu dēļ:

a) sistēmai ir sociāls mērķis;

b) sistēma pamatojas uz solidaritāti, īpaši ņemot vērā turpmāk minēto:

i) Slovākijas iedzīvotāju pievienošanās sistēmai ir obligāta;

ii) visām apdrošinātajām personām tiek garantēts vienāds pabalstu minimālais līmenis;

iii) iemaksas nav saistītas ar pabalstiem individuālā līmenī, jo tās ir noteiktas ar likumu (nav konkurences attiecībā uz cenām);

iv) apdrošinātāju starpā pastāv solidaritāte risku sadalījuma jomā, proti, RIS un kopīgi tarifi;

c) ir sīki izstrādāts tiesiskais regulējums, ko kontrolē valsts, proti, veselības apdrošināšanas sabiedrību statuss, tiesības un pienākumi ir noteikti ar likumu.

(64) Slovākijas Republikas iestādes atspēko pieņēmumu, ka 2005. gadā pieņemto tiesību aktu grozījumu dēļ Slovākijas veselības sistēma mainījās un kļuva par komerciālu sistēmu, un apgalvo, ka sistēma nekad nav zaudējusi savu sabiedrisko un ar saimniecisko darbību nesaistīto raksturu. Iestādes pievērš uzmanību arī tam, ka Slovākijas veselības apdrošināšanas sistēma ietilpst sociālā nodrošinājuma sistēmā, un norāda uz Līguma 168. panta 7. punktā paredzēto dalībvalstu kompetenci attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanu un sniegšanu.

(65) Turklāt Slovākijas iestādes norāda, ka veselības apdrošināšanas reforma neaizstāja valsts veselības apdrošināšanu ar privāto veselības apdrošināšanu un neuzsāka visu risku segšanu attiecībā uz likumos paredzēto sociālo nodrošinājumu privātajiem apdrošinātājiem. Saskaņā ar Slovākijas iestāžu teikto veselības aprūpes nozares reformas galvenais mērķis bija paredzēt precīzus noteikumus darījumiem ar finanšu līdzekļiem, kas piešķirti veselības aprūpei, un šķita, ka piemērotākais veids, kā paredzēt šos noteikumus, bija visu esošo veselības apdrošināšanas fondu reorganizācija (līdz 2005. gada 30. septembrim) par akciju sabiedrībām ar skaidri definētiem uzskaites noteikumiem. Slovākijas iestādes uzskata, ka visi veselības apdrošinātāji Slovākijā ir iesaistīti to publisko līdzekļu pārvaldībā, kuri tiem uzticēti ar valsts veselības apdrošināšanas sistēmas starpniecību.

([34]) Īpaši spriedums apvienotajās lietās C-159/91 un C-160/91 *Poucet* un *Pistre*, spriedums lietā C-218/00 *Cisal/INAIL*, spriedums apvienotajās lietās C-264/01, C-306/01, C-354/01 un C-355/01 *AOK Bundesverband*.

(66) Kā norāda Slovākijas iestādes, tas, ka Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas sistēmā tiek pieļauta ierobežota konkurence attiecībā uz kvalitāti, būtu uzskatāms par apstākli, kas rosina veselības apdrošināšanas sabiedrības darboties ekonomiski, saskaņā ar labas pārvaldības principiem un sistēmas pareizas darbības interesēs, nevis par apstākli, kas kopumā varētu ietekmēt veselības apdrošināšanas sistēmas ar saimniecisko darbību nesaistīto raksturu.

(67) Slovākijas iestādes arī paskaidro, ka līdzekļi, kas uzkrāti un pārdalīti Slovākijas valsts veselības apdrošināšanas sistēmas struktūrā ar veselības apdrošināšanas sabiedrību starpniecību, ir to valsts veselības apdrošināšanas iemaksu summa, kuru maksāšana saskaņā ar likumu ir obligāta, un tādējādi ietilpst Slovākijas publiskajās finansēs. Tāpēc visām veselības apdrošināšanas sabiedrībām ir uzdots pārvaldīt publiskos līdzekļus, kas savākti no sabiedrības saskaņā ar attiecīgiem tiesību aktiem, lai tos izmantotu veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu segšanai.

(68) Lai pamatotu savu apgalvojumu, Slovākijas iestādes atgādina arī to, ka pat pēc tam, kad 2011. gadā tika atcelts aizliegums attiecībā uz peļņas sadali, grozījumu Likums Nr. 250/2011 ļāva veselības apdrošināšanas sabiedrībām gūt peļņu tikai saskaņā ar precīzi definētiem nosacījumiem, t. i.„:

a) ieviest nodokli attiecībā uz veselības apdrošināšanas sabiedrību peļņu;

b) peļņu obligāti izmantot rezerves fonda izveidei – līdz pat 20 % apmērā no apdrošināšanas sabiedrības reģistrētā un samaksātā kapitāla (rezerves fondu drīkst izmantot tikai minētās apdrošināšanas sabiedrības zaudējumu segšanai);

c) obligāti izveidot tehniskās rezerves, lai varētu segt gaidīšanas sarakstos iekļauto apdrošināto personu plānveida veselības aprūpi (tāpēc veselības apdrošināšanas sabiedrības nevar gūt peļņu uz savu klientu rēķina, iekļaujot tos gaidīšanas sarakstos, nevis nekavējoties sedzot viņu veselības aprūpes izmaksas; tas ir svarīgi, lai valsts veselības apdrošināšanā tiktu ievēroti vispārpieņemti uzskaites standarti).

(69) Šajā saistībā Slovākijas iestādes paskaidro, ka tad, kad sabiedrība *VZP* ziņoja par pārpalikumu, tā izveidoja veselības aprūpes fondu, lai segtu ar veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu saistītās izmaksas un finansētu īpaši dārgu veselības aprūpi, ko sedz valsts veselības apdrošināšana. Turklāt tajos gados, kad tika ziņots par pārpalikumu, daļa no *VZP* peļņas tika ieskaitīta arī obligātās rezerves fondā, ko vēlāk izmantoja, lai samazinātu uzkrātos zaudējumus. Tāpēc, kā norāda Slovākijas iestādes, valsts veselības apdrošināšanas sabiedrību gūtā peļņa nekad nav izmaksāta akcionāriem.

(70) Šajā saistībā Slovākijas Republikas iestādes norāda arī uz papildu ierobežojumu, kas skar veselības apdrošināšanas sabiedrības, proti, saskaņā ar Likumu Nr. 523/2004 par valsts pārvaldes budžeta noteikumiem tās var aizņemties līdzekļus tikai tad, ja no VUI ir saņemts iepriekšējs apstiprinājums.

(71) Lai pamatotu savu apgalvojumu, ka uz obligātās veselības apdrošināšanas darbību neattiecas konkurences noteikumi, iestādes pievērš uzmanību arī Slovākijas Pretmonopola biroja 2009. gadā veiktajai izmeklēšanai, kurā atklājās, ka veselības apdrošināšanas sabiedrību darbības tiek veiktas sistēmā, kuru raksturo augsta solidaritātes pakāpe, kurā veselības aprūpe tiek sniegta bez maksas un kurā šādu darbību būtiskākos elementus regulē valsts, un ka tāpēc veselības apdrošināšanas sabiedrību sniegtos valsts veselības apdrošināšanas pakalpojumus nevar uzskatīt par uzņēmumu saimniecisko darbību, kas ierobežo konkurenci. Tādēļ, kā norāda Pretmonopola birojs, Slovākijas Konkurences likumu nepiemēro veselības apdrošināšanas sabiedrību sniegtajiem valsts veselības apdrošināšanas pakalpojumiem ([35]).

(72) Slovākijas iestādes arī paskaidro, ka 2011. gadā Konstitucionālā tiesa atzina aizliegumu attiecībā uz peļņas sadali (no 2007. gada) par antikonstitucionālu, jo ar to tiek pārkāptas Slovākijas konstitucionālās īpašumtiesības, taču tā nepiekrita viedoklim, ka Veselības apdrošināšanas sabiedrību likums ierobežo tirgus ekonomikas principus. Iestādes norāda arī uz to, ka Konstitucionālā tiesa šajā sakarā piebilda, ka tiesību akti par veselības apdrošināšanu, kuros tiek izslēgta vai būtiski ierobežota tirgus ekonomikas instrumentu ietekme un tādējādi ierobežota konkurence, ir konstitucionāli pieņemami.

([35]) Pretmonopola biroja veiktā izmeklēšana saistībā ar ierosināto *SZP* un *VZP* apvienošanos, pabeigta 2009. gada 3. decembrī; sk. arī Pretmonopola biroja 2009. gada ziņojumu, kas pieejams tīmekļa vietnē http://www.antimon.gov.sk/data/att/958.pdf.

(73) Papildus apgalvojumam, ka Slovākijā obligātās veselības apdrošināšanas darbība neietilpst konkurences noteikumu piemērošanas jomā, Slovākijas iestādes arī norāda, ka minētie pasākumi neatbilst pārējiem valsts atbalsta nosacījumiem, kas formulēti Līguma 107. panta 1. punktā. Šajā saistībā iestādes apgalvo, ka 2006. un 2009. gada kapitāla ieguldījumi nebija atbalsts, jo tās ievēroja tirgus ekonomikas ieguldītāja principu. Tās turpina noliegt, ka *Veriteľ* īstenotais parāda dzēšanas process bija saistīts ar nepamatotu diskriminējošu attieksmi, un uzsver, ka 2006. gadā *VZP* netika piešķirta subsīdija, šī darbība drīzāk uzskatāma par neapstrīdama valsts parāda parastu nomaksu. Slovākijas iestādes sniedz papildu informāciju par *DZP* portfeļa nodošanu sabiedrībai *VZP* un par *EZP* portfeļa nodošanu sabiedrībai *SZP* un apgalvo, ka arī minēto portfeļu nodošana nepiešķir *SZP*/*VZP* selektīvu priekšrocību atbilstīgi Līguma 107. panta 1. punktam. Visbeidzot, tās sniedz arī papildu informāciju par RIS, jo īpaši precizējot, kā iemaksas tika pārdalītas (mēnesī un gadā) laikposmā no 2006. gada līdz 2012. gadam, un apgalvo, ka šis pasākums arī nav uzskatāms par valsts atbalstu, jo tas izlīdzina sistēmā iekļautos riskus sakarā ar to, ka pastāv vienotas iemaksu likmes visām apdrošināto personu grupām, kas pakļautas dažādas pakāpes riskam.

(74) Slovākijas iestādes savās piezīmēs saistībā ar lēmumu par procedūras sākšanu aizstāv savu nostāju, ka *SZP*/*VZP* nav uzņēmumi, jo tie neveic saimniecisko darbību, un ka minētie pasākumi atbilst tirgus ekonomikas ieguldītāja principam, nepiešķir *SZP*/*VZP* priekšrocības un tādējādi nav uzskatāmi par atbalstu. Tāpēc iestādes neuzskata, ka būtu jāsniedz jebkādi argumenti par piedēvēto atbalsta pasākumu saderību.

7. **PASĀKUMU NOVĒRTĒJUMS**

(75) LESD 107. panta 1. punktā ir noteikts, ka "(..) ar iekšējo tirgu nav saderīgs nekāds atbalsts, ko piešķir dalībvalstis vai ko jebkādā citā veidā piešķir no valsts līdzekļiem un kas rada vai draud radīt konkurences izkropļojumus, dodot priekšroku konkrētiem uzņēmumiem vai konkrētu preču ražošanai, ciktāl tāds atbalsts iespaido tirdzniecību starp dalībvalstīm".

(76) Pamatojoties uz šo noteikumu, valsts atbalsta noteikumus piemēro tikai tad, ja pasākuma labuma guvējs ir "uzņēmums". Eiropas Savienības Tiesas (EST) judikatūrā par uzņēmumu atbilstīgi Līguma 107. panta 1. punktam tiek uzskatīta jebkura saimnieciskajā darbībā iesaistīta struktūra neatkarīgi no tās juridiskā statusa un finansēšanas veida ([36]). Tādējādi tas, vai atsevišķa struktūra ir uzskatāma par uzņēmumu, ir pilnībā atkarīgs no tā, vai tās darbībām ir saimniecisks raksturs.

(77) Kā paskaidrots lēmumā par procedūras sākšanu, tas, vai pasākumi, kas piešķirti par labu *SZP*/*VZP*, ir valsts atbalsts, pirmām kārtām ir atkarīgs no tā, vai un cik lielā mērā *SZP*/*VZP*, kad tie darbojas Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas ietvaros, darbojas kā uzņēmumi, jo varētu uzskatīt, ka tie ir iesaistīti saimnieciskā darbībā, kā noteikts judikatūrā.

(78) Saskaņā ar EST saimnieciskā darbība ir jebkura darbība, kas saistīta ar preču un/vai pakalpojumu piedāvāšanu attiecīgajā tirgū ([37]). Šajā kontekstā tas, vai attiecībā uz konkrētiem pakalpojumiem pastāv tirgus, var būt atkarīgs no konkrētā veida, kādā šie pakalpojumi tiek organizēti un veikti attiecīgajā dalībvalstī ([38]). Valsts atbalsta noteikumus piemēro tikai tad, ja konkrēta darbība tiek īstenota tirgus apstākļos. Tādējādi vienu un to pašu pakalpojumu saimnieciskais raksturs dažādās dalībvalstīs var būt atšķirīgs. Turklāt saistībā ar politisko izvēli vai norisēm ekonomikā attiecīgā pakalpojuma klasifikācija laika gaitā var mainīties. Darbība, kas šobrīd nav tirgus darbība, nākotnē par tādu var kļūt, un otrādi ([39]).

(79) Attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu tas, vai veselības aprūpes sistēmas ir klasificējamas kā tādas, kas ietver saimniecisko darbību, ir atkarīgs no to politiskajām un ekonomiskajām īpatnībām un konkrētā veida, kādā šīs sistēmas ir izveidotas un strukturētas attiecīgajā dalībvalstī. Pēc būtības EST judikatūrā tiek nošķirtas sistēmas, kas pamatojas uz solidaritātes principu, un saimnieciska rakstura sistēmas ([40]).

([36]) Sk., piemēram, 2000. gada 12. septembra spriedumu apvienotajās lietās no C-180/98 līdz C-184/98 *Pavlov* u. c. (*Recueil* 2000, I-6451. lpp., 74. punkts).

([37]) 1987. gada 16. jūnija spriedums lietā 118/85 Komisija/Itālija (*Recueil* 1987, 2599. lpp., 7. punkts), 1998. gada 18. jūnija spriedums lietā C-35/96 Komisija/Itālija (*Recueil* 1998, I-3851. lpp., 36. punkts), 2000. gada 12. septembra spriedums apvienotajās lietās no C-180/98 līdz C-184/98 *Pavlov* u. c. (75. punkts).

([38]) 1993. gada 17. februāra spriedums apvienotajās lietās C-159/91 un C-160/91 *Poucet* un *Pistre* (*Recueil* 1993, I-637. lpp.).

([39]) Sk. arī Komisijas paziņojumu par Eiropas Savienības atbalsta noteikumu piemērošanu kompensācijai, kas piešķirta par vispārējas tautsaimnieciskas nozīmes pakalpojumu sniegšanu ("2012. gada VTNP paziņojums") (OV C 8, 11.1.2012., 5. lpp.), 12. punkts.

([40]) Komisija ir apkopojusi atbilstošo EST judikatūru par šo noteikumu piemērošanu attiecībā uz sociālā nodrošinājuma un veselības aprūpes sistēmu finansēšanu Komisijas 2012. gada paziņojumā par Eiropas Savienības atbalsta noteikumu piemērošanu kompensācijai, kas piešķirta par vispārējas tautsaimnieciskas nozīmes pakalpojumu sniegšanu ("2012. gada VTNP paziņojums").

(80) EST judikatūrā tiek izmantoti vairāki kritēriji, lai noteiktu, vai sociālā nodrošinājuma sistēma pamatojas uz solidaritāti un tādējādi neietver saimniecisku darbību. Šajā saistībā būtiski var būt vairāki faktori: i) vai dalība sistēmā ir obligāta ([41]); ii) vai sistēma kalpo vienīgi sociālam mērķim ([42]); iii) vai sistēma ir bezpeļņas ([43]); iv) vai apdrošināšanas pakalpojumi ir neatkarīgi no veiktajām iemaksām ([44]); v) vai sniegtajiem apdrošināšanas pakalpojumiem nav obligāti jābūt samērīgiem ar apdrošinātās personas ieņēmumiem ([45]); vi) vai attiecīgo sistēmu kontrolē valsts ([46]).

(81) Atšķirībā no sistēmām, kas balstītas uz solidaritāti, saimnieciska rakstura sistēmām parasti ir raksturīgas šādas iezīmes: i) brīvprātīga dalība ([47]); ii) kapitāla uzkrāšanas princips, t. i., tiesības saņemt pakalpojumu ir atkarīgas no veiktajām iemaksām un attiecīgās sistēmas finanšu rezultātiem ([48]); iii) orientēšanās uz peļņas gūšanu ([49]); iv) papildu pakalpojumi, kas tiek sniegti papildus pamatsistēmā iekļautajiem pakalpojumiem ([50]).

(82) Dažās sistēmās ir apvienotas abu kategoriju sistēmu iezīmes (gan uz solidaritāti balstītu sistēmu, gan saimnieciska rakstura sistēmu iezīmes) ([51]), tāpēc, lai varētu noteikt, vai konkrēta sistēma ir saimnieciska rakstura sistēma, Komisijai ir jāpārbauda visu to dažādo elementu klātbūtne, kas minēti divos iepriekšējos apsvērumos saistībā ar katru sistēmu, kā arī jāizvērtē to attiecīgā nozīme ([52]).

(83) Tāpēc galīgais konstatējums par to, vai obligātās veselības apdrošināšanas pakalpojumu sniegšana Slovākijas Republikā ir saimnieciska darbība, būs atkarīgs no tā īpašā veida rūpīgas analīzes, kādā šī darbība tiek organizēta un veikta minētajā dalībvalstī, un tāpēc attieksies tieši uz minētās dalībvalsts obligātās veselības apdrošināšanas sistēmu. Ņemot vērā šos vispārīgos apsvērumus, Komisija izvērtēs, vai apstrīdētie pasākumi, kas, kā tiek apgalvots, piešķirti SZP/VZP, ir uzskatāmi par valsts atbalstu, kā tas ir to pasākumu gadījumā, kas piešķirti "uzņēmumam" Līguma 107. panta 1. punkta izpratnē.

(84) Vairāki rādītāji liecina par to, ka Slovākijas veselības apdrošināšanas sistēma nav saimnieciska rakstura sistēma, jo īpaši saistībā ar tās sociālajām iezīmēm un mērķiem, kas pārsvarā vērojami minētās sistēmas darbībā, un ka sistēma galvenokārt pamatojas uz solidaritātes principu.

(85) Pirmkārt, lielākajai daļai Slovākijas Republikas iedzīvotāju saskaņā ar tiesību aktiem dalība valsts veselības apdrošināšanas programmā ir obligāta un medicīnas pakalpojumi, kurus sedz obligātā veselības apdrošināšana, tiek sniegti neatkarīgi no apdrošinātās personas veiktajām iemaksām. Apdrošinātā persona var brīvi izvēlēties jebkuru veselības apdrošināšanas sabiedrību un atbilstīgi brīvas pievienošanās pienākumam izraudzītā veselības apdrošināšanas sabiedrība nevar atteikties apdrošināt minēto personu, pamatojoties uz tās vecumu, veselības stāvokli vai slimību riskiem ([53]).

([41]) 1993. gada 17. februāra spriedums apvienotajās lietās C-159/91 un C-160/91 *Poucet* un *Pistre* (*Recueil* 1993, I-637. lpp., 13. punkts).
([42]) 2002. gada 22. janvāra spriedums lietā C-218/00 *Cisal/INAIL* (*Recueil* 2002, I-691. lpp., 45. punkts).
([43]) 2004. gada 16. marta spriedums apvienotajās lietās C-264/01, C-306/01, C-354/01 un C-355/01 *AOK Bundesverband* (*Recueil* 2004, I-2493. lpp., 47.–55. punkts).
([44]) Iepriekš minētais spriedums apvienotajās lietās C-159/91 un C-160/91 *Poucet* un *Pistre* (15.–18. punkts).
([45]) Iepriekš minētais spriedums lietā C-218/00 *Cisal/INAIL* (40. punkts).
([46]) Iepriekš minētais spriedums apvienotajās lietās C-159/91 un C-160/91 *Poucet* un *Pistre* (14. punkts), iepriekš minētais spriedums lietā C-218/00 *Cisal/INAIL* (43.–48. punkts), iepriekš minētais spriedums apvienotajās lietās C-264/01, C-306/01, C-354/01 un C-355/01 *AOK Bundesverband* (51.–55. punkts).
([47]) 1999. gada 21. septembra spriedums lietā C-67/96 *Albany* (*Recueil* 1999, I-5751. lpp., 80.–87. punkts).
([48]) Iepriekš minētais spriedums lietā C-244/94 *FFSA* u. c. (9. punkts un 17.–20. punkts), iepriekš minētais spriedums lietā C-67/96 *Albany* (81.–85. punkts); sk. arī 1999. gada 21. septembra spriedumu apvienotajās lietās no C-115/97 līdz C-117/97 *Brentjens* (*Recueil* 1999, I-6025. lpp., 81.–85. punkts), 1999. gada 21. septembra spriedumu lietā C-219/97 *Drijvende Bokken* (*Recueil* 1999, I-6121. lpp., 71.–75. punkts) un iepriekš minēto spriedumu apvienotajās lietās no C-180/98 līdz C-184/98 *Pavlov* u. c.(114. un 115. punkts).
([49]) Iepriekš minētais spriedums apvienotajās lietās no C 115/97 līdz C 117/97 *Brentjens*.
([50]) Iepriekš minētais spriedums apvienotajās lietās no C-180/98 līdz C-184/98 *Pavlov* u. c.
([51]) Sk., piemēram, Tiesas veikto izvērtējumu 2009. gada 5. marta spriedumā lietā C-350/07 *Kattner Stahlbau* (Krājums 2009, I-1513. lpp., jo īpaši 33.–68. punkts).
([52]) Šajā sakarā arī jānorāda, ka nesen pasludinātais 2013. gada 12. septembra spriedums lietā T-347/09 Vācija/Komisija (Krājumā vēl nav publicēts), ko savās piezīmēs saistībā ar lēmumu par procedūras sākšanu minēja sūdzības iesniedzējs – sabiedrība *Dôvera*, tikai apstiprina faktu, ka arī bezpeļņas organizācijas var piedāvāt preces un pakalpojumus tirgū (sk. arī 2012. gada VTNP paziņojuma 9. punktu un atsauci uz judikatūru). Tomēr tas nemaina faktu, ka konkrētā gadījumā secinājumam par to, vai darbībai ir saimniecisks raksturs, ir jāpamatojas uz visu dažādo elementu klātbūtni un to attiecīgās nozīmes izvērtējumu.
([53]) Sk. 23., 24. un 25. apsvērumu.

(86) Otrkārt, Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas pamatā ir iemaksas, kas ir noteiktas ar likumu un ir proporcionālas apdrošinātās personas ienākumiem, nevis tiek noteiktas, pamatojoties uz risku, kas saistīts ar apdrošināto personu (piem., apdrošinātās personas vecumu, veselības stāvokli, slimību riskiem). Turklāt starp iemaksām, ko persona veikusi sistēmā, un to pabalstu vērtību, ko šī pati persona ir saņēmusi no sistēmas, nav tiešas saiknes. Tādēļ apdrošināšanas sabiedrības nespēj ietekmēt ne iemaksu summu, ne tā seguma minimālo līmeni, uz kuru apdrošinātajām personām ir tiesības, jo tas viss ir noteikts valsts tiesību aktos.

(87) Treškārt, visām apdrošinātajām personām ar likumu tiek garantēts vienāds pabalstu pamatlīmenis, kas patiesībā ir ļoti augsts, jo tas aptver gandrīz visas veselības aprūpes procedūras, kas tiek veiktas Slovākijas Republikā; tas nozīmē, ka ar obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas palīdzību tiek sniegta faktiski pilnīga veselības aprūpe. ([54]). Slovākijas Risku izlīdzināšanas sistēma (RIS) nodrošina, ka apdrošināšanas riski tiek sadalīti un tādējādi vēl vairāk tiek stiprināta solidaritāte. Turklāt Slovākijas sistēmā tiek izmantots kopīga tarifa princips, tas ir, apdrošinātāji nedrīkst diferencēt prēmijas pēc apdrošināšanas riska, savukārt risku izlīdzināšana daļēji nodrošina kompensāciju tiem apdrošinātājiem, kuru portfeļi demogrāfisko iezīmju dēļ ir riskantāki, proti, to apdrošinātāju nauda, kuru izmaksātie pabalsti nepārsniedz vidējos pabalstus, tiek pārdalīta tiem apdrošinātājiem, kuru apdrošinātajām personām izmaksātie pabalsti pārsniedz vidējos pabalstus ([55]).

(88) Visbeidzot, papildus visām iepriekš minētajām sociālajām un solidaritātes iezīmēm Komisija atgādina, ka Slovākijas obligātā veselības apdrošināšana tiek organizēta un veikta saskaņā ar stingru tiesisko regulējumu, t. i., visu veselības apdrošināšanas sabiedrību statuss, tiesības un pienākumi ir noteikti ar likumu, kurā paredzēti sīki izstrādāti nosacījumi, un apdrošināšanas sabiedrību darbība ir pakļauta stingrai valsts kontrolei ([56]).

(89) Pamatojoties uz šīm iezīmēm, Komisija secina, ka Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas sistēma nav saimnieciska rakstura sistēma, tāpēc *SZP/VZP* nevar uzskatīt par "uzņēmumu" Līguma 107. panta 1. punkta izpratnē ([57]).

(90) Komisija atzīst, ka uz Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas ietvaros veikto darbību saimniecisko raksturu varētu norādīt noteiktas minētās sistēmas iezīmes: i) vairāku apdrošināšanas sabiedrību (valsts un privātu) darbība Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas nozarē, ii) zināma konkurence starp šiem veselības apdrošinātājiem, kas ir iii) iesaistīti peļņas gūšanas darbībā, un iv) tas, ka Slovākijas Konstitucionālā tiesa darbību uzskatīja par atvērtu konkurencei. Tomēr Komisija uzskata, ka šo iezīmju esība neliek apšaubīt tās secinājumu, ka Slovākijā īstenotā obligātā veselības apdrošināšana nav saimnieciska darbība.

(91) Pirmkārt, Komisija norāda, ka tas apstāklis, ka obligātās veselības apdrošināšanas nozarē darbojas vairākas (valsts un privātas) sabiedrības, pats par sevi nepiešķir saimniecisku raksturu šo sabiedrību darbībām sistēmā, kur, kā paskaidrots 85., 86. un 87. apsvērumā, dominē sistēmas sociālās iezīmes un mērķi, solidaritātes princips ir galvenais minētās sistēmas darbības princips un tiek īstenota stingra valsts kontrole. Šāda interpretācija piešķirtu pārmērīgu nozīmi organizatoriskajiem pasākumiem, kurus dalībvalsts ir izvēlējusies, lai īstenotu daļu no savas sociālā nodrošinājuma sistēmas, neveltot pienācīgu uzmanību attiecīgās sistēmas būtībai ([58]).

(92) Otrkārt, no EST judikatūras izriet, ka arī konkurences iespējamība veselības apdrošināšanas sistēmā un faktiski notiekoša konkurence – pat tad, ja to paredzējis likumdevējs un apstiprinājusi tiesa, – ne vienmēr attiecīgajai darbībai piešķir saimniecisku raksturu. EST ir precizējusi, ka, lai secinātu, vai darbībām ir saimniecisks raksturs obligātās veselības apdrošināšanas sistēmā, kurā, līdzīgi kā Slovākijas sistēmā, tiek dota zināma rīcības brīvība attiecībā uz konkurenci, noteicošais ir šīs konkurences raksturs un līmenis, apstākļi, kādos tā notiek, kā arī citu

([54]) Sk. 26.–29. apsvērumu.
([55]) Sk. 23., 24. un 25. apsvērumu.
([56]) Sk. 32. apsvērumu.
([57]) Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas sistēma ir līdzīga Vācijas obligātās valsts veselības apdrošināšanas sistēmai, ko Eiropas Savienības Tiesa ir novērtējusi spriedumā apvienotajās lietās C-264/01, C-306/01, C-354/01 un C-355/01 *AOK Bundesverband*. EST uzskatīja, ka Vācijas sistēma nav saimnieciska rakstura sistēma, un īpaši uzsvēra, ka Vācijas slimokasēm ir likumā noteikts pienākums piedāvāt to dalībniekiem obligātus, valsts noteiktus pabalstus, kuri pārsvarā ir identiski un nav atkarīgi no apdrošināto personu veikto iemaksu apmēra, tādējādi slimokases nekonkurē savā starpā, sniedzot obligātus, likumā noteiktus pabalstus, un ir iesaistītas risku izlīdzināšanas sistēmā (sk. minētā sprieduma 52., 53. un 54. punktu).
([58]) Sk. arī iepriekš minēto spriedumu lietā C-350/07 *Kattner Stahlbau* (53. punkts) un jo īpaši ģenerāladvokāta *J. Mazák* secinājumus minētajā lietā (59. punkts).

svarīgu faktoru esība un nozīme ([59]). Šajā gadījumā patērētājiem visinteresantākais konkurences veids – cenu konkurence attiecībā uz iemaksu lielumu – tiek izslēgts, jo Slovākijas veselības apdrošinātāji nevar mainīt apdrošinātās personas iemaksu lielumu, kas ir noteikts ar likumu. Turklāt ar kvalitāti saistītās konkurences iespējas ir diezgan ierobežotas, jo Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas sistēmā ir paredzēts ļoti plašs to likumā noteikto pabalstu klāsts, kuri ir vienādi visām apdrošinātajām personām, tādējādi atstājot apdrošinātājiem maz iespēju konkurēt klientu piesaistīšanā, pamatojoties uz papildu (bezmaksas) pakalpojumu piedāvājumu. Tādēļ veselības apdrošinātāji nekonkurē savā starpā, jo tie nespēj ietekmēt šos likumā noteiktos pabalstus, nedz arī obligāto, likumā noteikto pabalstu sniegšanu veselības aprūpes jomā, kas ir viņu galvenā funkcija.

(93) Treškārt, Komisija uzskata, ka obligātās veselības apdrošināšanas ar saimniecisko darbību nesaistīto raksturu neietekmē tas, ka veselības apdrošināšanas sabiedrības iesaistās konkurencē attiecībā uz kvalitāti un iepirkumu efektivitāti, iegādājoties labas kvalitātes veselības aprūpes pakalpojumus un saistītos pakalpojumus no to sniedzējiem par konkurētspējīgām cenām. Tādējādi apdrošināšanas sabiedrības, veicot obligātās veselības apdrošināšanas darbību, kas nodalāma no to darbības, slēdzot līgumus ar apdrošinātajām personām, iegūst līdzekļus, kas vajadzīgi to pienākumu izpildei minētajā sistēmā. No EST judikatūras izriet, ka gadījumā, ja obligātās veselības apdrošināšanas sistēma savu raksturīgo iezīmju dēļ nav saimnieciska rakstura sistēma, tad arī darbība, kas attiecas uz to līdzekļu ieguvi, kas nepieciešami, lai šī sistēma darbotos, nav saimnieciska rakstura darbība ([60]).

(94) Ceturtkārt, tas, ka Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas regulējumā veselības apdrošinātājiem ir ļauts gūt peļņu un zināmu peļņas daļu sadalīt saviem akcionāriem, nemaina to, ka viņu darbības nav saimnieciska rakstura darbības, jo tās tiek veiktas sistēmā, kurā spilgti vērojamas visas iepriekš minētās iezīmes, kas norāda, ka tā nav saimnieciska rakstura sistēma. Tas apstāklis vien, ka veselības apdrošinātājiem ir atļauts gūt peļņu un sadalīt zināmu peļņas daļu, pats par sevi nevar mainīt sistēmas sociālo iezīmju un mērķu pārsvaru, solidaritātes principa būtisko nozīmi sistēmā un to, ka sistēma darbojas saskaņā ar stingru valsts regulējumu un valsts uzraudzībā. Attiecībā uz minēto valsts regulējumu Komisija atgādina, ka iespēju gūt, izmantot un sadalīt peļņu ierobežo juridiskās saistības, ko Slovākijas apdrošināšanas sabiedrībām ir noteikusi valsts un kas ir paredzētas, lai nodrošinātu obligātās veselības apdrošināšanas un visu tās dominējošo sociālo un solidaritātes mērķu dzīvotspēju un nepārtrauktību ([61]). Tāpēc Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas nozarē tiesības gūt, izmantot un sadalīt peļņu ir ievērojami vairāk ierobežotas nekā parastās tirdzniecības nozarēs un ir saistītas ar sociālo un solidaritātes mērķu sasniegšanu.

(95) Tādējādi sakarā ar konkurences ierobežojumiem, kas tika ieviesti Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas sistēmā (t. i., tikai daļēja konkurence attiecībā uz kvalitāti, bet konkurence cenu jomā nepastāv vispār), kā arī ierobežojumiem attiecībā uz peļņas gūšanas un izmantošanas veidu Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas sistēmā konstatētie konkurences un peļņas gūšanas elementi neliek apšaubīt dominējošās sociālās, solidaritātes un regulējuma iezīmes, kas norāda uz to, ka darbības, kuras veselības apdrošināšanas sabiedrības veic minētās sistēmas ietvaros, nav saimnieciska rakstura darbības. Drīzāk būtu jāuzskata, ka Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas sistēmā konstatētie konkurences un peļņas gūšanas elementi palīdz sasniegt galveno mērķi, proti, tie rosina apdrošināšanas sabiedrības darboties saskaņā ar labas pārvaldības principiem, lai nodrošinātu pienācīgu minētās sociālā nodrošinājuma sistēmas darbību, tādējādi veicinot šīs sistēmas sociālo un solidaritātes mērķu sasniegšanu ([62]).

(96) Visbeidzot, Komisija uzskata, ka tas apstāklis, ka Slovākijas Konstitucionālā tiesa (izvērtējot, vai tika pārkāptas Slovākijas Konstitūcijā paredzētās tiesības veikt darījumdarbību) secināja, ka Slovākijas obligātās veselības apdrošināšanas sistēma ir "iekļaujama konkurences sfērā", nenozīmē, ka šī sistēma ietver saimnieciska rakstura darbības valsts atbalsta noteikumu izpratnē. Faktiski minētajā gadījumā Slovākijas Konstitucionālajai tiesai tika lūgts pārskatīt, vai 2007. gadā tiesību aktos paredzētais aizliegums attiecībā uz veselības apdrošināšanas sabiedrību

([59]) Šajā sakarā Komisija atgādina, ka apstāklis, ka Vācijas slimokases *AOK* lietā (apvienotās lietas C-264/01, C-306/01, C-354/01 un C-355/01 *AOK Bundesverband*) bija pat iesaistītas zināmā cenu konkurencē, kas ļāva noteiktā mērā mainīt filiāļu iemaksu likmes, nelika apšaubīt Tiesas secinājumu, ka šīs slimokases neveic saimniecisku darbību. Saskaņā ar EST spriedumu konkurences elementa ieviešana iemaksu jomā, lai mudinātu slimokases veikt savu darbību saskaņā ar labas pārvaldības principiem, proti, pēc iespējas efektīvāk un lētāk, bija vajadzīga, lai nodrošinātu Vācijas sociālā nodrošinājuma sistēmas pienācīgu darbību. Saskaņā ar EST spriedumu minētā mērķa sasniegšana nekādi nemaina slimokasu darbības raksturu (sk. minētā sprieduma 56. punktu).

([60]) Sk. 2003. gada 4. marta spriedumu lietā T-319/99 *FENIN* (*Recueil* 2003, II-357. lpp., jo īpaši 37. punkts).

([61]) Sk. 84.–88. apsvērumu.

([62]) Ņemot vērā arī reformas galveno (efektivitātes) mērķi, kas minēts 13. apsvērumā.

peļņas sadali ir saderīgs ar Slovākijas Konstitūciju (tika pārkāptas īpašumtiesības, tiesības uz īpašumtiesību aizsardzību un tiesības veikt darījumdarbību) un Līguma 18., 49., 54. un 63. pantu. Slovākijas Konstitucionālā tiesa nolēma, ka ar šo aizliegumu ir pārkāpta Slovākijas Konstitūcija un ka tādēļ nav iemesla apspriest ES iekšējā tirgus noteikumu būtiskos elementus vai lemt par to pārkāpšanu.

(97) Šādos apstākļos, ņemot vērā pašreizējās lietas īpatnības, kā arī attiecīgo rādītāju esamību un nozīmi, Slovākijā organizēto un veikto obligātās veselības apdrošināšanas darbību nevar uzskatīt par saimniecisku darbību.

(98) Ņemot vērā iepriekš minēto, Komisija secina, ka *SZP*/*VZP* kā apstrīdēto pasākumu saņēmējus nevar uzskatīt par uzņēmumiem Līguma 107. panta 1. punkta izpratnē un ka tāpēc šie pasākumi nav saistīti ar valsts atbalstu minētā noteikuma izpratnē.

(99) Tāpēc nav vajadzības pārbaudīt pārējos valsts atbalsta esības nosacījumus LESD 107. panta 1. punkta izpratnē, nedz arī novērtēt apstrīdēto pasākumu saderību.

8. **SECINĀJUMS**

(100) Saskaņā ar iepriekš minētajiem apsvērumiem, Komisija secina, ka apstrīdētie pasākumi nav valsts atbalsts Līguma 107. panta 1. punkta izpratnē,

IR PIEŅĒMUSI ŠO LĒMUMU.

1. pants

Turpmāk minētie pasākumi, kurus Slovākijas Republika ir piešķīrusi *Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s.* (*SZP*) un/vai *Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.* (*VZP*), nav valsts atbalsts Līguma 107. panta 1. punkta izpratnē:

a) *SZP* kapitāla palielināšana par SKK 450 miljoniem laikposmā no 2005. gada 28. novembra līdz 2006. gada 18. janvārim;

b) *Veritel' a. s.* veiktā *SZP* parādu dzēšana laikposmā no 2003. gada līdz 2006. gadam;

c) subsīdija, ko Veselības ministrija 2006. gadā piešķīra *SZP*;

d) *VZP* kapitāla palielināšana par EUR 65,1 miljonu 2010. gada 1. janvārī;

e) Risku izlīdzināšanas sistēma, kas izveidota ar Likuma Nr. 580/2004 3. daļu, un

f) likvidēto veselības apdrošināšanas sabiedrību portfeļu nodošana, proti, sabiedrības *Družstevná zdravotná poisťovňa* portfeļa nodošana *VZP* un sabiedrības *Európská zdravotná poisťovňa* portfeļa nodošana *SZP*.

2. pants

Šis lēmums ir adresēts Slovākijas Republikai.

Briselē, 2014. gada 15. oktobrī

Komisijas vārdā –

Komisijas priekšsēdētāja vietnieks

Joaquín ALMUNIA