BESLUIT (EU) 2015/248 VAN DE COMMISSIE

van 15 oktober 2014

betreffende steunmaatregel SA.23008 (2013/C) (ex 2013/NN) door de Slowaakse Republiek ten uitvoer gelegd ten gunste van Spoločná zdravotná poisťovňa a. s. (SZP) en Všeobecná zdravotná poisťovňa a. s. (VšZP)

(Kennisgeving geschied onder nummer C(2014) 7277)

(Slechts de tekst in de Slowaakse taal is authentiek)

(Voor de EER relevante tekst)

DE EUROPESE COMMISSIE,

Gezien het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, en met name artikel 108, lid 2, eerste alinea,

Gezien de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, en met name artikel 62, lid 1, onder a),

Na de belanghebbenden overeenkomstig de genoemde artikelen te hebben aangemaand hun opmerkingen te maken ([1]),

Overwegende hetgeen volgt:

1. DE PROCEDURE

(1) Op 2 april 2007 heeft de Commissie een klacht ontvangen van de particuliere zorgverzekeraar Dôvera zdravotná poisťovňa a. s. (hierna „Dôvera" of „klager" genoemd) over mogelijke staatssteun aan publieke zorgverzekeraar Spoločná zdravotná poisťovňa a. s. (hierna „SZP" genoemd) in de vorm van een op 26 januari 2006 doorgevoerde verhoging van haar maatschappelijke kapitaal met 450 miljoen SKK (ongeveer 15 miljoen EUR).

(2) Op 21 augustus 2009 heeft de Commissie een verzoek om inlichtingen aan de Slowaakse Republiek gezonden. Nadat de Slowaakse autoriteiten een verlenging van de antwoordtermijn hadden gekregen, hebben zij de verlangde informatie verschaft in hun verklaring van 24 september 2009.

(3) Bij brief van 26 februari 2010 heeft de Commissie de Slowaakse Republiek om verdere informatie verzocht met betrekking tot deze kapitaalinjectie en heeft zij om toelichting verzocht bij de Slowaakse risicovereveningsregeling, een andere maatregel die mogelijk als staatssteun kwalificeerde. Bij brief van 25 maart 2010 hebben de Slowaakse autoriteiten verzocht om een verlenging van de termijn om op dit verzoek te antwoorden, verzoek waarin de Commissie bij brief van 31 maart 2010 heeft bewilligd. Nadat de Commissie de Slowaakse Republiek op 16 juni 2010 een rappelbrief had gezonden met het verzoek de verlangde informatie te verschaffen, hebben de Slowaakse autoriteiten bij brief van 9 juli 2010 op dit verzoek geantwoord. Zoals de Commissie in haar brief van 4 november 2010 had gevraagd, heeft de Slowaakse Republiek op 3 december 2010 een niet-vertrouwelijke versie van dat antwoord gezonden.

(4) Op 1 januari 2010 is SZP gefuseerd met de andere Slowaakse publieke zorgverzekeraar, Všeobecná zdravotná poisťovňa a. s. (hierna „VšZP" genoemd). Van 1998 tot zeker 2005 is aan deze beide publiekrechtelijke vennootschappen de verzekeringsportfolio's van andere zorgverzekeraars overgedragen.

(5) Tijdens twee bijeenkomsten van de Commissie met Dôvera (op 10 oktober 2010 en 15 maart 2011) werd de inhoud van de klacht en het functioneren van de zorgverzekeringssector in Slowakije besproken. In haar verklaring van 15 juli 2011 heeft Dôvera bijkomende informatie verschaft over de aard van de zorgverzekeringssector in Slowakije en heeft zij de inhoud van haar klacht uitgebreid tot drie nieuwe maatregelen die aan SZP en VšZP zouden zijn toegekend: i) de kwijtschelding in 2004-2005 van SZP's schulden door het overheidsbedrijf Veritel' a. s. in twee tranches (52,7 miljoen EUR en 28 miljoen EUR); ii) een subsidie van 7,6 miljoen EUR die het ministerie van Volksgezondheid in 2006 aan SZP had verleend, en iii) een kapitaalverhoging door de Staat van 65,1 miljoen EUR die VšZP op 1 januari 2010 heeft gekregen. Daarom heeft de Commissie de Slowaakse autoriteiten verzocht opmerkingen te maken bij de klacht die door de nieuwe verklaringen was uitgebreid. Nadat de Slowaakse autoriteiten een verlenging van de antwoordtermijn hadden gekregen, hebben zij op 11 november 2011 hun opmerkingen gemaakt.

([1]) PB C 278 van 26.9.2013, blz. 28.

(6) Na een bijeenkomst met de diensten van de Commissie op 15 december 2011, heeft Dôvera bij brief van 16 januari 2012 verdere informatie verschaft over de aard van de Slowaakse zorgverzekeringssector.

(7) Bij brief van 2 juli 2013 heeft de Commissie de Slowaakse Republiek in kennis gesteld van haar besluit tot inleiding van de formele onderzoeksprocedure van artikel 108, lid 2, van het Verdrag (hierna „het besluit tot inleiding van de procedure" genoemd). Dit besluit tot inleiding van de procedure is bekendgemaakt in het *Publicatieblad van de Europese Unie* ([2]), met het verzoek aan belanghebbenden hun opmerkingen te maken.

(8) Bij brief van 24 juli 2013 hebben de Slowaakse autoriteiten verzocht om een verlenging van de termijn om op het besluit tot inleiding van de procedure te antwoorden, verzoek waarin de Commissie bij brief van 30 juli 2013 heeft bewilligd. Bij brief van 27 augustus 2013 heeft de Slowaakse Republiek zijn opmerkingen over het besluit tot inleiding van de procedure ingediend.

(9) De Commissie heeft bij het besluit tot inleiding van de procedure opmerkingen ontvangen van vijf belanghebbenden: van denktank Inštitút pre ekonomické a sociálne reformy (INEKO) bij brief van 15 oktober 2013; van zorgverzekeraar Union zdravotná poisťovňa a. s. bij brief van 25 oktober 2013; van het Health Policy Institute (hierna „HPI" genoemd) bij brief van 28 oktober 2013; van de vereniging van Slowaakse zorgverzekeraars Združenie zdravotných poisťovní SR (hierna „ZZP" genoemd) bij brief van 28 oktober 2013, en van Dôvera bij brief van 11 november 2013.

(10) Die opmerkingen zijn naar de Slowaakse autoriteiten doorgeleid bij brieven van 20 november 2013 en 20 december 2013. Op 20 december 2013 hebben de Slowaakse autoriteiten verzocht om de termijn voor het beantwoorden van die opmerkingen te verlengen tot en met 31 januari 2014, verzoek waarin de Commissie diezelfde dag nog heeft bewilligd. Bij brief van 29 januari 2014 heeft Slowakije geantwoord op de opmerkingen die derden bij het besluit tot inleiding van de procedure hadden gemaakt.

(11) Op 2 april 2014 vond een bijeenkomst plaats tussen de diensten van de Commissie en de Slowaakse autoriteiten.

(12) Op 11 april 2014 en 25 augustus 2014 heeft de Commissie verdere verzoeken om inlichtingen gezonden waarop Slowakije heeft geantwoord bij brieven van, onderscheidenlijk, 15 mei 2014 en 27 augustus 2014.

2. **ACHTERGROND**

2.1. DE ONTWIKKELING VAN DE VERPLICHTE ZORGVERZEKERING IN SLOWAKIJE

(13) In 1994 schakelde Slowakije over van een systeem met één door de overheid gerunde verzekeringsonderneming naar een pluralistisch model waarbinnen zowel publieke als particuliere entiteiten konden opereren. Met wetten nr. 581/2004 en nr. 580/2004 werd een ingrijpende hervorming doorgevoerd, die per 1 januari 2005 van kracht werd; met deze hervorming werden de regels veranderd voor de herverdeling van de geïnde zorgverzekeringspremies en werd de rechtsvorm van alle (publieke en private) verzekeringsondernemingen veranderd van sui generis rechtspersonen in naamloze vennootschappen (akciové spoločnosti) (d.w.z. winstgerichte privaatrechtelijke vennootschappen). Een onafhankelijke Slowaakse zorgautoriteit (Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou — hierna „ÚDZS" genoemd) werd opgericht om operationele vergunningen af te geven en om erop toe te zien dat de zorgverzekeraars zich aan de geldende regels houden. Deze hervormingen waren in wezen bedoeld om de beschikbare middelen doelmatiger te helpen inzetten en om de kwaliteit van het zorgaanbod te verbeteren ([3]).

(14) In Slowakije bieden alle (publieke en particuliere) zorgverzekeraars een verplichte zorgverzekering aan Slowaakse ingezetenen ([4]). De mogelijkheid die in wet nr. 580/2004 wordt geboden om ook een aanvullende individuele zorgverzekering aan te bieden als uitbreiding van het basispakket van de verplichte zorgverzekering, is marginaal

([2]) Zie voetnoot 1.

([3]) Zie ook Hlavačka S., Wágner R., Riesberg A., Health care systems in transition: Slovakia, Kopenhagen, gepubliceerd door het European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, (vol. 6, nr. 10 (2004)), blz. 36 e.v. (beschikbaar onder http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf), met name blz. 99.

([4]) Volgens artikel 3 van wet nr. 580/2004 moet een natuurlijke persoon met vaste woonplaats in de Slowaakse Republiek bij de verplichte zorgverzekering zijn aangesloten. In de wet wordt in uitzonderingen voorzien, maar die gelden alleen voor wie een zorgverzekering in een ander land heeft. In artikel 3 wordt ook bepaald welke personen zich moeten aansluiten bij de verplichte zorgverzekering, zelfs al hebben zij geen vaste woonplaats in de Slowaakse Republiek. In dit besluit worden met de term „Slowaakse ingezetenen", in voorkomend geval, alle categorieën bedoeld die verplicht bij het verplichte zorgverzekeringsstelsel moeten zijn aangesloten.

gebleven, gelet op de uitgebreide zorgverstrekkingen die onder het verplichte stelsel vallen ([5]). Voorts werd in 2005 bij wet voor alle zorgverzekeraars de mogelijkheid geïntroduceerd om een vrijwillige zorgverzekering aan te bieden voor al wie van de verplichte zorgverzekering is uitgesloten ([6]).

(15) In 2007 werd wet nr. 581/2004 gewijzigd door wet nr. 530/2007 en werd het verzekeringsondernemingen die in het verplichte zorgverzekeringsstelsel actief zijn, verboden om vanaf 1 januari 2008 winst uit te keren in de vorm van dividend — en werd zodoende een verplichting opgelegd om de opgebouwde overschotten opnieuw te investeren in het Slowaakse zorgstelsel. Daardoor mochten zorgverzekeraars vanaf januari 2008 helemaal geen winst meer uitkeren. Op 26 januari 2011 verklaarde het Slowaakse Grondwettelijke Hof het verbod op winstuitkering onverenigbaar met diverse bepalingen van de Slowaakse Grondwet. Als gevolg van dit arrest hebben de Slowaakse autoriteiten in juli 2011 wet nr. 530/2007 gewijzigd bij wet nr. 250/2011 waardoor het zorgverzekeraars opnieuw is toegestaan om, onder bepaalde voorwaarden, (aan hun aandeelhouders) de winst uit te keren die zij met hun activiteiten in de verplichte zorgverzekering hadden behaald ([7]). Als gevolg van deze wetswijzigingen heeft de Commissie in december 2011 een inbreukprocedure ten aanzien van de beperking op winstuitkeringen afgesloten ([8]).

(16) Op 31 oktober 2012 keurde de Slowaakse overheid een conceptplan goed voor de oprichting van een „unitaire" verplichte zorgverzekering zonder winstoogmerk in de Slowaakse Republiek, die zou worden ingevoerd door vrijwillige uitkoop (tot en met 1 januari 2014) van de particuliere zorgverzekeraars of door hen te onteigenen (tot en met 1 juli 2014) en door de oprichting van één (staats)zorgverzekeraar ([9]). Op het ogenblik dat dit besluit wordt vastgesteld, is echter nog geen van deze stappen uit het conceptplan ten uitvoer gelegd ([10]).

2.2. ZORGVERZEKERAARS IN SLOWAKIJE

(17) In de Slowaakse wetgeving wordt een zorgverzekeraar gedefinieerd als een naamloze vennootschap met statutaire zetel in de Slowaakse Republiek, die is opgericht om verplichte zorgverzekering aan te bieden en die daartoe een vergunning heeft gekregen van de zorgautoriteit ÚDZS.

(18) Slowaakse ingezetenen kunnen aansluiten bij een van deze drie zorgverzekeraars om een basiszorgverzekeringspakket te krijgen:

a) de Slowaakse publieke naamloze vennootschap VšZP, die op 1 juli 2005 werd opgericht. Deze ontstond uit de omvorming van het overheidsbedrijf VšZP, dat op 1 november 1994 bij wet nr. 273/1994 was opgericht als opvolger van de nationale verzekeringsonderneming (Národná poisťovňa) van de overheidsdienst voor zorgverzekering (Správa Fondu zdravotného poistenia). Op 1 januari 2010 fuseerde VšZP overeenkomstig wet nr. 533/2009 met het overheidsbedrijf SZP (hierna wordt, in voorkomend geval, de fusieonderneming „SZP/VšZP" genoemd). De Slowaakse Republiek is de enige aandeelhouder van VšZP;

b) de particuliere naamloze vennootschap Dôvera (met als hoofdaandeelhouder de Centraal-Europese financiële groep PENTA). Dôvera werd opgericht op 1 oktober 2005 en fuseerde op 31 december 2009 met een andere particuliere Slowaakse zorgverzekeraar, Apollo. In 2010 was de fusieonderneming de grootste particuliere zorgverzekeraar in Slowakije;

c) de particuliere naamloze vennootschap Union, die op 9 maart 2006 werd opgericht en onderdeel is van de Nederlandse Achmea-groep, het vroegere Eureko.

([5]) Zie ook Szalay T., Pažitný P., Szalayová A., Frisová S., Morvay K., Petrovič M. en van Ginneken E., „Slovakia: Health system review", Health Systems in Transition, 13 (2011), nr. 2, gepubliceerd door het European Observatory on Health Systems and Policies (beschikbaar onder http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), blz. 78.

([6]) Wet nr. 352/2005, d.w.z. voor mensen zonder vaste verblijfplaats die niet werkzaam zijn in Slowakije, en mensen met een vaste verblijfplaats in Slowakije, maar met een buitenlandse zorgverzekering. Volgens het antwoord van de Slowaakse autoriteiten op het besluit tot inleiding van de procedure, werd deze mogelijkheid van een vrijwillige verzekering bij wet nr. 121/2010 afgeschaft met ingang van 1 mei 2010.

([7]) Deze voorwaarden zijn: 1) de winst moet worden gebruikt om een reserve op te bouwen van 20 % van het volgestorte maatschappelijke kapitaal (dit reservefonds mag alleen voor het dekken van verliezen worden gebruikt), en 2) technische reserves moeten worden opgebouwd om geplande zorg voor verzekerde personen op wachtlijsten te betalen.

([8]) Inbreukprocedure nr. 2008/4268 waarin de Commissie de Slowaakse regering een ingebrekestelling zond in het kader van de internemarktregels en waarin zij opmerkte dat het bij artikel 15, lid 6, van wet nr. 581/2004 ingestelde verbod voor zorgverzekeraars om vrij te beschikken over winsten afkomstig uit het aanbieden van een publieke zorgverzekering in Slowakije, een ongerechtvaardigde beperking op het door artikel 63 van het Verdrag gegarandeerde vrij verkeer van kapitaal vormt.

([9]) Het Permanent Hof van Arbitrage heeft zich recentelijk onbevoegd verklaard in de zaak van de eisen van Nederlandse verzekeraar Achmea (de eigenaar van zorgverzekeraar Union) tegen deze plannen; zie arrest van 24 mei 2014, PCA-zaak nr. 2013-12, Achmea/Slowaakse Republiek, beschikbaar onder: http://news.achmea.nl/achmea-discloses-awards-of-arbitration-tribunals/

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

(19) De tabel hieronder geeft de evolutie van het marktaandeel van de verschillende ondernemingen die in de periode 2008-2013 de verplichte zorgverzekering in de Slowaakse Republiek aanboden ([11]):

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ([1])
Onderneming	Aantal verzekerden (%)					
VšZP	55,4	55,0	66,74	65,79	64,4	64,09
SZP	13,6	12,0	2010: SZP fuseert met VšZP			
Apollo	8,4	10,0	2010: Apollo fuseert met 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]) Zie ook punt 37 van het arrest van het Permanent Hof van Arbitrage van 24 mei 2014, PCA-zaak nr. 2013-12, Achmea/Slowaakse Republiek (zie voetnoot 9).

(20) Alle zorgverzekeraars zijn naamloze vennootschappen, waarbij volgens de eigendomsregels zowel de publieke als de particuliere sector aandeelhouder mag zijn. Alle zorgverzekeraars moeten aan bepaalde solvabiliteitscriteria voldoen. Omdat voor hen strikte begrotingsbeperkingen gelden, zijn zij volledig verantwoordelijk voor financiële tekorten. Als particuliere naamloze vennootschappen die zijn opgericht overeenkomstig de algemene vennootschapswetgeving, lijken zorgverzekeraars hun activiteiten en de zorgkosten autonoom te kunnen beheren.

(21) Zorgverzekeraars mogen winst maken en doen dat ook ([12]). De inkomsten van zorgverzekeraars in Slowakije zijn afkomstig uit de zorgpremies, de overheidsbegroting (premies voor economisch niet-actieve personen en een subsidie om stijgingen van de zorgkosten te dekken), inkomsten uit vastgoed, schenkingen en andere inkomstenbronnen. Zorgverzekeraars kunnen winst maken door bijvoorbeeld hun beheersystemen te verbeteren en via onderhandelingen bij het afsluiten van contracten met zorgverstrekkers.

2.3. BELANGRIJKSTE KENMERKEN VAN DE SLOWAAKSE VERPLICHTE ZORGVERZEKERINGSSECTOR

2.3.1. **Sociale doelstelling en algemeen belang**

(22) Met de Slowaakse zorgverzekering wordt een sociale doelstelling nagestreefd: zorg aanbieden en het in stand houden van een levensvatbare gezondheidszorg. Burgers hebben recht op een zorgverzekering en Slowaakse ingezetenen zijn verplicht verzekerd ([13]). Het recht op gratis zorg op basis van de zorgverzekering is een grondwettelijke verplichting in de Slowaakse Republiek ([14]). Volgens de Slowaakse autoriteiten worden zorgverzekeraars, doordat zij een verplichte zorgverzekering aanbieden in de Slowaakse Republiek, geacht een grondwettelijke verplichting namens de Staat te vervullen: een zorgverzekering aanbieden aan Slowaakse ingezetenen door het beheer van de verplichte zorgverzekering in Slowakije. De Slowaakse Republiek is bij wet verantwoordelijk voor de financiering van het zorgstelsel en voor het dekken van de verliezen in de gezondheidszorg ([15]). Op grond van artikel 2 van wet nr. 580/2004 betreffende de zorgverzekering is het aanbieden van een verplichte zorgverzekering een activiteit van algemeen belang, bij de verrichting waarvan overheidsmiddelen worden beheerd.

([11]) De cijfers voor de periode 2011-2013 zijn meegedeeld door klager in zijn opmerkingen bij het besluit tot inleiding van de procedure.
([12]) Besluit tot inleiding van de procedure, de punten 23 en 24.
([13]) De verplichte aansluiting is bij wet vastgelegd voor alle in de wet genoemde personen (artikel 3 van wet nr. 580/2004). Alle burgers zijn bij wet verplicht om premie te betalen voor de verplichte zorgverzekering (artikel 11 van wet nr. 580/2004). Niet-betaling van bijdragen geldt als een misdrijf.
([14]) Artikel 40 van de Grondwet van de Slowaakse Republiek noemt als een van de grondwettelijk gegarandeerde „fundamentele rechten en vrijheden": „Eenieder heeft recht op de bescherming van zijn gezondheid. Op basis van een zorgverzekering hebben burgers het recht op kosteloze gezondheidszorg en medische verzorging onder de door de wetgeving gestelde voorwaarden."
([15]) Meer bepaald heeft de Slowaakse Republiek, in samenhang met de wetswijzigingen die in 2004 werden goedgekeurd, voor bijna 1 miljard EUR schulden kwijtgescholden, die in het verleden waren opgebouwd in de zorgsector, waaronder ook de schulden van particuliere zorgverzekeraars (informatie op 9 juli 2010 door de Slowaakse autoriteiten aan de Commissie meegedeeld).

2.3.2. **Verplichte aansluiting, acceptatieplicht en geen premiedifferentiatie**

(23) Overeenkomstig de wetten nr. 580/2004 en nr. 581/2004 is aansluiting bij het Slowaakse publieke zorgverzekeringsstelsel verplicht voor het merendeel van de bevolking van de Slowaakse Republiek ([16]). De Slowaakse verplichte zorgverzekering geldt ook voor personen die verzekerd zijn overeenkomstig Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad ([17]) (tot en met 30 april 2010) en overeenkomstig Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad ([18]) (vanaf 1 mei 2010).

(24) Verzekerden hebben het recht aan te sluiten bij een zorgverzekeraar van hun keuze en mogen eenmaal per jaar van zorgverzekeraar veranderen. Binnen de marges van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie zijn zorgverzekeraars in Slowakije wettelijk verplicht om iedere Slowaakse ingezetene die daarom verzoekt, te accepteren, op voorwaarde dat deze voldoet aan de wettelijke vereisten van de Slowaakse zorgverzekering. Met name kunnen zorgverzekeraars mensen niet weigeren op grond van hun leeftijd, hun gezondheidstoestand of ziekterisico's ([19]) en moeten zij iedereen, ongeacht al deze factoren, tegen hetzelfde tarief een basiszorgverzekeringspakket aanbieden.

(25) Het Slowaakse zorgverzekeringsstelsel bevat dan ook wettelijke bepalingen voor een billijke risicospreiding over zorgverzekeraars via risicoverevening. Risicoverevening ([20]) betekent dat zorgverzekeraars die verzekerden met een hoger risico hebben, middelen ontvangen van zorgverzekeraars van wie het portfolio een lager risico inhoudt; dit gebeurt door maandelijks en jaarlijks de premies te herverdelen en door het beheer van transfers ([21]).

2.3.3. **Vergoedingen en inkomensafhankelijke premies**

(26) De Slowaakse verplichte zorgverzekering is gebaseerd op een stelsel van verplichte bijdragen. De premiebedragen worden bij wet vastgesteld en zijn evenredig aan het inkomen van de verzekerden (zoals bij de inkomstenbelasting) — en niet gebaseerd op het verzekerde risico (zoals leeftijd van de verzekerde of diens gezondheidstoestand). Die premies, die de Slowaakse autoriteiten beschouwen als behorend tot de publieke middelen, worden geïnd bij: 1) werknemers en werkgevers; 2) zelfstandigen; 3) de vrijwillig niet-actieven; 4) de Staat (voor mensen met een „staatsverzekering", d.w.z. de groep van de grotendeels economisch niet-actieve mensen), en 5) betalers van dividenden.

(27) Alle verzekerden krijgen hetzelfde basisniveau van vergoedingen (hierna „het basispakket" genoemd) gegarandeerd. Tussen de hoogte van de betaalde premies en de ontvangen vergoedingen is er geen koppeling ([22]). Medische diensten die onder de verplichte zorgverzekering vallen, worden verleend, ongeacht de door de verzekerde betaalde premies.

(28) Het basispakket van de verplichte zorgverzekering omvat nagenoeg alle zorgprestaties die in de Slowaakse Republiek worden aangebonden, hetgeen betekent dat bijna het volledige zorgaanbod via dat pakket wordt aangeboden. Momenteel biedt het basispakket iedereen recht op gratis gezondheidszorg, afgezien van een paar behandelingen (bv. plastische chirurgie), en gedeeltelijke betalingen voor farmaceutische producten, kuren en bepaalde zorggerelateerde diensten (bv. opvang in de spoedeisende hulp). Het basispakket kan bij regeringsbesluit worden ingekrompen of uitgebreid (zonder overleg met het parlement). Aangezien de Slowaakse Grondwet iedere burger het recht garandeert op gezondheidszorg in het kader van de verplichte zorgverzekering volgens de bij wet bepaalde voorwaarden, hebben zorgverzekeraars geen invloed op de samenstelling van het basispakket, de dekkingsgraad of de premies van het basispakket, omdat deze bij wet worden vastgesteld.

(29) Slowaakse zorgverzekeraars kunnen het basispakket uitbreiden — en maken van die mogelijkheid ook gebruik — met uiteenlopende bijkomende prestaties van hun keuze (vergoedingen); daarbij gaat het om diensten die niet in het basispakket zijn opgenomen, maar die verzekeraars hun cliënten kosteloos aanbieden, als onderdeel van hetzelfde zorgverzekeringspakket in het kader van de verplichte zorgverzekering. Zo blijken zorgverzekeraars, op basis van de beschikbare informatie, bijvoorbeeld te kunnen beslissen of zij bijkomende dekking bieden voor bepaalde aanvullende en preventieve behandelingen binnen hetzelfde verplichte zorgverzekeringspakket. Deze bijkomende vergoedingen moeten worden onderscheiden van de individuele zorgverzekeringsdiensten die tegen betaling van een premie kunnen worden aangeboden.

([16]) Zie voetnoot 4.
([17]) Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op loontrekkende en hun gezinnen, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen (PB L 149 van 5.7.1971, blz. 2).
([18]) Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (PB L 166 van 30.4.2004, blz. 1).
([19]) Zie ook artikel 6, lid 9, van wet nr. 580/2004.
([20]) Deel 3 van wet nr. 580/2004.
([21]) Zie verder de overwegingen 45, 46 en 47.
([22]) Zie wet nr. 577/2004.

2.3.4. **Selectie van zorgverstrekkers en zorgdiensten**

(30) Zorgverzekeraars mogen zorgverstrekkers selecteren en contracten afsluiten met artsen en individuele ziekenhuizen. Zo sluiten zij contracten af met individuele zorgverstrekkers; die contracten worden los van elkaar afgesloten en een bepaalde zorgverstrekker kan een contract afsluiten met alle zorgverzekeraars of slechts een paar van hen, en vice versa. De zorgverzekeraars vergoeden de diensten verricht door zowel publieke als particuliere zorgverstrekkers.

(31) Om de geografische toegankelijkheid van zorgdiensten te verzekeren, stelt de overheid een minimaal vereist netwerk vast om capaciteitsplanning te beïnvloeden. Bij het aanbieden van de verplichte zorgverzekering zijn zorgverzekeraars bij wet verplicht om contracten af te sluiten met een minimaal netwerk van ziekenhuizen. Elke zorgverzekeraar creëert zijn eigen netwerk en verbetert het minimumnetwerk door selectief contracten af te sluiten met bijkomende ziekenhuizen en andere zorgverstrekkers. De zorgverzekeraar biedt verzekerden dus dekking voor zorgdiensten van ziekenhuizen en/of andere zorgverstrekkers die in de verplichte zorgverzekering zijn opgenomen. Zorgverzekeraars hebben een zekere discretionaire marge bij hun onderhandelingen met ziekenhuizen over de tarieven en de kwaliteit van de zorgdiensten die verzekerden krijgen.

2.3.5. **Het reguleringskader**

(32) De verplichte zorgverzekering in de Slowaakse Republiek wordt gereguleerd door bijzondere voorschriften ([23]). Alle zorgverzekeraars die de verplichte zorgverzekering aanbieden, hebben volgens de wet dezelfde status, rechten en plichten. Iedere zorgverzekeraar moet zijn opgericht met het oog op het aanbieden van een zorgverzekering en hij mag geen andere activiteiten verrichten dan die welke in artikel 6 van wet nr. 581/2004 zijn vermeld. De activiteiten van zorgverzekeraars die het verplichte zorgverzekeringsstelsel beheren, vallen onder het algemene toezicht van de overheid, dat met name wordt uitgeoefend door de toezichthouder, zorgautoriteit ÚDZS, die belast is met de monitoring en het toezicht op het zorgstelsel. ÚDZS ziet erop toe dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich aan dit wettelijke kader houden en grijpt in wanneer overtredingen worden begaan.

3. BESCHRIJVING VAN DE KWESTIEUZE MAATREGELEN

(33) In dit besluit worden de volgende zes maatregelen onderzocht (hierna tezamen „de kwestieuze maatregelen" genoemd) ([24]).

3.1. DE KAPITAALVERHOGING VAN SZP IN 2006

(34) Bij brief van 2 april 2007 had particuliere zorgverzekeraar Dôvera bij de Commissie een klacht ingediend tegen een kapitaalinjectie door de Slowaakse Republiek in het overheidsbedrijf SZP ten belope van 450 miljoen SKK (ongeveer 15 miljoen EUR), uitgevoerd in drie tranches tussen 28 november 2005 en 18 januari 2006.

(35) Die kapitaalverhoging hing samen met de hervorming van de gezondheidszorg en de hervorming van de zorgverzekering van 2004-2005 in de Slowaakse Republiek. Toen SZP in 2005 als naamloze vennootschap werd opgericht, was zij, als rechtsopvolger van een overheidsinstelling ([25]), bij wet verplicht om niet alleen de activa van de oorspronkelijke verzekeringsonderneming over te nemen, maar ook haar passiva die vóór 2005 waren ontstaan en die door hun omvang in een solvabiliteit resulteerden die ontoereikend was volgens de voorwaarden van artikel 14, lid 1, van de wet op de zorgverzekeringsondernemingen (wet nr. 581/2004). Die passiva beliepen 467,765 miljoen SKK (ongeveer 15,5 miljoen EUR) per 31 december 2005.

([23]) Zo komt bijvoorbeeld de band tussen de verzekeringnemer en de zorgverzekeraar niet bij contract tot stand, maar bij wet (zie artikel 4 van wet nr. 580/2004). Ook het toezicht op zorgverzekeraars en de zorg is bij wet geregeld.

([24]) De maatregelen zijn meer in detail beschreven in het besluit tot inleiding van de procedure, in de overwegingen 44 t/m 72.

([25]) Als overheidsinstelling opereerde SZP vóór 1 mei 2005 als verzekeringsonderneming met een specifiek en betrekkelijk beperkt verzekeringsportfolio, terwijl zij, in tegenstelling tot andere zorgverzekeraars, ook ten aanzien van haar polishouders verplicht was om preventieve zorg en specifieke zorg in verband met arbeidsongevallen en beroepsziekten te dekken.

3.2. DE SCHULDVERLICHTING VOOR SZP DOOR VERITEĽ A. S.

(36) In 2003 werd Veriteľ a. s. opgericht als een nieuwe overheidsdienst voor de consolidatie van de schulden in de gezondheidszorg ([26]) en kreeg zij van de Slowaakse regering de opdracht om een plan door te voeren om de zorginstellingen en zorgverzekeraars van hun schulden te bevrijden voordat alle bestaande zorgverzekeringsfondsen tegen 30 september 2005 zouden worden omgevormd tot naamloze vennootschappen. Deze schuldverlichting vond plaats op basis van besluiten van de Slowaakse regering.

(37) In de periode 2003-2005 wikkelde Veriteľ in de gezondheidszorg voor meer dan 1 100 miljoen EUR (boekwaarde) af tegen een kostprijs van 644 miljoen EUR (in contanten). Aangezien het ministerie voor Volksgezondheid had aangekondigd dat dit de laatste bail-out was voor de gezondheidszorg, werd Veriteľ in 2006 geliquideerd ([27]).

(38) Klager voert aan dat de kwijtschelding door Veriteľ van 52,7 miljoen EUR van SZP's schulden, hetgeen meer is dan wat klager zelf had gekregen ([28]), wijst op ongerechtvaardigde discriminatie bij de schuldverlichting. Klager maakte zich echter vooral zorgen over het feit dat Veriteľ op 30 november 2005 (dus ná de omzetting van rechtsvorm) nog eens zo'n 28 miljoen EUR bijkomende schulden kwijtschold die SZP had uitstaan bij de bijzondere rekening voor premieherverdeling. Dit gebeurde door SZP de premievorderingen en rente te laten toewijzen aan Veriteľ. SZP wees Veriteľ zo ongeveer 929 miljoen SKK aan premievorderingen en rente toe (waarvan ongeveer 343 miljoen SKK aan rente). In ruil verleende Veriteľ aan SZP een tegenprestatie ten belope van 840 miljoen SKK (ongeveer 28 miljoen EUR) door haar schulden aan de bijzondere rekening voor premieherverdeling kwijt te schelden ([29]).

3.3. DE SUBSIDIE AAN SZP VAN 2006

(39) In de tweede helft van 2006 kreeg SZP nog een subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, voor een deel afkomstig uit het liquidatiesaldo van het in juli 2006 geliquideerde Veriteľ. Volgens klager bedroeg deze subsidie ongeveer 7,6 miljoen SKK.

(40) Klager voert aan dat deze subsidie werd verleend om de verplichtingen van SZP tegenover zorgverstrekkers uit de periode vóór 2005 af te wikkelen, al was het niet duidelijk of deze schulden op het tijdstip van de subsidieverstrekking nog bestonden.

(41) Volgens de Slowaakse autoriteiten werden de financiële middelen afkomstig uit het saldo van de liquidatie van Veriteľ niet aan SZP verschaft, maar aan medische instellingen, die toentertijd nog eigendom van de Staat waren, ter voldoening van hun verplichtingen (d.w.z. zorgpremies voor hun werknemers) aan SZP. Bijgevolg was er, volgens de Slowaakse autoriteiten, geen sprake van een subsidie, maar juist van een normale betaling door de Staat van bestaande, onbetwiste verplichtingen (onbetaalde zorgpremies).

3.4. DE KAPITAALVERHOGING VAN VšZP IN 2010

(42) De Slowaakse Republiek heeft, via het ministerie voor Volksgezondheid, haar maatschappelijke kapitaal in VšZP per 1 januari 2010 opgetrokken. De verhoging van het aandelenkapitaal beliep ongeveer 65,1 miljoen EUR.

(43) Volgens klager blijkt de Staat, gezien het feit dat VšZP op de rand van de insolventie stond, zo te hebben gehandeld om de kloof in de inkomsten van VšZP te overbruggen. Klager voert ook aan dat de Staat helemaal geen hoop had om binnen een redelijke termijn een rendement op deze investering te behalen, met name omdat Slowakije net een wet had ingevoerd waarmee het zorgverzekeraars werd verboden om winst uit te keren.

(44) Volgens de Slowaakse autoriteiten vond deze kapitaalverhoging van VšZP in 2010 plaats om de impact van de financiële crisis weg te werken en om VšZP te helpen het hoofd te bieden aan haar toenemende schulden als gevolg van de stijgende zorgvraag.

([26]) Veriteľ a. s. werd opgericht bij besluit nr. 262 van 2 april 2003 van de Slowaakse regering.

([27]) Zie Szalay T., Pažitný P., Szalayová A., Frisová S., Morvay K., Petrovič M. en van Ginneken E., „Slovakia: Health system review", Health Systems in Transition, 13 (2011), nr. 2, gepubliceerd door het European Observatory on Health Systems and Policies (beschikbaar onder http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), blz. 142.

([28]) Volgens klager zagen Dôvera's voorgangers die, verhoudingsgewijs, samen groter in omvang waren dan SZP, hun schulden kwijtgescholden voor een bedrag van slechts 27,25 miljoen EUR.

([29]) Volgens klager, die citeert uit het onderzoeksrapport van het Slowaakse ministerie van Financiën naar de activiteiten van Veriteľ (Správa o výsledkoch preverenia činnosti spoločnosti Veriteľ, a.s. za celé obdobie jej existencie, september 2007).

3.5. HET RISICOVEREVENINGSSTELSEL

(45) Bij haar voorlopige beoordeling achterhaalde de Commissie ook dat de financiering van zorgverzekeraars in de Slowaakse Republiek ook een pooling- en risicocorrectiemechanisme omvat, een zogenaamde risicovereveningsregeling.

(46) Deze risicoverevening ([30]) geldt onverkort voor alle zorgverzekeraars die de verplichte zorgverzekering in de Slowaakse Republiek aanbieden. Hoewel de premies voor de verplichte zorgverzekering rechtstreeks door zorgverzekeraars worden geïnd bij werkgevers, zelfstandigen, mensen die zelf premie betalen (de vrijwillig niet-actieven), de Staat en de betalers van dividenden, is de verdeling van de inkomsten en uitgaven over de zorgverzekeraars ongelijkmatig door de verschillende structuur van de verzekerde groepen. Om de financiële lasten te verlichten van zorgverzekeraars die een portfolio met een zwaarder risico hebben, worden premies door risicoverevening herverdeeld over de zorgverzekeraars, aan de hand van een berekening opgesteld door zorgautoriteit ÚDZS ([31]). Parameters die bij de risicoverevening worden toegepast, zijn leeftijd, geslacht en — sinds 2010 — de economische activiteit van de verzekeringnemers.

(47) De Slowaakse autoriteiten beschouwen risicoverevening niet als een vorm van staatssteun, maar eerder als een kwestie van verevening van middelen aan de hand van de bij risicoverevening voor verzekeringnemers gehanteerde criteria, d.w.z. dat het hier gaat om solidariteit tussen verzekeringnemers en dus niet om staatssteun.

3.6. DE OVERDRACHT VAN PORTFOLIO'S AAN SZP EN VšZP

(48) Een andere maatregel die onder de aandacht van de Commissie is gekomen tijdens de voorlopige beoordeling, is het feit dat, door toedoen van de Staat, aan SZP en VšZP portfolio's zijn overgedragen van andere zorgverzekeraars (met name van Družstevná zdravotná poisťovňa (hierna „DZP" genoemd) aan VšZP en van Európská zdravotná poisťovňa (hierna „EZP" genoemd) aan SZP) die mettertijd zijn geliquideerd.

(49) Volgens Dôvera werd het EZP-portfolio rechtstreeks aan SZP overgedragen, ook al waren er andere belangstellende partijen op de markt, terwijl de beperkingen en voorwaarden voor deze overdracht onduidelijk waren.

(50) De Slowaakse Republiek betoogt dat het besluit van zorgautoriteit ÚDZS om het EZP-portfolio zondermeer aan SZP over te dragen strookt met de bepalingen van wet nr. 581/2004 en toch het recht van verzekeringnemers om een zorgverzekeraar te kiezen, respecteert. Volgens de Slowaakse autoriteiten hebben andere zorgverzekeraars belangstelling laten blijken voor dit portfolio, maar onder voorwaarden die de liquidatieprocedure verder zouden hebben laten aanslepen. Voorts werd, nog steeds volgens de Slowaakse autoriteiten, aan de begunstigden VšZP en SZP geen voordeel verleend, omdat de overdracht van de portfolio's ook alle vorderingen en alle verplichtingen van de geliquideerde ondernemingen omvatte.

4. **REDENEN VOOR HET INLEIDEN VAN DE FORMELE ONDERZOEKSPROCEDURE**

(51) In haar besluit tot inleiding van de procedure had de Commissie twijfel geformuleerd met betrekking tot het bepalen van het al dan niet economische karakter van de betrokken activiteit en had zij aangegeven dat, gelet op de specifieke kenmerken van deze zaak, SZP/VšZP en de overige ondernemingen die een zorgverzekering aanbieden binnen het verplichte stelsel in de Slowaakse Republiek, mogelijk sinds 1 januari 2005 een economische activiteit uitoefenden. Zij was van oordeel dat de combinatie van economische en niet-economische aspecten van de Slowaakse verplichte zorgverzekering een diepgaande analyse vergde van de verschillende elementen ervan en van hun respectieve belang binnen de hele regeling, om te kunnen bepalen of de activiteit van de verplichte zorgverzekering, door de wijze waarop deze is georganiseerd en wordt uitgevoerd in Slowakije, als economisch (vanaf 1 januari 2005) of als niet-economisch van aard moet worden beschouwd.

(52) De Commissie heeft ook aangegeven dat zij, mocht de activiteit als economisch van aard moeten worden beschouwd, over onvoldoende informatie beschikte om te kunnen bepalen of met de hier te onderzoeken maatregelen aan SZP/VšZP een selectief voordeel wordt verleend.

(53) Omdat zij tot de conclusie was gekomen dat zij daarom in dat stadium niet kon uitsluiten dat er sprake was van staatssteun, bij gebreke van specifieke argumenten of duidelijke aanwijzingen ten aanzien van de verenigbaarheid ervan met de interne markt, heeft de Commissie ook twijfel geformuleerd ten aanzien van de vraag of die maatregelen, mocht zij tot de conclusie komen dat deze als staatssteun kwalificeerden, met de interne markt verenigbaar konden worden verklaard op grond van artikel 106, lid 2, of artikel 107, lid 3, onder c), van het Verdrag.

([30]) Deel 3 van wet nr. 580/2004.
([31]) Zie, voor meer details over de risicoverevening, de punten 60 t/m 67 van het besluit tot inleiding van de procedure.

(54) In dat verband tekende de Commissie aan dat zij zich over de vragen: a) of de activiteit van de verplichte zorgverzekering in de Slowaakse Republiek inderdaad een economisch of een niet-economisch karakter heeft; b) of de maatregelen van de Staat voldoen aan alle overige voorwaarden om staatssteun te kunnen vormen, en c) zo ja, of deze dan verenigbaar zijn met de interne markt, pas definitief kon uitspreken in een eindbesluit dat zou worden vastgesteld na afronding van het formele onderzoek, wanneer alle beschikbare informatie (zoals verdere opmerkingen van de lidstaat en van derden) was verzameld en een diepgaande beoordeling van al deze informatie was uitgevoerd.

5. **OPMERKINGEN VAN BELANGHEBBENDEN**

(55) De Commissie heeft de volgende opmerkingen van belanghebbenden ontvangen, die hierna worden samengevat.

5.1. DÔVERA

(56) In antwoord op het besluit tot inleiding van de procedure heeft klager Dôvera bijkomende informatie verschaft over de zorgverzekering en heeft zij bijkomende argumenten aangedragen met name om haar standpunt te onderbouwen dat SZP/VšZP ondernemingen zijn die onder het mededingingsrecht vallen en die onverenigbare staatssteun hebben gekregen.

(57) Dôvera wijst erop dat SZP/VšZP concurreren met particuliere zorgverzekeraars die dezelfde diensten aanbieden en daarbij winst nastreven; hierbij verwees zij naar haar eerdere verklaringen met betrekking tot het economische karakter van de activiteit en naar recente rechtspraak van het Hof van Justitie ([32]). In dit verband betoogt Dôvera dat de verschillende door de Slowaakse Republiek gepresenteerde elementen die in het besluit tot inleiding van de procedure worden genoemd als elementen die wijzen op het niet-economische karakter van de activiteit van SZP/VšZP, de toets der kritiek niet kunnen doorstaan. Volgens Dôvera was de hervorming van 2004-2005 bedoeld om een concurrerende markt te creëren, hetgeen werd erkend en bevestigd door de Slowaakse rechter (d.w.z. het Slowaakse Grondwettelijk Hof) en door de Slowaakse autoriteiten zelf. In dat verband wijst Dôvera erop dat verzekeraars om zorgverstrekkers concurreren door selectief contracten te sluiten en te onderhandelen over tarieven en kwaliteit van de dienstverlening. Ook maakt zij melding van marketingcampagnes van de zorgverzekeraars om cliënten te behouden en aan te trekken. Dôvera bestrijdt ook het uitsluitend sociale karakter van het stelsel en wijst op de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om winst te maken en uit te keren en op de bereidheid van particuliere investeerders om te investeren in partijen die actief zijn in de sector van de Slowaakse verplichte zorgverzekering.

(58) Voorts betoogt Dôvera, onder verwijzing naar haar verklaringen die zij vóór het besluit tot inleiding van de procedure bij de Commissie indiende, dat alle in dat besluit genoemde maatregelen als onrechtmatige steun dienen te worden aangemerkt omdat alle overige criteria van artikel 107, lid 1, van het Verdrag zijn vervuld. Volgens de onderneming kan de conclusie niet zijn dat de Slowaakse Republiek als een investeerder in een markteconomie heeft gehandeld toen deze het kapitaal van SZP verhoogde in 2006 en dat van VšZP in 2010. Voorts betoogt Dôvera dat de Slowaakse Republiek discrimineerde tussen SZP/VšZP en particuliere verzekeringsondernemingen door SZP gunstiger te behandelen bij de schuldverlichtingsoperatie in de periode 2003-2005 en door de introductie van twee nieuwe parameters bij de risicoverevening in 2009 en 2012. Wat de overdracht van portfolio's betreft, zijn de opmerkingen van Dôvera toegespitst op de overdracht van het verzekeringsportfolio van EZP, omdat zij geen informatie heeft over een eerdere overdracht van een portfolio aan VšZP. In dat verband verklaart zij dat de Slowaakse autoriteiten de Commissie misschien verkeerd hebben geïnformeerd over het op die portfolio-overdracht toepasselijke rechtskader.

(59) Ten slotte voert Dôvera aan dat de Slowaakse autoriteiten niet hebben aangetoond dat het aanbieden van een verplichte zorgverzekering een dienst van algemeen belang is, en heeft zij vragen bij grondslag zelf voor een toetsing aan het Altmark-arrest ([33]) en het DAEB-pakket van de Commissie.

5.2. ZORGVERZEKERAAR UNION

(60) De opmerking die zorgverzekeraar Union, de andere particuliere concurrent van SZP/VšZP, bij het besluit tot inleiding van de procedure heeft gemaakt, liggen grotendeels in de lijn van de opmerkingen van Dôvera, namelijk dat SZP en VšZP ondernemingen zijn in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag. Zorgverzekeraar Union voert aan dat vijf van de zes in deel 3 van dit besluit beschreven maatregelen kwalificeren als staatssteun en onverenigbaar zijn met de interne markt. Wat betreft de zesde maatregel (de risicoverevening) betoogt Union dat

([32]) Arrest van 12 september 2013, zaak T-347/09, Duitsland/Commissie (nog niet bekendgemaakt in de Jurispr.).
([33]) Arrest van 24 juli 2003, zaak C-280/00, Altmark Trans GmbH en Regierungspräsidium Magdeburg/Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH, Jurispr. 2003, blz. I-7747.

deze potentieel zou kunnen voldoen aan de Altmark-criteria voor compensaties voor de openbare dienst of met de interne markt verenigbaar zou kunnen zijn op grond van artikel 106, lid 2, van het Verdrag. Wel is verder onderzoek vereist naar potentiële discriminatie ten gunste van de nettobegunstigde van de risicoverevening, d.w.z. SZP/VšZP.

5.3. HPI, INEKO EN ZZP

(61) De opmerkingen die de drie overige belanghebbenden (HPI, INEKO en ZZP) bij het besluit tot inleiding van de procedure hebben gemaakt, ondersteunen grotendeels het standpunt van klager Dôvera en van zorgverzekeraar Union dat de betrokken activiteit een economisch karakter heeft en dat met de maatregelen staatssteun is gemoeid doordat SZP/VšZP een selectief voordeel verleend krijgt, hetgeen hun overtuiging staaft dat zorgverzekeraars in een concurrerende omgeving opereren (doordat zij verschillende methoden gebruiken om cliënten aan te trekken), en dat volgens hen de Staat zijn publieke zorgverzekereraars heeft begunstigd.

6. **OPMERKINGEN VAN DE SLOWAAKSE REPUBLIEK BIJ HET BESLUIT TOT INLEIDING VAN DE PROCEDURE EN AANVULLENDE VERKLARINGEN**

(62) De Slowaakse Republiek heeft zijn opmerkingen bij het besluit tot inleiding van de procedure gemaakt en heeft ook opmerkingen gemaakt bij de opmerkingen van derden.

(63) In hun verklaringen hebben de Slowaakse autoriteiten toelichting verschaft en bijkomende argumenten ter onderbouwing van hun standpunt dat het stelsel van de verplichte zorgverzekering niet aan mededingingsregels onderworpen is, omdat het geen economische activiteit behelst. Volgens hen kwalificeert de Slowaakse verplichte zorgverzekering, overeenkomstig vaste rechtspraak van het Hof van Justitie ([34]), niet als economische activiteit, en wel hierom:

a) het stelsel heeft een sociale doelstelling;

b) het stelsel is op het solidariteitsbeginsel gebaseerd, met name gelet op de volgende elementen:

i) verplichte aansluiting voor Slowaakse ingezetenen;

ii) alle verzekerden krijgen hetzelfde basisniveau van prestaties gegarandeerd;

iii) geen verband tussen de premies en de individuele vergoedingen, omdat de premies bij wet worden vastgesteld (geen tariefconcurrentie);

iv) risicosolidariteit tussen verzekeraars: risicoverevening en geen tariefdifferentiatie;

c) er is een gedetailleerd reguleringskader, met toezicht van de Staat: status, rechten en plichten van alle zorgverzekeraars worden bij wet vastgesteld.

(64) De Slowaakse Republiek weerlegt de aanname dat het Slowaakse zorgstelsel, door de wetswijzigingen van 2005, is veranderd in een commercieel stelsel en betoogt dat het stelsel nimmer zijn publieke, niet-economische karakter is verloren. Zij vestigen ook de aandacht op het feit dat de Slowaakse zorgverzekering onderdeel is van het socialezekerheidstelstel en wijzen op de verantwoordelijkheden van lidstaten uit hoofde van artikel 168, lid 7, van het Verdrag voor de organisatie en de verstrekking van gezondheidsdiensten.

(65) Voorts verklaren de Slowaakse autoriteiten dat met de hervorming van de zorgverzekering de verplichte zorgverzekering niet door een particuliere zorgverzekering werd vervangen, noch dat daarmee de dekking van risico's met betrekking tot de verplichte sociale zekerheid werd opengesteld voor particuliere verzekeraars. Volgens Slowakije was het hoofddoel van de hervorming van de gezondheidszorg om precieze regels te bepalen voor het omgaan met de voor de zorg uitgetrokken financiële middelen en leek de omvorming — tegen 30 september 2005 — van alle bestaande zorgverzekeraars tot naamloze vennootschappen met duidelijk omschreven boekhoudregels een geschikte methode om die regels te bepalen. De Slowaakse autoriteiten zijn van mening dat alle zorgverzekeraars in Slowakije betrokken zijn bij het beheer van de overheidsmiddelen die hun binnen het publieke zorgverzekeringsstelsel zijn toevertrouwd.

([34]) Met name arrest van 13 februari 1993, gevoegde zaken C-159/91 en C-160/91, Christian Poucet/Assurances générales de France (AGF) en Caisse mutuelle régionale du Languedoc-Roussillon (Camulrac) en Daniel Pistre/Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse des artisans (Cancava), Jurispr. 1993, blz. I-637; arrest van 22 januari 2002, zaak C-218/00, Cisal di Battistello Venanzio & C. Sas/INAIL, Jurispr. 2002, blz. I-691, en arrest van 16 maart 2004, gevoegde zaken C-264/01, C-306/01, C-354/01 en C-355/01, AOK Bundesverband e.a./Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermani & Co e.a., Jurispr. 2004, blz. I-2493.

(66) Volgens de Slowaakse autoriteiten zou het feit dat de Slowaakse verplichte zorgverzekering beperkte ruimte voor concurrentie op kwaliteit laat, kunnen worden gezien als een element dat zorgverzekeraars stimuleert om economisch te opereren in overeenstemming met de beginselen van goed financieel beheer, in het belang van het goede functioneren van het stelsel, maar niet als een element dat invloed kan hebben op het niet-economische karakter van het zorgverzekeringsstelsel als geheel.

(67) De Slowaakse autoriteiten geven ook aan dat de middelen die binnen de structuur van de Slowaakse publieke zorgverzekering worden verzameld en herverdeeld via de zorgverzekeraars, de som zijn van alle premies voor de publieke zorgverzekering die wettelijk verplicht zijn — en die dus onderdeel zijn van de Slowaakse overheidsfinanciën. Alle zorgverzekeraars zijn dus belast met het beheer van overheidsmiddelen die overeenkomstig de betreffende wettelijke voorschriften bij het publiek zijn geïnd met het oog op het gebruik ervan ter dekking van de zorg.

(68) Ter verdere onderbouwing van hun argument herhalen de Slowaakse autoriteiten ook dat zelfs nadat het verbod op winstuitkering in 2011 werd opgeheven, wijzigingswet nr. 250/2011 zorgverzekeraars de mogelijkheid bood om alleen in nauwkeurig omschreven omstandigheden winst te maken:

a) de invoering van een belasting op de winst van zorgverzekeraars;

b) de verplichting om de winst te gebruiken om een reservefonds op te bouwen van 20 % van het volgestorte maatschappelijke kapitaal van de verzekeringsonderneming (dit reservefonds mag alleen voor het dekken van verliezen van die verzekeringsonderneming worden gebruikt);

c) de verplichting om technische reserves op te bouwen om geplande zorg voor verzekerde personen op wachtlijsten te dekken (waardoor zorgverzekeraars geen winst kunnen maken ten koste van hun cliënten door hen op wachtlijsten te plaatsen in plaats van onverwijld hun zorg te dekken; dit is van essentieel belang voor de naleving van algemeen aanvaarde boekhoudnormen in de publieke zorgverzekering).

(69) In dat verband hebben de Slowaakse autoriteiten verklaard dat toen VšZP een overschot boekte, zij een zorgfonds oprichtte om het gebruik van de zorg te dekken en om met name dure door de publieke zorgverzekering gedekte zorg te financieren. Daarnaast werd in de jaren dat VšZP een overschot boekte, een deel van haar winst ook toegewezen aan de statutaire reserve, die nadien werd gebruikt om de opgestapelde verliezen af te bouwen. Dit verklaart volgens de Slowaakse autoriteiten waarom de door publieke zorgverzekeraars geboekte winst nimmer aan de aandeelhouders werd uitgekeerd.

(70) In dit verband wijst de Slowaakse Republiek ook op een verdere beperking voor zorgverzekeraars, die erin bestaat dat zij alleen leningen kunnen aangaan in overeenstemming met wet nr. 523/2004 betreffende begrotingsregels voor overheidsdiensten, na voorafgaande toestemming van zorgautoriteit ÚDZS.

(71) Om hun stelling verder te onderbouwen dat de activiteit van de verplichte zorgverzekering niet onder de mededingingsregels valt, wijzen de Slowaakse autoriteiten ook op een onderzoek van de Slowaakse mededingingsautoriteit (Protimonopolný úrad Slovenskej republiky) van 2009 waaruit bleek dat de activiteiten van zorgverzekeraars verliepen binnen een systeem dat wordt gekenmerkt door een hoge mate van solidariteit waarbij zorg kosteloos wordt verstrekt en de essentiële onderdelen van die activiteiten worden gereguleerd door de Staat — en dat bijgevolg de activiteiten die zorgverzekeraars bij het aanbieden van de publieke zorgverzekering verrichten, niet kunnen worden beschouwd als een economische activiteit van ondernemingen die de mededinging beperkt. Daarom is volgens de Slowaakse mededingingsautoriteit de Slowaakse mededingingswet niet van toepassing op de activiteiten van zorgverzekeraars in het kader van het aanbieden van de publieke zorgverzekering ([35]).

(72) De Slowaakse autoriteiten verklaren ook dat het Grondwettelijk Hof in 2011 het verbod op winstuitkering met ingang van 2007 wel ongrondwettelijk heeft verklaard omdat dit Slowaakse grondwettelijke eigendomsrechten schond, maar dat het niet het standpunt deelde dat de wet op de zorgverzekeringen de beginselen van een markteconomie beperkten. Ook tekenen zij aan dat het Grondwettelijk Hof in dat verband verder opmerkte dat wetgeving op de zorgverzekering die markteconomie-instrumenten uitsluit of de impact ervan aanzienlijk beperkt — en dus de mededinging beperkt — grondwettelijk aanvaardbaar is.

([35]) Het onderzoek door de Slowaakse mededingingsautoriteit vond plaats in verband met de voorgenomen fusie van SZP en VšZP, die op 3 december 2009 werd afgerond; zie ook het jaarverslag 2009 van de Slowaakse mededingingsautoriteit dat beschikbaar is onder: http://www.antimon.gov.sk/data/att/958.pdf

(73) Daarnaast voeren de Slowaakse autoriteiten aan dat niet alleen de activiteit van de verplichte zorgverzekering in Slowakije buiten het toepassingsgebied van de mededingingsregels valt, maar ook dat de maatregelen niet voldoen aan de overige elementen om van staatssteun in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag te kunnen spreken. In dat verband zouden de kapitaalinjecties van 2006 en 2009 volgens hen geen steun zijn omdat daarbij het beginsel van de investeerder in een markteconomie werd goedgekeurd. Voorts ontkennen zij dat er sprake was van ongerechtvaardigde discriminatie bij de schuldverlichting door Veriteľ en houden zij staande dat in 2006 geen subsidie aan VšZP werd toegekend, maar dat bij deze transactie eerder sprake was van een normale betaling door de Staat van bestaande onbetwiste verplichtingen. Daarnaast geven de Slowaakse autoriteiten meer details over de overdracht van het portfolio van DZP aan SZP/VšZP en dat van EZP aan SZP en verklaren zij dat ook met die overdrachten aan SZP/VšZP geen selectief voordeel werd verleend in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag. Ten slotte verschaffen zij ook verdere informatie over de risicoverevening, waarbij zij met name duidelijk maken hoe de premies (maandelijks en jaarlijks) werden herverdeeld in de periode 2006-2012 en betogen zij dat deze maatregel evenmin kwalificeert als staatssteun, omdat hiermee de risico's worden verevend die zijn verbonden aan het bestaan van uniforme premiepercentages voor alle groepen verzekeringnemers met uiteenlopende risicograad.

(74) De Slowaakse autoriteiten hebben hun opmerkingen bij het besluit tot inleiding van de procedure aangegrepen om hun standpunt te verdedigen dat SZP/VšZP, door het ontbreken van economische activiteit, geen ondernemingen zijn en dat met de maatregelen het beginsel van de investeerder in een markteconomie wordt nageleefd en aan SZP/VšZP geen voordeel wordt verleend — en dat er dus ook geen steun mee gemoeid is. Daarom waren zij van mening dat geen argumenten hoefden te worden aangedragen over de verenigbaarheid van de beweerde steunmaatregelen.

7. **BEOORDELING VAN DE MAATREGELEN**

(75) In artikel 107, lid 1, van het Verdrag is bepaald dat „steunmaatregelen van de staten of in welke vorm ook met staatsmiddelen bekostigd, die de mededinging door begunstiging van bepaalde ondernemingen of bepaalde producties vervalsen of dreigen te vervalsen, onverenigbaar zijn met de interne markt, voor zover deze steun het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig beïnvloedt".

(76) Op grond van die bepaling zijn de staatssteunvoorschriften alleen van toepassing wanneer de begunstigde van een maatregel een „onderneming" is. Volgens de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie (hierna „het Hof van Justitie" genoemd) dient een onderneming voor de toepassing van artikel 107, lid 1, van het Verdrag te worden omschreven als „elke eenheid die een economische activiteit uitoefent, ongeacht haar rechtsvorm en de wijze waarop zij wordt gefinancierd" ([36]). Of een bepaalde entiteit als onderneming wordt aangemerkt, hangt dus volledig af van het al dan niet economische karakter van haar activiteiten.

(77) Zoals uiteengezet in het besluit tot inleiding van de procedure, hangt het antwoord op de vraag of de aan SZP/VšZP toegekende maatregelen staatssteun vormen, in eerste instantie af van de vraag of en in welke mate SZP/VšZP, wanneer zij binnen de Slowaakse verplichte zorgverzekering actief zijn, als ondernemingen handelen, omdat dan zou kunnen worden geoordeeld dat zij een economische activiteit uitoefenen in de zin van de rechtspraak.

(78) Volgens het Hof van Justitie is iedere activiteit die erin bestaat goederen of diensten op een markt aan te bieden, een economische activiteit ([37]). In dat verband kan de vraag of er voor bepaalde diensten een markt bestaat, afhangen van de specifieke wijze waarop die diensten in de betrokken lidstaat zijn georganiseerd en worden verricht ([38]). De staatssteunregels zijn alleen van toepassing wanneer een bepaalde activiteit in een marktomgeving wordt aangeboden. Het economische karakter van hetzelfde soort diensten kan dus verschillen van lidstaat tot lidstaat. Bovendien kan, door politieke keuzes of als gevolg van economische ontwikkelingen, de classificatie van een bepaalde dienst mettertijd veranderen. Wat vandaag geen marktactiviteit is, kan het in de toekomst wel worden, en omgekeerd ([39]).

(79) Wat de zorg betreft, hangt de vraag of zorgstelsels als economische activiteit moeten worden aangemerkt, af van de politieke en economische specifieke kenmerken ervan en de wijze waarop deze stelsels in de betrokken lidstaat zijn opgezet en gestructureerd. In wezen maakt de rechtspraak van het Hof van Justitie een onderscheid tussen regelingen die op het solidariteitsbeginsel zijn gebaseerd, en regelingen met een economisch karakter ([40]).

([36]) Zie bv. arrest van 12 september 2000, gevoegde zaken C-180/98 tot en met C-184/98, Pavel Pavlov e.a./Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, Jurispr. 2000, blz. I-6451, punt 74.

([37]) Arrest van 16 juni 1987, zaak 118/85, Commissie/Italië, Jurisprudentie 1987, blz. 2599, rechtsoverweging 7; arrest van 18 juni 1998, zaak C-35/96, Commissie/Italië, Jurispr. 1998, blz. I-3851, punt 36, en gevoegde zaken C-180 tot C-184/98, Pavel Pavlov e.a., reeds aangehaald, punt 75.

([38]) Gevoegde zaken C-159/91 en C-160/91, Poucet en Pistre, reeds aangehaald.

([39]) Zie ook punt 12 van de mededeling van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang verleende compensatie (PB C 8 van 11.1.2012, blz. 5) (hierna „de DAEB-mededeling van 2012" genoemd).

([40]) De Commissie heeft de desbetreffende rechtspraak van het Hof van Justitie met betrekking tot de toepassing van deze regels voor de financiering van socialezekerheids- en zorgstelsels samengevat in de DAEB-mededeling van 2012.

(80) In de rechtspraak van Hof van Justitie wordt een reeks criteria gehanteerd om te bepalen of een socialezekerheidsregeling op het solidariteitsbeginsel is gebaseerd (en dus geen economische activiteit inhoudt). Een reeks factoren kan in dat verband relevant zijn: i) of de regeling op een systeem van verplichte aansluiting berust ([41]); ii) of de regeling een functie van uitsluitend sociale aard vervult ([42]); iii) of de regeling ieder winstoogmerk mist ([43]); iv) of de betaalde uitkeringen niet afhankelijk zijn van het bedrag van de premies ([44]); v) of het bedrag van de betaalde prestaties niet noodzakelijkerwijze evenredig is aan de beroepsinkomsten van de verzekerde ([45]), en vi) of de regeling onder overheidstoezicht staat ([46]).

(81) Anders dan bij op het solidariteitsbeginsel gebaseerde regelingen worden regelingen met een economisch karakter vaak gekenmerkt door: i) het feit dat deelneming facultatief is ([47]); ii) het kapitalisatiebeginsel (de uitkeringen hangen enkel af van de betaalde premies en de financiële resultaten van de regeling) ([48]); iii) het winstgerichte karakter ervan ([49]), en iv) het feit dat de uitkeringen een aanvulling zijn op die van een basisstelsel ([50]).

(82) Bepaalde regelingen combineren elementen van beide categorieën (op het solidariteitsbeginsel gebaseerde regelingen en regelingen met een economisch karakter) ([51]), zodat de Commissie, om te bepalen of een bepaalde regeling al dan niet economisch van aard is, moet nagaan of elk van de verschillende in de twee voorgaande overwegingen vermelde elementen bij de betrokken regeling aanwezig zijn en zij een afweging moet maken van hun respectieve belang binnen die regeling ([52]).

(83) De vraag of het verrichten van diensten met betrekking tot de verplichte zorgverzekering in de Slowaakse Republiek al dan niet een economische activiteit is, zal dus uiteindelijk alleen kunnen worden beantwoord na een grondige analyse van de specifieke wijze waarop die activiteit in de betrokken lidstaat is georganiseerd en wordt verricht, en zal dus ook specifiek zijn voor de verplichte zorgverzekering in die lidstaat. In het licht van deze algemene overwegingen zal de Commissie nagaan of de kwestieuze maatregelen die SZP/VšZP beweerdelijk zijn verleend, staatssteun vormen voor een „onderneming" in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag.

(84) Bepaalde aanwijzingen wijzen op het niet-economische karakter van de Slowaakse zorgverzekering, met name waar het gaat om de sociale kenmerken en doelstellingen ervan, die een opvallende plaats hebben binnen het functioneren van dat stelsel, en het feit dat de centrale pijler van het stelsel het solidariteitsbeginsel is.

(85) In de eerste plaats is de aansluiting bij het zorgverzekeringstelsel wettelijk verplicht voor het overgrote deel van de bevolking van de Slowaakse Republiek en worden de medische diensten die onder de verplichte zorgverzekering vallen, verstrekt ongeacht de premies die de verzekerde betaalt. Verzekerden kunnen vrij hun zorgverzekeraar kiezen en, in het kader van de acceptatieplicht, kan de gekozen zorgverzekeraar die personen geen verzekering weigeren op grond van leeftijd, gezondheidstoestand of ziekterisico's ([53]).

([41]) Gevoegde zaken C-159/91 en C-160/91, Poucet en Pistre, reeds aangehaald, punt 13.
([42]) Zaak C-218/00, Cisal/INAIL, reeds aangehaald, punt 45.
([43]) Gevoegde zaken C-264/01, C-306/01, C-354/01 en C-355/01, AOK Bundesverband e.a., reeds aangehaald, punten 47 t/m 55.
([44]) Gevoegde zaken C-159/91 en C-160/91, Poucet en Pistre, reeds aangehaald, punten 15 t/m 18.
([45]) Zaak C-218/00, Cisal/INAIL, reeds aangehaald, punt 40.
([46]) Gevoegde zaken C-159/91 en C-160/91, Poucet en Pistre, reeds aangehaald, punt 14; zaak C-218/00, Cisal/INAIL, reeds aangehaald, punten 43 t/m 48, en gevoegde zaken C-264/01, C-306/01, C-354/01 en C-355/01, AOK Bundesverband e.a., reeds aangehaald, punten 51 t/m 55
([47]) Arrest van 21 september 1999, zaak C-67/96, Albany International BV/Stichting Bedrijfspensioenfonds Textielindustrie, Jurispr. 1999, blz. I-5751, punten 80 t/m 87.
([48]) Arrest van 16 november 1995, zaak C-244/94, Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) e.a./Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, Jurispr. 1995, blz. I-4013, punten 9 en 17 t/m 20; zaak C-67/96, Albany, reeds aangehaald, punten 81 t/m 85; zie ook arrest van 21 september 1999, gevoegde zaken C-115/97 tot C-117/97, Brentjens' Handelsonderneming BV/Stichting Bedrijfspensioenfonds voor de Handel in Bouwmaterialen, Jurispr. 1999, blz. I-6025, punten 81 t/m 85; arrest van 21 september 1999, zaak C-219/97, Maatschappij Drijvende Bokken BV/Stichting Pensioenfonds voor de Vervoer- en Havenbedrijven, Jurispr. 1999, blz. I-6121, punten 71 t/m 75, en gevoegde zaken C-180/98 tot C-184/98, Pavel Pavlov e.a., reeds aangehaald, punten 114 en 115.
([49]) Gevoegde zaken C-115/97 tot C-117/97, Brentjens' Handelsonderneming, reeds aangehaald.
([50]) Gevoegde zaken C-180/98 tot C-184/98, Pavel Pavlov e.a., reeds aangehaald.
([51]) Zie bv. de afweging die het Hof van Justitie maakte in zijn arrest van 5 maart 2009, zaak C-350/07, Kattner Stahlbau GmbH/Maschinenbau- und Metall- Berufsgenossenschaft, Jurispr. 2009, blz. I-1513, met name de punten 33 t/m 68.
([52]) In dat verband dient ook te worden vermeld dat het recente arrest (van 12 september 2013 in zaak T-347/09, Duitsland/Commissie (nog niet gepubliceerd in de Jurispr.)) waarnaar klager Dôvera in haar opmerkingen bij het besluit tot inleiding van de procedure verwijst, alleen bevestigt dat het feit dat ook non-profit-organisaties goederen en diensten op een markt kunnen aanbieden (zie ook de DAEB-mededeling van 2012, punt 9, met verwijzingen naar de rechtspraak). Een en ander doet echter niet af aan het feit dat de conclusie of de activiteit in een bepaald al dan niet economisch is, dient te zijn gebaseerd op de aanwezigheid en de afweging van het respectieve belang van elk van de verschillende elementen.
([53]) Zie de overwegingen 23, 24 en 25.

(86) In de tweede plaats is de Slowaakse verplichte zorgverzekering gebaseerd op premies die bij wet zijn vastgesteld in verhouding tot het inkomen van de verzekerde personen — en niet op basis van het verzekerde risico (leeftijd, gezondheidstoestand, ziekterisico's van de verzekerde personen). Bovendien is er geen direct verband tussen de hoogte van de premie die iemand aan de regeling betaalt, en de waarde van de vergoedingen die diezelfde persoon uit de regeling ontvangt. Daardoor hebben verzekeringsondernemingen niet de mogelijkheid invloed uit te oefenen op de hoogte van de premies of de minimumdekking waarop de verzekerde personen recht hebben, omdat dit alles in nationale wetgeving is vastgelegd.

(87) In de derde plaats hebben alle verzekerden bij wet de garantie gekregen dat zij hetzelfde basisvergoedingsniveau krijgen, dat in feite vrij hoog ligt omdat bijna alle zorgprestaties die in de Slowaakse Republiek worden aangeboden, gedekt zijn, hetgeen betekent dat nagenoeg het volledige zorgaanbod via de verplichte zorgverzekering wordt aangeboden ([54]). De Slowaakse risicovereveningsregeling zorgt ervoor dat verzekeringsrisico's worden gespreid, en versterkt de solidariteit dus verder. Bovendien wordt in het Slowaakse stelsel het verbod op premiedifferentiatie opgelegd, hetgeen betekent dat verzekeraars premies niet mogen differentiëren afhankelijk van het verzekeringsrisico, terwijl risicoverevening verzekeraars met een risicovoller demografisch profiel in hun portfolio ten dele compenseert door herverdeling van middelen van verzekeraars die minder dan gemiddeld vergoedingen uitkeren, aan verzekeraars die meer dan gemiddeld vergoedingen uitkeren aan de bij hen verzekerde personen ([55]).

(88) Ten slotte wijst de Commissie, naast de reeds genoemde sociale kenmerken en solidariteitskenmerken, er nogmaals op dat de Slowaakse verplichte zorgverzekering wordt georganiseerd en uitgevoerd binnen een streng reguleringskader: de status, rechten en plichten van alle zorgverzekeraars zijn vastgelegd in wetten waarin gedetailleerde voorwaarden zijn vastgelegd, en zij functioneren onder strikt toezicht van de Staat ([56]).

(89) Op grond van deze kenmerken concludeert de Commissie dat de Slowaakse verplichte zorgverzekering niet-economisch van aard is, zodat SZP/VšZP niet kunnen worden geacht te kwalificeren als „onderneming" in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag ([57]).

(90) De Commissie erkent dat bepaalde aspecten van de Slowaakse verplichte zorgverzekering zouden kunnen wijzen op het economische karakter van de activiteiten binnen dat stelsel: i) de aanwezigheid van diverse (publieke en particuliere) verzekeraars in de sector van de Slowaakse verplichte zorgverzekering; ii) een bepaalde mate van concurrentie tussen deze zorgverzekeraars, die iii) actief zijn in een winstgerichte activiteit, en iv) het feit dat het Slowaakse Grondwettelijk Hof oordeelde dat deze activiteit open staat voor concurrentie. Niettemin is de Commissie van mening dat de aanwezigheid van die kenmerken niets afdoet aan haar conclusie dat de verplichte zorgverzekering in Slowakije een niet-economische activiteit is.

(91) In de eerste plaats beklemtoont de Commissie dat het feit dat diverse (publieke en particuliere) spelers actief zijn in de sector van de verplichte zorgverzekering, op zich nog niet betekent dat daardoor de activiteiten van die spelers binnen een stelsel waarin (zoals uiteengezet in de overwegingen 85, 86 en 87) de sociale kenmerken en doelstellingen van het stelsel de bovenhand hebben, het solidariteitsbeginsel van essentieel belang is voor het functioneren van dat stelsel en het toezicht door de Staat strikt is, een economisch karakter krijgen. Met dit soort uitlegging zou aan de door een lidstaat voor het functioneren van zijn socialezekerheidsstelsel gekozen vorm van organisatorische regeling een buitensporig gewicht worden toegekend tegenover de inhoud van de betrokken regeling ([58]).

(92) In de tweede plaats volgt uit de rechtspraak van het Hof van Justitie dat ook door het feit dat er ruimte is voor concurrentie binnen de zorgverzekering en concurrentie daadwerkelijk speelt, zelfs indien een en ander zo is bedoeld door de wetgever en door de rechter is bevestigd, de betrokken activiteit nog niet noodzakelijk een economisch karakter krijgt. Het Hof van Justitie heeft duidelijk gemaakt dat voor een uitspraak over het al dan niet economische karakter van activiteiten binnen een wettelijk zorgverzekeringsstelsel dat — zoals het Slowaakse

([54]) Zie de overwegingen 26 t/m 29.
([55]) Zie de overwegingen 23, 24 en 25.
([56]) Zie overweging 32.
([57]) De kenmerken van de Slowaakse verplichte zorgverzekering lopen gelijk met de Duitse wettelijke publieke zorgverzekering die het Hof van Justitie heeft beoordeeld in gevoegde zaken C-264/01, C-306/01, C-354/01 en C-355/01, AOK Bundesverband (reeds aangehaald). Het Hof beschouwde het Duitse stelsel als niet-economisch van aard en beklemtoonde met name dat de ziekenfondsen wettelijk verplicht zijn hun verzekerden vergoedingen te geven, die in wezen identiek zijn en niet afhangen van het bedrag van de premies die de verzekerde personen betalen, dat zij dus niet met elkaar concurreerden ter zake van de verplichte wettelijke vergoedingen en dat zij deelnamen aan een stelsel van risicoverevening (zie de punten 52, 53 en 54 van dat arrest).
([58]) Zie ook zaak C-350/07, Kattner Stahlbau GmbH, reeds aangehaald, punt 53 en met name de conclusies van advocaat-generaal Mazák van 18 november 2008 in die zaak (zaak C-350/07, Kattner Stahlbau GmbH/Maschinenbau- und Metall- Berufsgenossenschaft, Jurispr. 2009, blz. I-1513, punt 59).

stelsel — enige ruimte biedt voor concurrentie, de aard en de mate van deze concurrentie, de omstandigheden waarin deze speelt en de aanwezigheid en het gewicht van andere relevante factoren bepalend is ([59]). In de hier te onderzoeken zaak is het soort concurrentie dat voor consumenten het meeste van belang is — prijsconcurrentie met betrekking tot de hoogte van de premies —, uitgesloten omdat Slowaakse zorgverzekeraars de hoogte van de premies van de verzekerde personen niet kunnen aanpassen, aangezien deze bij wet wordt vastgesteld. Bovendien is de marge voor concurrentie op kwaliteit vrij beperkt omdat in de Slowaakse verplichte zorgverzekering wordt voorzien in een erg ruim aanbod aan wettelijke vergoedingen die gelijk zijn voor alle verzekerde personen, waardoor er voor verzekeraars weinig ruimte overblijft om op basis van een aanbod van bijkomende (gratis) behandelingen te concurreren om cliënten. Zorgverzekeraars hebben dus niet de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op die wettelijke vergoedingen — en concurreren dus niet met elkaar of wat betreft de toekenning van verplichte wettelijke vergoedingen voor zorgprestaties, hetgeen hun voornaamste functie is.

(93) In de derde plaats wordt volgens de Commissie niets afgedaan aan het niet-economische karakter van de activiteiten van de verplichte zorgverzekering door het feit dat zorgverzekeraars concurreren op kwaliteit en op efficiënt inkopen doordat zij tegen concurrerende prijzen kwalitatieve zorg en aanverwante diensten inkopen bij zorgverstrekkers. Zodoende bieden de verzekeraars, via een activiteit die los kan worden gezien van hun contracten met de verzekerde personen binnen de verplichte zorgverzekering, de nodige input om hun rol binnen dat stelsel te spelen. Uit de rechtspraak van het Hof van Justitie volgt dat indien het stelsel van de verplichte zorgverzekering doordat de inherente kenmerken ervan niet-economisch van aard zijn, ook de activiteit van de inkoop van die voor het functioneren van dit stelsel vereiste input, evenzeer niet-economisch van aard ([60]).

(94) In de vierde plaats doet het feit dat de regels voor de Slowaakse verplichte zorgverzekering verzekeraars toestaan om winst te maken en een deel van de winst aan hun aandeelhouders uit te keren, niet af aan het niet-economische karakter van hun activiteiten, omdat deze plaatsvinden binnen een stelsel met een sterke aanwezigheid van alle bovengenoemde kenmerken die wijzen op het niet-economische karakter ervan. Het enkele feit dat zorgverzekeraars winst mogen maken en een deel van de winst mogen uitkeren, ondergraaft op zich nog niet de vooraanstaande rol van de sociale kenmerken en doelstellingen van het stelsel, de centrale rol van het solidariteitsbeginsel daarin en de strikte regels en het strikte toezicht van de Staat waarbinnen het stelsel functioneert. Wat de overheidsregulering betreft, herhaalt de Commissie dat de krijtlijnen voor de mogelijkheden om winst te maken, deze te gebruiken en uit te keren, worden getrokken door wettelijke verplichtingen die de Staat aan de Slowaakse zorgverzekeraars oplegt om de levensvatbaarheid en houdbaarheid van de verplichte zorgverzekering met al zijn in hoofdzaak sociale doelstellingen en solidariteitsdoelstellingen te borgen ([61]). De vrijheid om winst te maken, te gebruiken en uit te keren is in de Slowaakse verplichte zorgverzekering bijgevolg aanzienlijk beperkter dan in normale commerciële sectoren, en is ondergeschikt aan het bereiken van sociale doelstellingen en solidariteitsdoelstellingen.

(95) Een en ander betekent dat, als gevolg van de in de Slowaakse verplichte zorgverzekering ingevoerde beperkte concurrentie (d.w.z. slechts beperkte concurrentie op kwaliteit en geen prijsconcurrentie) en van de beperkingen op de wijze waarop winst mag worden gemaakt en hoe deze mag worden gebruikt, de elementen van concurrentie en winstgerichtheid die in de Slowaakse verplichte zorgverzekering aanwezig zijn, niet afdoen aan de duidelijk sociale kenmerken en kenmerken inzake solidariteit en regulering die wijzen op het niet-economische karakter van de activiteiten die zorgverzekeraars binnen dat stelsel ontplooien. De elementen van concurrentie en winstgerichtheid die in de Slowaakse verplichte zorgverzekering aanwezig zijn, dienen net te worden geacht in te zetten op de primaire doelstelling om, in het belang van het goede functioneren van dat socialezekerheidsstelsel, zorgverzekeraars ertoe aan te zetten hun activiteiten te organiseren volgens de beginselen van goed beheer, en zodoende ervoor te helpen zorgen dat de sociale doelstellingen en solidariteitsdoelstellingen van dat stelsel worden behaald ([62]).

(96) Ten slotte is de Commissie van oordeel dat het feit dat het Slowaakse Grondwettelijk Hof (bij het beoordelen van de vraag of er sprake was van een mogelijke schending van de door de Slowaakse Grondwet geborgde vrijheid van ondernemerschap) de Slowaakse verplichte zorgverzekering binnen „de werkingssfeer van de mededinging valt", niet betekent dat dit stelsel activiteiten van economische aard in de zin van de staatssteunregels behelst. Immers, in die zaak werd het Slowaakse Grondwettelijke Hof gevraagd na te gaan of het in 2007 door de

([59]) In dit verband herhaalt de Commissie dat het feit dat de Duitse ziekenfondsen in de AOK Bundesverband-zaak (gevoegde zaken C-264/01, C-306/01, C-354/01 en C-355/01) zelfs in enige mate van prijsconcurrentie waren verwikkeld door een bepaalde marge om de hoogte van de premies van aangesloten verzekerden, niets afdeed aan de bevinding van het Hof van Justitie dat zij geen economische activiteiten verrichtten. Volgens het Hof van Justitie was de invoering van een element van concurrentie met betrekking tot de premies om de ziekenfondsen ertoe aan te zetten hun activiteiten te organiseren volgens de beginselen van goed beheer — namelijk zo efficiënt en goedkoop mogelijk — in het belang van de goede werking van het Duitse socialezekerheidsstelsel. Dat dit het doel is, verandert, volgens het Hof van Justitie, niets aan de aard van de activiteiten van de ziekenfondsen (zie punt 56 van het betrokken arrest).

([60]) Zie arrest van 4 maart 2003, zaak T-319/99, Federación Nacional de Empresas de Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental (FENIN)/Commissie, Jurispr. 2003, blz. II-357, met name punt 37.

([61]) Zie de overwegingen 84 t/m 88.

([62]) Mede in het licht van de in overweging 13 genoemde hoofddoelstelling van de hervorming (doelmatigheid).

wetgever opgelegde verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars verenigbaar was met de Slowaakse Grondwet (schending van het eigendomsrecht, de bescherming van eigendom en de vrijheid van ondernemerschap) en met de artikelen 18, 49, 54 en 63 van het Verdrag. Het Slowaakse Grondwettelijke Hof oordeelde dat met dit verbod de Slowaakse Grondwet werd geschonden en dat er dus geen gronden waren om nader in te gaan op de inhoudelijke elementen van de interne-marktregels van de Europese Unie of zich uit te spreken over de schending van die regels.

(97) Tegen deze achtergrond, en rekening houdende met de specifieke kenmerken van deze zaak en de aanwezigheid en afweging van de relevante aanwijzingen, kan de activiteit van een verplichte zorgverzekering zoals die in Slowakije wordt georganiseerd en verricht, niet als een economische activiteit worden beschouwd.

(98) In het licht van het bovenstaande concludeert de Commissie dat SZP/VšZP, als de begunstigden van de kwestieuze maatregelen, niet kunnen worden geacht ondernemingen in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag te vormen en dat die maatregelen dus geen staatssteun in de zin van diezelfde bepaling behelzen.

(99) Daarom hoeft niet te worden onderzocht of de andere voorwaarden om van staatssteun in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag te kunnen spreken, vervuld zijn, noch hoeven de kwestieuze maatregelen op hun verenigbaarheid te worden getoetst.

8. **CONCLUSIE**

(100) In het licht van de bovenstaande overwegingen concludeert de Commissie dat de kwestieuze maatregelen geen staatssteun in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag vormen,

HEEFT HET VOLGENDE BESLUIT VASTGESTELD:

Artikel 1

De volgende door de Slowaakse Republiek aan Spoločná zdravotná poisťovňa a. s. (SZP) en/of Všeobecná zdravotná poisťovňa a. s. (VšZP) verleende maatregelen vormen geen staatssteun in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag:

a) de kapitaalverhoging van SZP ten belope van 450 miljoen SKK die tussen 28 november 2005 en 18 januari 2006 plaatsvond;

b) de schuldverlichting voor SZP via Veritel' a. s. in de periode van 2003 tot 2006;

c) de subsidie van het ministerie van Volksgezondheid voor SZP in 2006;

d) de kapitaalverhoging van VšZP ten belope van 65,1 miljoen EUR op 1 januari 2010;

e) de risicovereveningsregeling die met deel 3 van wet nr. 580/2004 werd ingevoerd, en

f) de overdacht van portfolio's van geliquideerde zorgverzekeraars, met name het portfolio van Družstevná zdravotná poisťovňa aan VZP en het portfolio van Európská zdravotná poisťovňa aan SZP.

Artikel 2

Dit besluit is gericht tot de Slowaakse Republiek.

Gedaan te Brussel, 15 oktober 2014.

Voor de Commissie
Joaquín ALMUNIA
Vicevoorzitter