DECISÃO (UE) 2015/248 DA COMISSÃO

de 15 de outubro de 2014

relativa às medidas SA.23008 (2013/C) (ex 2013/NN) aplicadas pela República Eslovaca a favor da Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (SZP) e da Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VZP)

[notificada com o número C(2014) 7277]

(Apenas faz fé a versão em língua eslovaca)

(Texto relevante para efeitos do EEE)

A COMISSÃO EUROPEIA,

Tendo em conta o Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (a seguir «TFUE»), nomeadamente o artigo 108.º, n.º 2, primeiro parágrafo,

Tendo em conta o Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, nomeadamente o artigo 62.º, n.º 1, alínea a),

Após ter convidado os interessados a apresentar as suas observações, em conformidade com os referidos artigos ([1]),

Considerando o seguinte:

1. PROCEDIMENTO

(1) Em 2 de abril de 2007, a Comissão recebeu uma denúncia da companhia privada de seguros de saúde Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s (a seguir «Dôvera» ou «autora da denúncia»), relativa a uma alegada medida de auxílio estatal a favor da companhia de seguros de saúde estatal Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s (a seguir «SZP»), sob a forma de um aumento do seu capital social no montante de 450 milhões de SKK (cerca de 15 milhões de EUR), efetuado em 26 de janeiro de 2006.

(2) Em 21 de agosto de 2009, a Comissão enviou um pedido de informações à República Eslovaca. Por carta de 24 de setembro de 2009, após prorrogação do prazo de resposta, as autoridades eslovacas prestaram as informações solicitadas.

(3) Por carta de 26 de fevereiro de 2010, a Comissão solicitou informações suplementares à República Eslovaca sobre a referida injeção de capital e pediu esclarecimentos relativamente ao regime de perequação dos riscos eslovaco (RPR), outra medida eventualmente suscetível de constituir um auxílio estatal. Por carta de 25 de março de 2010, as autoridades eslovacas solicitaram uma prorrogação do prazo de resposta a este pedido, a qual foi concedida pela Comissão por carta de 31 de março de 2010. Por carta de 9 de julho de 2010, após a Comissão ter recordado à República Eslovaca, em 16 de junho de 2010, que devia fornecer as informações, as autoridades eslovacas responderam ao pedido. Em 3 de dezembro de 2010, tal como solicitado pela Comissão na sua carta de 4 de novembro de 2010, a República Eslovaca apresentou uma versão não confidencial dessa resposta.

(4) Em 1 de janeiro de 2010, a SZP foi objeto de fusão com a outra companhia de seguros de saúde estatal, a Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s (a seguir «VZP»). Entre 1998 e, pelo menos, 2005, estas duas sociedades por ações detidas pelo Estado receberam as carteiras de seguros de outras companhias de seguros de saúde.

(5) Em duas reuniões entre a Comissão e a Dôvera, realizadas em 10 de outubro de 2010 e 15 de março de 2011, foram discutidos o objeto da denúncia e o funcionamento do setor dos seguros de saúde da Eslováquia. Na sua declaração de 15 de julho de 2011, a Dôvera prestou informações suplementares sobre a natureza do setor dos seguros de saúde da Eslováquia e alargou o âmbito da sua denúncia, incluindo três novas medidas alegadamente adotadas a favor da SZP e da VZP: i) a liquidação da dívida da SZP pela empresa estatal Veriteľ a.s. em 2004-2005, através de dois pagamentos de 52,7 milhões de EUR e 28 milhões de EUR, ii) um subsídio de 7,6 milhões de EUR concedido à SZP pelo Ministério da Saúde em 2006, iii) um aumento de capital financiado pelo Estado, no montante de 65,1 milhões de EUR, concedido à VZP em 1 de janeiro de 2010. Em consequência, a Comissão convidou as autoridades eslovacas a pronunciar-se sobre a denúncia de âmbito alargado com as novas alegações. Por carta de 11 de novembro de 2011, após prorrogação do prazo de resposta, as autoridades eslovacas apresentaram as suas observações.

([1]) JO C 278 de 26.9.2013, p. 28.

(6) Por carta de 16 de janeiro de 2012, na sequência de uma reunião com os serviços da Comissão realizada em 15 de dezembro de 2011, a Dôvera prestou informações suplementares sobre a natureza do setor dos seguros de saúde nacional.

(7) Por carta de 2 de julho de 2013, a Comissão notificou a República Eslovaca da decisão de dar início ao procedimento formal de investigação previsto no artigo 108.º, n.º 2, do Tratado (a seguir «decisão de dar início ao procedimento»). A decisão de dar início ao procedimento foi publicada no *Jornal Oficial da União Europeia* ([2]), tendo as partes interessadas sido convidadas a apresentar observações.

(8) Por carta de 24 de julho de 2013, as autoridades eslovacas solicitaram uma prorrogação do prazo de apresentação das suas observações sobre a decisão de dar início ao procedimento, a qual foi concedida pela Comissão por carta de 30 de julho de 2013. Por carta de 27 de agosto de 2013, a República Eslovaca apresentou as suas observações sobre a decisão de dar início ao procedimento.

(9) A Comissão recebeu observações sobre a decisão de dar início ao procedimento de cinco terceiros interessados: do Instituto para a Reforma Económica e Social (INEKO), por carta de 15 de outubro de 2013; da Union zdravotná poisťovňa, a.s. (a seguir «Union Seguros de Saúde»), por carta de 25 de outubro de 2013; do Health Policy Institute (HPI), por carta de 28 de outubro de 2013 da Združenie zdravotných poisťovní SR (Associação das Companhias de Seguros da Eslováquia, a seguir «ZZP»), por carta de 28 de outubro de 2013, e da Dôvera, por carta de 11 de novembro de 2013.

(10) As referidas observações foram transmitidas às autoridades eslovacas por cartas de 20 de novembro e de 20 de dezembro de 2013. Em 20 de dezembro de 2013, as autoridades eslovacas solicitaram uma prorrogação do prazo de resposta a essas observações até 31 de janeiro de 2014, a qual foi aceite pela Comissão no mesmo dia. Por carta de 29 de janeiro de 2014, a Eslováquia respondeu às observações sobre a decisão de dar início ao procedimento apresentadas pelos terceiros interessados.

(11) Em 2 de abril de 2014, realizou-se uma reunião entre os serviços da Comissão e as autoridades eslovacas.

(12) Em 11 de abril de 2014 e em 25 de agosto de 2014, a Comissão enviou pedidos de informações suplementares, aos quais a Eslováquia respondeu por cartas de 15 de maio de 2014 e de 27 de agosto de 2014, respetivamente.

2. **CONTEXTO**

2.1. EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SEGURO DE SAÚDE OBRIGATÓRIO DA ESLOVÁQUIA

(13) Em 1994, a Eslováquia passou de um sistema constituído por uma única companhia de seguros estatal para um modelo pluralista no qual tanto entidades públicas como entidades privadas podiam exercer a sua atividade. Uma reforma profunda que incluiu a promulgação das Leis n.º 581/2004 e n.º 580/2004, que entraram em vigor em 1 de janeiro de 2005 (a seguir «reforma de 2005»), alterou as regras de redistribuição das contribuições cobradas para o seguro de saúde e modificou a forma jurídica de todas as companhias de seguros (quer estatais quer privadas), que deixaram de ser entidades jurídicas sui generis e passaram a ser sociedades de responsabilidade limitada (ou seja, sociedades por ações de direito privado com fins lucrativos). Foi instituída uma autoridade reguladora independente, a Autoridade Eslovaca de Supervisão em Matéria de Saúde (a seguir «ASS»), para emitir licenças de funcionamento e supervisionar o cumprimento, pelas companhias de seguros, da regulamentação aplicável. No essencial, estas reformas visaram contribuir para aumentar a eficiência na utilização dos recursos disponíveis e melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde ([3]).

(14) Na Eslováquia, todas as companhias de seguros, públicas e privadas, prestam serviços de seguro de saúde obrigatório aos cidadãos residentes na Eslováquia ([4]). A possibilidade, prevista na Lei n.º 580/2004, de serem disponibilizados igualmente seguros de saúde individuais como complemento do pacote básico de prestações do

([2]) Ver nota de rodapé 1.

([3]) Ver igualmente o Relatório de 2004, Hlavačka, S., Wágner, R., Riesberg, A., «Health care systems in transition: Slovakia» (Vol. 6, N.º 10, 2004), p. 36 e seguintes, publicado pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde (disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf), em especial p. 99.

([4]) De acordo com a secção 3 da Lei n.º 580/2004, uma pessoa singular que tenha a sua residência permanente na República Eslovaca deve estar inscrita no sistema de seguro de saúde público. A lei prevê exceções mas apenas para as pessoas que tenham seguro de saúde noutro país. A referida secção 3 determina igualmente quais as pessoas que devem estar inscritas no sistema de seguro de saúde público mesmo que não tenham a sua residência permanente na República Eslovaca. Na presente decisão, a expressão «cidadãos residentes na Eslováquia» refere-se, sempre que adequado, a todas as categorias de pessoas que devem estar inscritas no sistema de seguro de saúde público.

seguro de saúde obrigatório continuou a não ser muito utilizada dada a abrangência das prestações de saúde cobertas pelo sistema obrigatório ([5]). Além disso, em 2005, foi instituída por ato legislativo a possibilidade de todas as companhias de seguros de saúde prestarem serviços de seguro de saúde voluntário às pessoas que estivessem excluídas do seguro de saúde obrigatório ([6]).

(15) Em 2007, a Lei n.º 530/2007 alterou a Lei n.º 581/2004 e proibiu as companhias de seguros com atividade no setor do seguro de saúde obrigatório de distribuir os lucros sob a forma de dividendos, com efeitos a partir de 1 de junho de 2008, impondo assim a obrigação de reinvestir os excedentes gerados no sistema de saúde eslovaco. Por conseguinte, a partir de janeiro de 2008, as companhias de seguros de saúde ficaram totalmente proibidas de distribuir lucros. No entanto, em 26 de janeiro de 2011, o Tribunal Constitucional da Eslováquia declarou a proibição de distribuição de lucros incompatível com várias disposições da Constituição eslovaca. Na sequência desta decisão, em julho de 2011, as autoridades eslovacas alteraram a Lei n.º 530/2007, através da Lei n.º 250/2011, de forma a permitir novamente às seguradoras distribuir (pelos respetivos acionistas) os lucros resultantes da atividade de seguro de saúde obrigatório, sob reserva de determinadas condições ([7]). Em consequência destas mudanças legislativas, em dezembro de 2011, o processo por incumprimento relativo à restrição da distribuição dos lucros foi encerrado pela Comissão ([8]).

(16) Em 31 de outubro de 2012, as autoridades eslovacas aprovaram um projeto de plano para a criação de um sistema de seguro de saúde obrigatório unitário, sem fins lucrativos, na República Eslovaca, que seria instituído através da aquisição negociada (até 1 de janeiro de 2014) das companhias privadas de seguros de saúde ou através da sua expropriação (até 1 de julho de 2014) e que procederia à constituição de uma única companhia de seguros de saúde (estatal) ([9]). No entanto, até à data da adoção da presente decisão, nenhuma das medidas do projeto acima referido tinha sido implementada ([10]).

2.2. COMPANHIAS DE SEGUROS DE SAÚDE NA ESLOVÁQUIA

(17) De acordo com a legislação eslovaca, entende-se por companhia de seguros uma sociedade pública de responsabilidade limitada que tenha a sua sede social na República Eslovaca, constituída com o objetivo de prestar serviços públicos de seguro de saúde obrigatório mediante autorização da ASS.

(18) Para obter um pacote de serviços de seguro de saúde obrigatório, os cidadãos residentes na Eslováquia podem optar por contratar qualquer das três seguintes seguradoras:

a) A sociedade de responsabilidade limitada VZP, detida pelo Estado eslovaco, constituída em julho de 2005; a sua constituição resultou da transformação da empresa pública VšZP, constituída em 1 de novembro de 1994, ao abrigo da Lei n.º 273/1994, como sucessora da Companhia de Seguros Nacional (Národná poisťovňa) da Administração do Fundo de Seguro de Saúde; a VZP foi objeto de fusão com a companhia estatal SZP em 1 de janeiro de 2010, nos termos da Lei n.º 533/2009 (por conseguinte, sempre que adequado, a entidade conjunta é a seguir designada por «SZP/VZP»); a República Eslovaca é a única acionista da VZP;

b) A sociedade privada de responsabilidade limitada Dôvera (o seu principal acionista é o grupo financeiro da Europa Central PENTA); a Dôvera foi constituída em 1 de outubro de 2005 e foi objeto de fusão com outra companhia privada de seguros de saúde eslovaca, a Apollo, em 31 de dezembro de 2009. Em 2010, a entidade resultante da fusão era a maior companhia privada de seguros de saúde na Eslováquia;

c) A sociedade privada de responsabilidade limitada Union Seguros de Saúde, constituída em 9 de março de 2006 e membro do grupo sedeado nos Países Baixos Achmea, anteriormente Eureko.

([5]) Cf. 2011 Report, Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M and van Ginneken E., «Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition» (Vol. 13 No. 2 2011), European Observatory on Health Systems and Policies (disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), p. 78.

([6]) Lei n.º 352/2005, ou seja, às pessoas que não tenham a sua residência permanente nem trabalhem na Eslováquia e às pessoas que tenham a sua residência permanente na Eslováquia mas tenham seguro de saúde no estrangeiro. De acordo com a resposta das autoridades eslovacas à decisão de dar início ao procedimento, a possibilidade de prestar serviços de seguro voluntário foi abolida pela Lei n.º 121/2010, com efeitos a partir de 1 de maio de 2010.

([7]) Essas condições são: 1) Utilização obrigatória dos lucros na criação de uma reserva até ao limite de 20 % do capital social realizado (o fundo de reserva apenas pode ser utilizado para cobrir prejuízos); e 2) Criação obrigatória de provisões técnicas para pagamento da prestação de cuidados de saúde planeados a pessoas seguradas em lista de espera.

([8]) Infração n.º 2008/4268, no âmbito da qual a Comissão Europeia enviou ao Governo eslovaco uma notificação para cumprir nos termos das normas do Mercado interno, considerando que a proibição de as companhias de seguros de saúde disporem livremente de quaisquer lucros resultantes da prestação de serviços públicos de seguro de saúde na Eslováquia prevista na secção 15, n.º 6, da Lei n.º 581/2004, constitui uma restrição injustificada à livre circulação de capitais consagrada no artigo 63.º do Tratado.

([9]) Recentemente, o Tribunal Permanente de Arbitragem declarou-se incompetente para decidir as ações intentadas pela empresa neerlandesa Achmea (proprietária da Union Seguros de Saúde) contra este projeto, cf. acórdão do TPA de 24 de maio de 2014 no Processo n.º 2013-12, Achmea/República Eslovaca, disponível em: http://news.achmea.nl/achmea-discloses-awards-of-arbitration-tribunals/

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

(19) O quadro *infra* mostra a evolução das quotas de mercado das diferentes sociedades que prestaram serviços de seguro de saúde obrigatório na República Eslovaca entre 2008 e 2013 ([11]):

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ([1])
Companhias de seguros	Número de pessoas seguradas (%)					
VZP	55,4	55,0	66,74	65,79	64,4	64,09
SZP	13,6	12,0	2010: a SZP é objeto de fusão com a VZP			
Apollo	8,4	10,0	2010: a Apollo é objeto de fusão com a 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]) Ver ponto 37 do acórdão do Tribunal Permanente de Arbitragem de 24 de maio de 2014, processo 2013-12, *Achmea v República Eslovaca* (ver nota 9 *supra*).

(20) Todas as companhias de seguros de saúde são sociedades por ações e a legislação em matéria de participações sociais permite que tanto o Estado como os privados sejam acionistas. Todas as companhias de seguros são obrigadas a cumprir determinados critérios de solvabilidade. Uma vez que estão sujeitas a rigorosas limitações orçamentais, são totalmente responsáveis pelas dificuldades financeiras. Enquanto sociedades privadas por ações constituídas ao abrigo do direito comum das sociedades, as companhias de seguros de saúde gerem de forma autónoma as suas operações e os custos com cuidados de saúde.

(21) As companhias de seguros de saúde podem realizar, e efetivamente realizam, lucros ([12]). As receitas das companhias de seguros da Eslováquia são obtidas a partir das contribuições para os seguros, do orçamento de Estado (contribuições em nome das pessoas economicamente inativas e subsídio para cobrir os aumentos de custos do serviço de saúde), de rendimentos do património, doações e outros rendimentos. As companhias de seguros de saúde podem realizar lucros, por exemplo, melhorando o seu sistema de gestão e através da negociação quando celebram contratos com prestadores de cuidados de saúde.

2.3. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO SETOR ESLOVACO DO SEGURO DE SAÚDE OBRIGATÓRIO

2.3.1. **Objetivo social e interesse público**

(22) O sistema eslovaco de seguro de saúde obrigatório prossegue um objetivo social, designadamente, permitir a prestação de cuidados de saúde e a manutenção de um sistema viável de seguros de saúde. Os cidadãos têm o direito de ter seguro de saúde e os cidadãos residentes na Eslováquia têm a obrigação de estar segurados ([13]). O direito a cuidados de saúde gratuitos com base no seguro de saúde é uma obrigação constitucional da República Eslovaca ([14]). De acordo com as autoridades eslovacas, considera-se que, ao prestar serviços de seguro de saúde obrigatório na República Eslovaca, as companhias de seguros de saúde cumprem uma obrigação constitucional em nome do Estado, ou seja, a prestação de serviços de seguro de saúde aos cidadãos residentes na Eslováquia através da gestão do sistema de seguro de saúde obrigatório da Eslováquia. A República Eslovaca é, por lei, responsável pelo financiamento do sistema de cuidados de saúde e pela cobertura dos prejuízos no setor dos cuidados de saúde ([15]). Nos termos da secção 2 da Lei n.º 580/2004, relativa aos seguros de saúde, a prestação de serviços públicos de seguro de saúde obrigatório é uma atividade de interesse público, no exercício da qual são geridos fundos públicos.

([11]) Os valores relativos a 2011-2013 foram fornecidos pela autora da denúncia nas suas observações sobre a decisão de dar início ao procedimento.

([12]) Decisão de dar início ao procedimento, considerandos 23 e 24.

([13]) A obrigatoriedade de estar coberto por um seguro está prevista na lei para todas as pessoas aí especificadas (secção 3 da Lei n.º 580/2004). Todos os cidadãos especificados na lei estão legalmente obrigados a pagar contribuições para o seguro de saúde público (secção 11 da Lei n.º 580/2004). O não pagamento das contribuições é considerado infração penal.

([14]) O artigo 40.º da Constituição da República Eslovaca prevê entre «os direitos e as liberdades fundamentais» constitucionalmente garantidos que: «Todas as pessoas têm direito à proteção da sua saúde. Com base no seguro de saúde, os cidadãos têm direito a cuidados de saúde gratuitos e a assistência médica nas condições estabelecidas pela lei.».

([15]) Concretamente, em conjugação com as alterações legislativas adotadas em 2004, a República Eslovaca liquidou dívidas de quase mil milhões de EUR acumuladas pelo setor da saúde, incluindo as dívidas de companhias privadas de seguros de saúde (de acordo com as informações prestadas pelas autoridades eslovacas à Comissão em 9 de julho de 2010).

2.3.2. **Participação obrigatória, inscrição livre e tarifação uniforme**

(23) Em conformidade com o disposto nas Leis n.º 580/2004 e n.º 581/2004, a participação no programa eslovaco de seguro de saúde público é obrigatória para a maior parte da população da República Eslovaca ([16]). Na Eslováquia, o seguro de saúde obrigatório abrange igualmente as pessoas seguradas em conformidade com o Regulamento (CEE) n.º 1408/71 do Conselho ([17]), até 30 de abril de 2010, e em conformidade com o Regulamento (CE) n.º 883/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho, a partir de 1 de maio de 2010 ([18]).

(24) As pessoas seguradas têm o direito de escolher a sua companhia de seguros e de mudar de companhia de seguros uma vez por ano. No respeito pela obrigação de inscrição livre e pelo princípio da tarifação uniforme, as companhias de seguros da Eslováquia têm a obrigação legal de aceitar no seu regime de seguros todos os cidadãos residentes na Eslováquia que o solicitem, desde que estes preencham os requisitos legais do seguro de saúde da Eslováquia. Em especial, as companhias de seguros de saúde não podem recusar segurar uma pessoa em razão da idade, estado de saúde ou risco de doença ([19]) e devem disponibilizar serviços básicos de seguro de saúde ao mesmo preço a todas as pessoas, independentemente destes fatores.

(25) Por conseguinte, o sistema eslovaco de seguros de saúde inclui igualmente uma arquitetura jurídica para a partilha equitativa de riscos entre as companhias de seguros de saúde através de um regime de perequação dos riscos (RPR). No âmbito do RPR ([20]), as companhias de seguros que seguram pessoas associadas a um risco mais elevado recebem fundos de companhias de seguros cuja carteira esteja associada a um risco menos elevado, ou seja, através da reafectação mensal e anual de contribuições e da gestão de transferências ([21]).

2.3.3. **Prestações e contribuições em função dos rendimentos**

(26) O seguro de saúde obrigatório eslovaco baseia-se num sistema de contribuições obrigatórias. As taxas de contribuição são fixadas por lei e são proporcionais aos rendimentos do segurado (à semelhança do imposto sobre os rendimentos), e não baseadas nos riscos cobertos (designadamente na idade do segurado ou no seu estado de saúde). Essas contribuições, que as autoridades eslovacas consideram que fazem parte dos fundos públicos, são cobradas: 1) aos trabalhadores por conta de outrem e aos empregadores; 2) aos trabalhadores por conta própria; 3) às pessoas voluntariamente desempregadas; 4) ao Estado (no que respeita aos «segurados do Estado», ou seja, o grupo da maioria das pessoas economicamente inativas); e 5) às entidades que pagam dividendos.

(27) É garantido a todos os segurados o mesmo nível básico de prestações (a seguir «pacote básico de prestações»). Não existe uma relação direta entre o montante das contribuições pagas para o sistema e as prestações ([22]) que se recebe. Os serviços médicos cobertos pelo seguro de saúde obrigatório são prestados independentemente do valor das contribuições pagas pela pessoa segurada.

(28) O pacote básico de prestações do seguro de saúde obrigatório inclui quase todos os procedimentos de cuidados de saúde disponíveis na República Eslovaca, o que significa que, através desse pacote, são prestados praticamente todos os cuidados de saúde. Atualmente, o pacote básico de prestações permite o acesso de todas as pessoas a cuidados de saúde gratuitos, com exceção apenas de alguns tratamentos (por exemplo, cirurgias plásticas), e de pagamentos parciais de medicamentos e tratamentos termais e de determinados serviços relativos a cuidados de saúde (por exemplo, consultas de urgência). O pacote básico de prestações pode ser restringido ou alargado por decreto governamental (sem intervenção do parlamento). Uma vez que a Constituição eslovaca garante a todos os cidadãos cuidados de saúde ao abrigo do sistema de seguro de saúde obrigatório, de acordo com as condições estabelecidas na lei, as companhias de seguros não têm qualquer influência sobre o conjunto de prestações, o nível de cobertura ou o valor dos prémios do pacote básico de prestações, uma vez que estes são fixados por lei.

(29) As companhias de seguros de saúde eslovacas podem acrescentar, e efetivamente acrescentam, ao pacote básico de prestações vários direitos suplementares (prestações) à sua escolha, que abranjam serviços que não estão incluídos nesse pacote mas que são disponibilizados gratuitamente pelas seguradoras aos seus clientes como parte do mesmo pacote de cuidados de saúde ao abrigo do seguro de saúde obrigatório. Por exemplo, de acordo com as informações disponíveis, afigura-se que as companhias de seguros de saúde podem decidir se oferecem cobertura acrescida de determinados tratamentos complementares ou preventivos ao abrigo do mesmo pacote de seguro de saúde obrigatório. Essas prestações suplementares distinguem-se dos serviços de seguro de saúde individual que podem ser disponibilizados mediante o pagamento de uma taxa.

([16]) Ver nota 4.
([17]) Regulamento (CEE) n.º 1408/71 do Conselho, de 14 de junho de 1971, relativo à aplicação dos regimes de segurança social aos trabalhadores assalariados e aos membros da sua família que se deslocam no interior da Comunidade (JO L 149 de 5.7.1971, p. 2).
([18]) Regulamento (CE) n.º 883/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social (JO L 166 de 30.4.2004, p. 1).
([19]) Ver igualmente secção 6(9) da Lei n.º 580/2004.
([20]) Parte 3 da Lei n.º 580/2004.
([21]) Ver considerandos 45 a 47 *infra*.
([22]) Ver Lei n.º 577/2004.

2.3.4. **Escolha de prestadores e de serviços de cuidados de saúde**

(30) As companhias de seguros de saúde estão autorizadas a escolher os prestadores de cuidados de saúde e a celebrar contratos com médicos e hospitais individuais. Assim, as companhias de seguros de saúde celebram contratos com prestadores de cuidados de saúde individuais; esses contratos são celebrados independentemente uns dos outros e um determinado prestador de cuidados de saúde pode celebrar contratos com todas ou apenas com algumas companhias de seguros de saúde, e vice-versa. As companhias de seguros de saúde reembolsam os serviços prestados tanto por prestadores de cuidados de saúde públicos como por privados.

(31) Para garantir a acessibilidade geográfica dos serviços de saúde, o governo estabeleceu a exigência de uma rede mínima, de forma a influenciar o planeamento da capacidade dos serviços. Na prestação de serviços de seguro de saúde obrigatório, a lei impõe que as companhias de seguros de saúde celebrem contratos com uma rede mínima de hospitais. Cada companhia de seguros de saúde constitui a sua própria rede e melhora a rede mínima celebrando contratos, de forma seletiva, com mais hospitais e outros prestadores de serviços de cuidados de saúde. Por conseguinte, os serviços de cuidados de saúde prestados por esses hospitais e/ou por outros prestadores de serviços de cuidados de saúde e contemplados no seguro de saúde obrigatório são cobertos pela companhia de seguros de saúde em benefício das pessoas seguradas. As companhias de seguros de saúde têm alguma margem de discricionariedade para negociar com os hospitais em matéria de preços e de qualidade dos serviços de cuidados de saúde prestados às pessoas seguradas.

2.3.5. **Quadro regulamentar**

(32) O sistema de seguro de saúde obrigatório da República Eslovaca é regulado por legislação especial ([23]). Todas as companhias de seguros de saúde que prestam serviços de seguro de saúde obrigatório têm, por lei, estatuto, direitos e obrigações idênticos. Cada companhia de seguros de saúde deve ser constituída com a finalidade de prestar serviços de seguro de saúde público e não deve levar a cabo outras atividades que não as previstas na secção 6 da Lei n.º 581/2004. As atividades das companhias de seguros de saúde que gerem o sistema de seguro de saúde obrigatório estão sujeitas a um controlo global do Estado, exercido sobretudo através da autoridade reguladora — a ASS, que tem um papel de acompanhamento e controlo do sistema de saúde. A ASS verifica se as companhias de seguros de saúde e os prestadores de cuidados de saúde respeitam o enquadramento legislativo e intervém sempre que ocorram violações.

3. DESCRIÇÃO DAS MEDIDAS CONTESTADAS

(33) A presente decisão analisa as seis medidas seguintes (conjuntamente designadas por «medidas contestadas») ([24]):

3.1. AUMENTO DE CAPITAL DA SZP EM 2006

(34) Por carta de 2 de abril de 2007, a companhia privada de seguros de saúde Dôvera apresentou uma denúncia à Comissão contra a injeção de capital, pela República Eslovaca, na companhia estatal SZP, no montante de 450 milhões de SKK (cerca de 15 milhões de EUR), efetuada em três tranches, entre 28 de novembro de 2005 e 18 de janeiro de 2006.

(35) Esse aumento de capital estava associado à reforma do setor dos cuidados de saúde e à reforma de 2004-2005 do setor dos seguros de saúde da República Eslovaca. De facto, à data da sua constituição como sociedade por ações, em 2005, a SZP, enquanto sucessora legal de uma instituição pública ([25]), estava obrigada por lei a adquirir não apenas os ativos da companhia de seguros original mas também o seu passivo, constituído antes de 2005, cujo montante provocou um nível de solvência inadequado, de acordo com as exigências da secção 14.º, n.º 1, da lei relativa às companhias de seguros de saúde (Lei n.º 581/2004). Em 31 de dezembro de 2005, esse passivo ascendia a 467 765 milhões de SKK (aproximadamente 15,5 milhões de EUR).

([23]) Por exemplo, a relação jurídica entre a pessoa segurada e a seguradora de saúde tem a sua origem na lei e não num contrato (ver a secção 4 da Lei n.º 580/2004). O controlo das companhias de seguros de saúde e da prestação dos cuidados de saúde é igualmente regulado por lei.

([24]) As medidas são descritas mais pormenorizadamente na decisão de dar início ao procedimento, considerandos 44 a 72.

([25]) Enquanto instituição pública anterior a 1 de maio de 2005, a SZP funcionou como companhia de seguros com uma carteira de seguros específica e relativamente limitada, ao mesmo tempo que estava obrigada perante os seus tomadores de seguros, ao contrário de outras companhias de seguros de saúde, a cobrir cuidados de saúde preventivos específicos e cuidados de saúde específicos prestados em conexão com acidentes de trabalho e doenças profissionais.

3.2. LIQUIDAÇÃO DAS DÍVIDAS DA SZP PELA VERITEĽ

(36) A Veriteľ foi constituída em 2003 ([26]) como nova agência estatal para a consolidação das dívidas dos cuidados de saúde e foi incumbida pelo Governo eslovaco da implementação de um projeto destinado a reduzir as dívidas das instalações de cuidados de saúde e das companhias de seguros de saúde antes da reorganização de todos os fundos de seguros de saúde existentes em sociedades por ações, até 30 de setembro de 2005. O processo de redução das dívidas foi executado ao abrigo de resoluções do Governo eslovaco.

(37) No período de 2003 a 2005, a Veriteľ liquidou uma dívida no setor da saúde superior a 1 100 milhões de EUR em valor contabilístico, com o custo de 644 milhões de EUR em numerário. Uma vez que o Ministro da Saúde anunciou que se tratava do último resgate do sistema de cuidados de saúde, a Veriteľ foi extinta em 2006 ([27]).

(38) A autora da denúncia alega que o pagamento, pela Veriteľ, de 52,7 milhões de EUR para liquidação da dívida da SZP, dado que se trata de um valor superior ao que a própria autora da denúncia recebeu ([28]), indicia um tratamento discriminatório injustificado no processo de liquidação de dívida. Contudo, a principal preocupação da autora da denúncia é a de que, além disso, em 30 de novembro de 2005 (ou seja, após a transformação), a Veriteľ efetuou um pagamento de aproximadamente 28 milhões de EUR para liquidação de uma outra dívida que a SZP tinha para com a conta especial para redistribuição de prémios. Tal foi efetuado através da cessão à Veriteľ, pela SZP, de créditos de prémios e juros. A SZP cedeu à Veriteľ aproximadamente 929 milhões de SKK em créditos de prémios e juros (deste valor, cerca de 343 SKK eram juros). A Veriteľ, por seu turno, deu uma contrapartida de 840 milhões de SKK (aproximadamente 28 milhões de EUR) à SZP, saldando a dívida desta para com a conta especial para redistribuição de prémios ([29]).

3.3. SUBSÍDIO ATRIBUÍDO À SZP EM 2006

(39) Na segunda metade de 2006, foi atribuído um outro subsídio à SZP pelo Ministério da saúde, utilizando parte do balanço de liquidação da Veriteľ, que foi dissolvida em 2006. De acordo com a autora da denúncia, o montante do subsídio foi de aproximadamente 7,6 milhões de EUR.

(40) A autora da denúncia alega que este subsídio foi concedido para liquidar as dívidas da SZP para com os prestadores de cuidados de saúde, anteriores a 2005, embora não fosse claro que estas dívidas continuassem a existir à data de concessão do subsídio.

(41) Contudo, de acordo com as autoridades eslovacas, os recursos financeiros resultantes do balanço de liquidação da Veriteľ não foram atribuídos à SZP mas sim a instalações médicas que, nessa altura, eram propriedade do Estado, para pagamento das respetivas dívidas para com a SZP (ou seja, contribuições para o seguro de saúde dos seus trabalhadores). Consequentemente, de acordo com as autoridades eslovacas, não se tratou de qualquer subsídio mas apenas do pagamento normal, por parte do Estado, de dívidas cuja existência não era contestada — prémios de seguro de saúde não pagos.

3.4. AUMENTO DE CAPITAL DA VZP EM 2010

(42) A República Eslovaca, através do Ministério da Saúde, aumentou a sua participação no capital social da VZP em 1 de janeiro de 2010. O aumento de capital social ascendeu a aproximadamente 65,1 milhões de EUR.

(43) De acordo com a autora da denúncia, uma vez que a VZP estava perto da insolvência, afigura-se que o Estado atuou desta forma para cobrir o défice da VZP. A autora da denúncia alega igualmente que o Estado não tinha esperança absolutamente nenhuma de receber um retorno do seu investimento num prazo razoável, tendo em conta, em especial, que a Eslováquia acabara de criar uma lei que proibia as companhias de seguros de saúde de distribuir os seus dividendos.

(44) De acordo com as autoridades eslovacas, este aumento de capital da VZP em 2010 foi efetuado para eliminar os efeitos da crise financeira e para ajudar a VZP a suportar a pressão do aumento do nível de endividamento com a crescente procura de cuidados de saúde.

([26]) A Veriteľ, a.s. foi constituída nos termos da Resolução do Governo eslovaco n.º 262, de 2 de abril de 2003.

([27]) Ver o Relatório de 2011, Szalay, T., Pažitný, P., Szalayová, A., Frisová, S., Morvay, K. Petrovič, M. e van Ginneken, E., «Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition» (Vol. 13 N.o 2, 2011), publicado pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde (disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), p. 142.

([28]) De acordo com a autora da denúncia, em comparação, os antecessores da Dôvera, que conjuntamente tinham uma dimensão maior do que a SZP, viram as suas dívidas liquidadas por um montante de apenas 27,25 milhões de EUR.

([29]) De acordo com a autora da denúncia, citando o Relatório sobre a Investigação às Atividades da Veriteľ, a.s. ao Longo da sua Existência, Ministério das Finanças da Eslováquia, setembro de 2007.

3.5. REGIME DE PEREQUAÇÃO DOS RISCOS (RPR)

(45) Na sua apreciação preliminar, a Comissão descobriu igualmente que o financiamento das companhias de seguros de saúde da República Eslovaca inclui um mecanismo de partilha e ajustamento dos riscos — o regime de perequação dos riscos (RPR).

(46) O RPR ([30]) aplica-se na totalidade a todas as companhias de seguros de saúde que prestam serviços de seguro de saúde obrigatório na República Eslovaca. Embora as contribuições para o seguro de saúde obrigatório sejam cobradas diretamente pelas companhias de seguros de saúde aos empregadores, aos trabalhadores por conta própria, aos contribuintes voluntários (pessoas voluntariamente desempregadas), ao Estado e às entidades que pagam dividendos, a distribuição das receitas e das despesas entre as companhias de seguros de saúde é desigual devido às diferenças na estrutura populacional dos seus segurados. Para aliviar o peso financeiro sobre as companhias de seguros de saúde com uma carteira de risco mais elevado e para reduzir a tendência para a seleção de riscos, as contribuições são redistribuídas entre as companhias de seguros de saúde utilizando o RPR, através de uma fórmula de cálculo concebida pela ASS. ([31]) Os parâmetros aplicados no RPR são a idade, o sexo e, a partir de 2010, a situação da atividade económica da pessoa segurada.

(47) As autoridades eslovacas consideram que o RPR não é uma forma de auxílio estatal mas antes uma questão de equalização de fundos de acordo com os critérios do RPR aplicáveis às pessoas seguradas, ou seja, trata-se de solidariedade entre as pessoas seguradas e não de um auxílio estatal.

3.6. TRANSFERÊNCIAS DE CARTEIRAS PARA A SZP E PARA A VZP

(48) Outra medida que chamou a atenção da Comissão na sua apreciação preliminar foi a existência de várias transferências diretas, por intervenção do Estado, para a SZP e para a VZP de carteiras de outras companhias de seguros de saúde (em especial da companhia Družstevná zdravotná poisťovňa para a VZP e da companhia Európská zdravotná poisťovňa para a SZP) que foram liquidadas ao longo do tempo.

(49) De acordo com a Dôvera, a carteira da EZP foi transferida diretamente para a SZP apesar de existirem outros operadores interessados no mercado, uma transferência cujos contornos e condições não eram claros.

(50) A República Eslovaca alega que a decisão da ASS de transferir a carteira da EZP para a SZP sem qualquer contrapartida está em conformidade com as disposições da Lei n.º 581/2004, respeitando, ao mesmo tempo, o direito dos segurados de escolher a sua companhia de seguros de saúde. Alega que outras companhias de seguros manifestaram-se interessadas nessa carteira mas em condições que teriam prolongado, de forma desproporcionada, o processo de liquidação. Além disso, de acordo com as autoridades eslovacas, uma vez que a transferência das carteiras dizia respeito a todos os créditos e a todo o passivo das empresas liquidadas, não foi concedida qualquer vantagem às beneficiárias VZP e SZP.

4. **MOTIVOS PARA DAR INÍCIO AO PROCEDIMENTO FORMAL DE INVESTIGAÇÃO**

(51) Na decisão de dar início ao procedimento, a Comissão manifestou dúvidas quanto à determinação da natureza económica ou não económica da atividade em causa e referiu que, atendendo às especificidades do caso, a SZP/VZP e as restantes companhias que disponibilizam seguros de saúde no sistema obrigatório da República Eslovaca podem ter exercido uma atividade económica a partir de 1 de janeiro de 2005. Considerou que a combinação de características económicas e não económicas do sistema eslovaco de seguro de saúde obrigatório tornava necessária a realização de uma análise aprofundada dos seus diferentes elementos e da respetiva importância no sistema, a fim de determinar se a atividade de seguro de saúde obrigatório, nos moldes em que está organizada e é levada a cabo na Eslováquia, deve ser considerada uma atividade de natureza económica (a partir de 1 de janeiro de 2005) ou não económica.

(52) A Comissão referiu igualmente que — caso a atividade devesse ser considerada de natureza económica — não dispunha de informações suficientes para determinar se as medidas em análise conferiam à SZP/VZP uma vantagem seletiva.

(53) Por conseguinte, tendo concluído que, nessa fase, não podia excluir a existência de auxílios estatais, na ausência de argumentos específicos ou de indicações claras quanto à sua compatibilidade com o mercado interno, a Comissão manifestou igualmente dúvidas de que essas medidas pudessem ser consideradas compatíveis com o mercado interno na aceção do artigo 106.º, n.º 2, e do artigo 107.º, n.º 3, alínea c), do Tratado, caso concluísse que tais medidas constituíam auxílios estatais.

([30]) Parte 3 da Lei n.º 580/2004.
([31]) Para mais pormenores sobre o RPR, ver os considerandos 60 a 67 da decisão de dar início ao procedimento.

(54) Nesse contexto, a Comissão observou que a conclusão definitiva sobre se a atividade de seguro de saúde obrigatório na República Eslovaca era, de facto, de natureza económica ou não económica, se as medidas estatais reuniam todas as outras condições para serem consideradas auxílios estatais e, se assim fosse, se eram compatíveis com o mercado interno, só poderia ser retirada numa decisão final a adotar após a conclusão do procedimento formal de investigação, quando tivessem sido recolhidas todas as informações disponíveis (incluindo outras observações dos Estados-Membros e das partes interessadas) e tivesse sido efetuada uma apreciação aprofundada de todas as informações.

5. **OBSERVAÇÕES DAS PARTES INTERESSADAS**

(55) A Comissão recebeu as seguintes observações das partes interessadas, abaixo resumidas:

5.1. DÔVERA

(56) Em resposta à decisão de dar início ao procedimento, a Dôvera, autora da denúncia, prestou informações suplementares sobre o sistema de seguros de saúde e apresentou mais argumentos, em especial para fundamentar a sua opinião de que a SZP e a VZP são empresas sujeitas ao direito da concorrência e beneficiaram de auxílios estatais incompatíveis.

(57) A Dôvera salienta que a SZP/VZP concorre com companhias de seguros de saúde privadas que disponibilizam o mesmo serviço embora com fins lucrativos, remetendo para as suas observações anteriores sobre a natureza económica da atividade e para a jurisprudência recente do Tribunal de Justiça ([32]). Neste contexto, a Dôvera alega que os vários elementos apresentados pela República Eslovaca e elencados na decisão de dar início ao procedimento como sinais da natureza não económica das atividades da VZP/SZP, não resistem a uma análise rigorosa. De acordo com a Dôvera, a reforma de 2004-2005 visava a criação de um mercado concorrencial, o que foi reconhecido e confirmado pelo poder judicial eslovaco (ou seja, o Tribunal Constitucional da Eslováquia), bem como pelas próprias autoridades eslovacas. Neste contexto, a Dôvera salienta ainda o facto de as seguradoras concorrerem entre si pelos prestadores de cuidados de saúde através da contratação seletiva e da negociação dos preços e da qualidade dos serviços, e refere igualmente as campanhas de *marketing* realizadas pelas companhias de seguros de saúde para reter e atrair clientes. A Dôvera nega também a natureza exclusivamente social do sistema, referindo a possibilidade de as companhias de seguros de saúde realizarem e distribuírem lucros e o desejo dos investidores privados de investir em operadores com atividade no setor eslovaco do seguro de saúde obrigatório.

(58) Remetendo para as observações que apresentou à Comissão antes da decisão de dar início ao procedimento, a Dôvera afirma ainda que todas as medidas identificadas nessa decisão devem ser consideradas auxílios ilegais, uma vez que se verificam todos os outros elementos previstos no artigo 107.º, n.º 1, do Tratado. Na sua opinião, não se pode considerar que a República Eslovaca atuou como um investidor numa economia de mercado quando aumentou o capital da SZP, em 2006, e o capital da VZP, em 2010. A Dôvera alega igualmente que a República Eslovaca estabeleceu uma discriminação entre a SZP/VZP e as companhias de seguros privadas ao conceder um tratamento mais favorável à SZP no processo de liquidação da dívida desta, em 2003-2005, bem como ao introduzir dois novos parâmetros no RPR, em 2009 e 2012. No que respeita à transferência de carteiras, as observações da Dôvera incidem na transferência da carteira de seguros da EZP, uma vez que não possui qualquer informação sobre uma transferência de carteira anterior para a VZP. A este respeito, afirma que a Comissão pode ter sido mal informada pelas autoridades eslovacas sobre o enquadramento jurídico aplicável a essa transferência de carteira.

(59) Por último, a Dôvera alega que as autoridades eslovacas não conseguiram provar que a prestação de serviços de seguro de saúde obrigatório é um serviço de interesse geral, pelo que questiona a própria base para uma análise à luz da jurisprudência Altmark ([33]) e do pacote SIEG da Comissão.

5.2. UNION SEGUROS DE SAÚDE

(60) Nas suas observações sobre a decisão de dar início ao procedimento, a Union Seguros de Saúde, o outro concorrente privado da SZP/VZP, está em grande consonância com as observações apresentadas pela Dôvera, alegando que a SZP e a VZP são empresas na aceção do artigo 107.º, n.º 1, do Tratado. A Union Seguros de Saúde considera que cinco das seis medidas descritas na secção 3 da referida decisão constituem auxílios estatais e são incompatíveis com o mercado interno. No que respeita à sexta medida, o RPR, a Union Seguros de Saúde

([32]) Acórdão de 12 de setembro de 2013 no Processo T-347/09, Alemanha/Comissão, ainda não publicado.
([33]) Processo C-280/00, Altmark (Coletânea 2003, p. I-7747).

alega que esta poderá cumprir as condições da jurisprudência Altmark em matéria de compensação de serviço público ou pode ser compatível com o mercado interno ao abrigo do artigo 106.º, n.º 2, do Tratado, tornando necessária uma investigação mais aprofundada da sua abordagem potencialmente discriminatória a favor do beneficiário líquido do RPR, ou seja, a SZP/VZP.

5.3. IPS, INEKO E ZZP

(61) Nas suas observações sobre a decisão de dar início ao procedimento, as outras três partes interessadas, ou seja, o IPS, o INEKO e a ZZP, apoiam, no essencial, a posição da autora da denúncia, a Dôvera, e da Union Seguros de Saúde no sentido de que a atividade é de natureza económica e de que as medidas envolvem auxílios estatais ao conceder uma vantagem seletiva à SZP/VZP, manifestando a sua convicção de que as companhias de seguros de saúde operam num ambiente concorrencial (utilizando diferentes formas de atrair clientes) e alegando que o Estado concedeu um tratamento preferencial às companhias de seguros de saúde estatais.

6. OBSERVAÇÕES SOBRE A DECISÃO DE DAR INÍCIO AO PROCEDIMENTO E OBSERVAÇÕES SUPLEMENTARES DA REPÚBLICA ESLOVACA

(62) A República Eslovaca apresentou as suas observações sobre a decisão de dar início ao procedimento e pronunciou-se sobre as observações das partes interessadas.

(63) Nas suas observações, as autoridades eslovacas forneceram esclarecimentos e argumentos suplementares para reforçar a sua posição no sentido de que o sistema de seguro de saúde obrigatório não está sujeito às regras da concorrência, uma vez que não envolve uma atividade económica. Alegam que o seguro de saúde obrigatório eslovaco não pode ser considerado uma atividade económica de acordo com jurisprudência uniforme do Tribunal de Justiça ([34]), em especial pelas seguintes razões:

a) O sistema tem um objetivo social;

b) O sistema baseia-se na solidariedade, em especial tendo em conta o seguinte:

   i) a inscrição é obrigatória para os cidadãos residentes na Eslováquia,

   ii) é garantido a todos os segurados o mesmo nível mínimo de prestações,

   iii) as contribuições não têm relação com as prestações a nível individual, uma vez que o valor das contribuições é fixado por lei (não existe concorrência em matéria de preços),

   iv) existe solidariedade nos riscos entre as seguradoras: RPR e tarifação uniforme;

c) Existe um quadro regulamentar pormenorizado, que está sujeito a controlo por parte do Estado: o estatuto, os direitos e as obrigações de todas as companhias de seguros de saúde são estabelecidos por lei.

(64) A República Eslovaca rejeita a conclusão de que, em consequência das alterações legislativas de 2005, o sistema de saúde eslovaco passou a ser um sistema comercial e alega que o sistema nunca perdeu a sua natureza pública e não económica. Chama igualmente a atenção para o facto de que o sistema de seguros de saúde eslovaco faz parte do sistema de segurança social e remete para as competências dos Estados-Membros ao abrigo do artigo 168.º, n.º 7, do Tratado em matéria de organização e prestação de serviços de cuidados de saúde.

(65) As autoridades eslovacas afirmam ainda que a reforma dos seguros de saúde não substituiu os seguros de saúde públicos por seguros de saúde privados nem tornou extensível às seguradoras privadas a cobertura de quaisquer riscos respeitantes ao sistema público de segurança social. De acordo com a Eslováquia, o objetivo principal da reforma do setor da saúde era o estabelecimento de normas precisas para a gestão dos recursos financeiros afetos à saúde, e a reorganização, até 30 de setembro de 2005, de todos os fundos de seguros de saúde existentes em sociedades por ações com regras contabilísticas claramente definidas afigurava-se como uma forma adequada de estabelecer essas normas. As autoridades eslovacas consideram que todas as companhias de seguros de saúde da Eslováquia participam na gestão de fundos públicos que lhes são atribuídos no sistema de seguro de saúde público.

([34]) Em especial, Processos apensos C-159/91 e C-160/91, Poucet e Pistre; Processo C-218/00, Cisal e INAIL; Processos apensos C-264/01, C-306/01, C-354/01 e C-355/01, AOK Bundesverband e outros.

(66) De acordo com as autoridades eslovacas, o facto de o sistema eslovaco de seguro de saúde obrigatório permitir um grau limitado de concorrência em matéria de qualidade pode ser visto como um elemento que estimula as companhias de seguros de saúde a operar economicamente de acordo com os princípios da boa gestão, no interesse do funcionamento adequado do sistema, mas não como um elemento que pode afetar a natureza não económica do sistema de seguros de saúde como um todo.

(67) As autoridades eslovacas explicam igualmente que os fundos acumulados e redistribuídos no âmbito da estrutura do sistema eslovaco de seguro de saúde público através das companhias de seguros de saúde são fruto das contribuições públicas para o seguro de saúde, que são obrigatórias nos termos da lei, pelo que fazem parte das finanças públicas da Eslováquia. Por conseguinte, incumbe a todas as companhias de seguros de saúde a gestão dos fundos públicos pagos pelas pessoas em conformidade com a regulamentação legal pertinente, com vista à sua utilização na cobertura de cuidados de saúde.

(68) Para reforçar a sua alegação, as autoridades eslovacas recordam igualmente o facto de que, mesmo após ter sido abolida a proibição de distribuição de lucros, em 2011, a Lei de alteração n.º 250/2011 permitiu que as companhias de seguros de saúde realizassem lucros apenas em condições rigorosamente definidas, ou seja, mediante:

a) A introdução de um imposto sobre os lucros das companhias de seguros de saúde;

b) A utilização obrigatória dos lucros na criação de um fundo de reserva até ao limite de 20 % do capital social realizado da companhia de seguros (o fundo de reserva só pode ser utilizado para cobrir prejuízos dessa companhia de seguros);

c) A criação obrigatória de provisões técnicas para cobertura dos cuidados de saúde planeados das pessoas seguradas em lista de espera (consequentemente, as companhias de seguros de saúde não podem lucrar à custa dos seus clientes colocando-os em listas de espera em vez de cobrir imediatamente os cuidados de saúde de que estes necessitam; tal é essencial para o cumprimento das normas de contabilidade geralmente aceites do seguro de saúde público).

(69) A este propósito, as autoridades eslovacas explicaram que, quando a VZP registou um excedente, constituiu um fundo para cuidados de saúde destinado a cobrir o recurso a cuidados de saúde e a financiar cuidados de saúde especialmente dispendiosos, cobertos pelo seguro de saúde público. Além disso, nos anos em que foi registado um excedente, parte dos lucros da VZP foi igualmente aplicada no fundo de reserva legal, que foi posteriormente utilizado para reduzir os prejuízos acumulados. Por conseguinte, de acordo com as autoridades eslovacas, nenhuns lucros gerados por uma companhia de seguros de saúde estatal foram alguma vez distribuídos pelos acionistas.

(70) Neste contexto, a República Eslovaca chama a atenção para uma outra restrição imposta às companhias de seguros de saúde na medida em que estas só podem contrair empréstimos nos termos da Lei n.º 523/2004, relativa às regras orçamentais aplicáveis à administração pública, mediante aprovação prévia da ASS.

(71) Em apoio da sua alegação de que a atividade de seguro de saúde obrigatório não está sujeita às regras da concorrência, as autoridades eslovacas chamam igualmente a atenção para uma investigação realizada em 2009 pela Autoridade da Concorrência da República Eslovaca, a qual revelou que as atividades das companhias de seguros de saúde são exercidas no âmbito de um sistema caracterizado por um elevado nível de solidariedade, no qual os cuidados de saúde são prestados gratuitamente e os elementos essenciais dessas atividades são regulamentados pelo Estado, pelo que as atividades levadas a cabo pelas companhias de seguros de saúde na prestação de serviços de seguro de saúde público não podem ser vistas como uma atividade económica desenvolvida por empresas e que restringe a concorrência. Consequentemente, de acordo com a Autoridade da Concorrência, a Lei da Concorrência eslovaca não se aplica às atividades das companhias de seguros de saúde levadas a cabo na prestação de serviços de seguro de saúde público ([35]).

(72) As autoridades eslovacas explicam igualmente que, em 2011, o Tribunal Constitucional declarou a proibição de distribuição de lucros inconstitucional, com efeitos a partir de 2007, porque violava direitos de propriedade consagrados na Constituição eslovaca, mas declarou igualmente que não partilhava da opinião de que a lei relativa às companhias de seguros de saúde limitava os princípios da economia de mercado. Salientam também o facto de o Tribunal Constitucional ter referido ainda, a este respeito, que a legislação em matéria de seguros de saúde que exclua ou restrinja significativamente o impacto dos instrumentos da economia de mercado e, assim, restrinja a concorrência é constitucionalmente aceitável.

([35]) Investigação realizada pela Autoridade da Concorrência, relacionada com a proposta de fusão entre a SZP e a VZP e concluída em 3 de dezembro de 2009; ver igualmente o relatório anual de 2009 da Autoridade da Concorrência, disponível em http://www.antimon.gov.sk/data/att/958.pdf

(73) Para além da sua alegação de que a atividade de seguro de saúde obrigatório na Eslováquia não é abrangida pelo âmbito de aplicação das regras da concorrência, as autoridades eslovacas alegam que as medidas não preenchem os restantes requisitos relativos aos auxílios estatais previstos no artigo 107.º, n.º 1, do Tratado. Neste contexto, alegam que as injeções de capital de 2006 e 2009 não constituíram auxílios na medida em que respeitaram o princípio do investidor numa economia de mercado. Além disso, negam que se tenha verificado um tratamento discriminatório injustificado no processo de liquidação das dívidas pela Veriteľ e sustentam que não foi concedido qualquer subsídio à VZP em 2006, pelo contrário, tratou-se do pagamento normal, por parte do Estado, de dívidas cuja existência não era contestada. As autoridades eslovacas fornecem mais pormenores sobre as transferências de carteiras da DZP para a VZP e da EZP para a SZP e alegam que essas transferências não conferiram à SZP/VZP uma vantagem seletiva nos termos do artigo 107.º, n.º 1, do Tratado. Por último, fornecem igualmente mais informações sobre o RPR, esclarecendo, em especial, a forma como as contribuições foram redistribuídas (mensal e anualmente) entre 2006 e 2012, e argumentam que esta medida também não constitui um auxílio estatal, uma vez que coloca ao mesmo nível os riscos contemplados no sistema devido à existência de taxas de contribuição uniformes para todos os grupos de pessoas seguradas com diferentes graus de risco.

(74) As autoridades eslovacas dedicaram as suas observações sobre a decisão de dar início ao procedimento à defesa da sua posição no sentido de que a SZP e a VZP, dada a inexistência de atividade económica, não são empresas e de que as medidas respeitam o princípio do investidor numa economia de mercado e não conferem uma vantagem à SZP/VZP, pelo que não constituem auxílios. Por conseguinte, não consideraram necessário apresentar quaisquer argumentos acerca da compatibilidade das alegadas medidas de auxílio.

7. **APRECIAÇÃO DAS MEDIDAS**

(75) O artigo 107.º, n.º 1, do TFUE dispõe que «[…] são incompatíveis com o Mercado interno, na medida em que afetem as trocas comerciais entre os Estados-Membros, os auxílios concedidos pelos Estados ou provenientes de recursos estatais, independentemente da forma que assumam, que falseiem ou ameacem falsear a concorrência, favorecendo certas empresas ou certas produções».

(76) Em conformidade com o artigo 107.º, n.º 1, do TFUE, as regras em matéria de auxílios estatais apenas se aplicam quando o beneficiário da medida seja uma «empresa». De acordo com a jurisprudência do Tribunal de Justiça da União Europeia (a seguir «TJUE») o conceito de empresa para efeitos do artigo 107.º, n.º 1, do Tratado designa qualquer entidade que exerça uma atividade económica, independentemente do seu estatuto jurídico e do seu modo de financiamento ([36]). A qualificação de uma determinada entidade como empresa depende, por isso, totalmente da natureza económica ou não-económica das suas atividades.

(77) Tal como é explicado na decisão de dar início ao procedimento, a questão de saber se as medidas adotadas a favor da SZP/VZP constituem auxílios estatais depende, por isso, antes de mais, da questão de saber se, e em que medida, a SZP e a VZP, ao operar no âmbito do sistema eslovaco de seguro de saúde obrigatório, atuam como empresas por poder considerar-se que exercem uma atividade económica, tal como definida pela jurisprudência.

(78) De acordo com o TJUE, uma atividade económica é qualquer atividade que consista na oferta de bens e/ou serviços num determinado mercado ([37]). Neste contexto, a questão de saber se existe um mercado para determinados serviços pode depender da forma específica como esses serviços são organizados e prestados no Estado-Membro em causa ([38]). As regras em matéria de auxílios estatais apenas se aplicam quando uma determinada atividade é desenvolvida num contexto de mercado. A natureza económica do mesmo tipo de serviços pode, por conseguinte, se diferente de um Estado-Membro para outro. Além disso, devido a opções políticas ou à evolução económica, a qualificação de um determinado serviço pode sofrer alterações ao longo do tempo. O que não constitui uma atividade de mercado hoje pode, no futuro, converter-se numa atividade desse tipo, e vice-versa ([39]).

(79) Em relação à prestação de cuidados de saúde, a qualificação de regimes de cuidados de saúde como regimes que envolvem uma atividade económica depende das suas especificidades políticas e económicas e da forma particular como esses regimes são instituídos e estruturados no Estado-Membro em causa. No essencial, a jurisprudência do TJUE estabelece uma distinção entre os regimes baseados no princípio da solidariedade e os regimes económicos ([40]).

([36]) Ver, por exemplo, Processos apensos C-180/98 a C-184/98, Pavlov e outros (Coletânea 2000, p. I-6451, n.º 74).

([37]) Processo 118/85, Comissão/Itália (Coletânea 1987, p. 2599, n.º 7); Processo C-35/96, Comissão/Itália (Coletânea 1998, p. I-3851, n.º 36); Processos apensos C-180/98 a C-184/98, Pavlov e outros, n.º 75.

([38]) Processos apensos C-159/91 e C-160/91, Poucet e Pistre (Coletânea 1993, p. I-637).

([39]) Ver igualmente a Comunicação da Comissão relativa à aplicação das regras em matéria de auxílios estatais da União Europeia à compensação concedida pela prestação de serviços de interesse económico geral (a seguir «Comunicação SIEG 2012») (JO C 8 de 11.1.2012, p. 5), n.º 12.

([40]) A Comissão resumiu a jurisprudência pertinente do TJUE no que respeita à aplicação destas regras ao financiamento dos regimes de segurança social e de cuidados de saúde na sua Comunicação relativa à aplicação das regras em matéria de auxílios estatais da União Europeia à compensação concedida pela prestação de serviços de interesse económico geral de 2012 (a seguir «Comunicação SIEG 2012»).

(80) A jurisprudência do TJUE utiliza uma série de critérios para determinar se um regime de segurança social se baseia no princípio da solidariedade e, por conseguinte, não constitui uma atividade económica. Vários fatores podem ser relevantes neste contexto: i) se a inscrição no regime é obrigatória ([41]), ii) se o regime prossegue uma finalidade exclusivamente social ([42]), iii) se o regime não tem fins lucrativos ([43]), iv) se as prestações são independentes das contribuições ([44]), v) se valor das prestações pagas não é necessariamente proporcional aos rendimentos das pessoas seguradas ([45]), e vi) se o regime é controlado pelo Estado ([46]).

(81) i) inscrição opcional ([47]), ii) princípio de capitalização — ou seja, os direitos dependem das contribuições pagas e dos resultados financeiros do regime ([48]), iii) natureza lucrativa ([49]) e iv) pagamento de prestações que são complementares aos direitos previstos no âmbito de um regime de base ([50]).

(82) Alguns regimes combinam elementos de ambas as categorias (regimes baseados no princípio da solidariedade e económicos) ([51]), de modo que, para determinar se um dado regime é de natureza económica ou não económica, a Comissão deve verificar a existência, e ponderar a respetiva importância, de cada um dos diferentes elementos elencados nos dois considerandos anteriores no regime em apreciação ([52]).

(83) Por conseguinte, a conclusão definitiva sobre se a prestação de serviços de seguro de saúde obrigatório na República Eslovaca é uma atividade económica ou não económica dependerá de uma análise aprofundada da forma específica como essa atividade é organizada e levada a cabo nesse Estado-Membro e dirá respeito especificamente ao sistema de seguro de saúde obrigatório desse Estado-Membro. É à luz destas observações gerais que a Comissão apreciará se as medidas contestadas alegadamente adotadas a favor da SZP/VZP constituem auxílios estatais enquanto medidas adotadas a favor de uma «empresa» na aceção do artigo 107.º, n.º 1, do Tratado.

(84) Vários indícios apontam para a natureza não económica do sistema eslovaco de seguro de saúde, em especial no que respeita às suas características e objetivos sociais, que são predominantes no funcionamento desse sistema, e no facto de o sistema se basear essencialmente no princípio da solidariedade.

(85) Em primeiro lugar, a participação no programa público de seguro de saúde é legalmente obrigatória para a maior parte da população da República Eslovaca e os serviços médicos abrangidos pelo seguro de saúde obrigatório são prestados independentemente das contribuições pagas pela pessoa segurada. Uma pessoa segurada é livre de escolher qualquer companhia de seguros de saúde e, por força da obrigação de inscrição livre, a companhia de seguros de saúde escolhida não pode recusar segurar essa pessoa em razão da sua idade, estado de saúde ou risco de doença ([53]).

([41]) Processos apensos C-159/91 e C-160/91d, Poucet e Pistre (Coletânea 1993, p. I-637, n.º 13).
([42]) Processo C-218/00, Cisal e INAIL (Coletânea 2002, p. I-691 n.º 45).
([43]) Processos apensos C-264/01, C-306/01, C-354/01 e C355/01, AOK Bundesverband e outros (Coletânea 2004, p. I-2493, n.ºs 47 a 55).
([44]) Processos apensos C-159/91 e C-160/91, Poucet e Pistre (*supra* referidos), n.ºs 15 a 18.
([45]) Processo C-218/00, Cisal e INAIL (*supra* referido), n.º 40.
([46]) Processos apensos C-159/91 e C-160/91, Poucet e Pistre (*supra* referidos) n.º 14; Processo C-218/00, Cisal e INAIL (*supra* referido), n.ºs 43 a 48; Processos apensos C-264/01, C-306/01, C-354/01 e C-355/01, AOK Bundesverband e outros (*supra* referido) n.ºs 51 a 55.
([47]) Processo C-67/96, Albany (Coletânea 1999, p. I-5751, n.ºs 80 a 87).
([48]) Processo C-244/94, FFSA e outros (*supra* referido), n.ºs 9 e 17 a 20; Processo C-67/96, Albany (*supra* referido), n.ºs 81 a 85; ver igualmente os Processos apensos C-115/97 a C-117/97, Brentjens (Coletânea 1999, p. I6025, n.ºs 81 a 85), Processo C-219/97, Drijvende Bokken (Coletânea 1999, p. I-6121, n.ºs 71 a 75) e Processos apensos C-180/98 a C-184/98, Pavlov e outros (*supra* referido), n.ºs 114 e 115.
([49]) Processos apensos C-115/97 a C-117/97, Brentjens (*supra* referido).
([50]) Processos apensos C-180/98 a C-184/98, Pavlov e outros (*supra* referido).
([51]) Ver, por exemplo, o exercício de ponderação realizado pelo Tribunal de Justiça no Processo C-350/07, Kattner Stahlbau (Coletânea 2009, p. I-1513, em especial os n.ºs 33 a 68).
([52]) A este respeito, deve salientar-se igualmente que o recente acórdão (acórdão de 12 de setembro de 2013 no Processo T-347/09, Alemanha/Comissão, ainda não publicado) a que a Dôvera se refere nas suas observações sobre a decisão de dar início ao procedimento limita-se a confirmar o facto de que as entidades sem fins lucrativos podem igualmente oferecer bens e serviços num mercado (ver igualmente a Comunicação SIEG 2012, n.º 9, no que se refere à jurisprudência). Contudo, tal não altera o facto de que a conclusão quanto à natureza económica ou não económica da atividade num determinado caso deve basear-se na verificação da existência, e na ponderação da respetiva importância, de cada um dos diferentes elementos.
([53]) Ver os considerandos 23 a 25.

(86) Em segundo lugar, o seguro de saúde obrigatório eslovaco baseia-se em contribuições que são fixadas por lei e proporcionais aos rendimentos dos segurados, e não nos riscos cobertos (idade, estado de saúde ou risco de doença da pessoa segurada). Além disso, não existe uma relação direta entre o montante das contribuições que uma pessoa paga para o regime e o valor das prestações que essa mesma pessoa recebe do regime. Em consequência, as companhias de seguros não têm possibilidade de influir no montante das contribuições nem no nível mínimo de cobertura a que as pessoas seguradas têm direito, uma vez que estes são fixados pela legislação nacional.

(87) Em terceiro lugar, é garantido por lei a todos os segurados o mesmo nível básico de prestações, que é, na verdade, muito elevado, uma vez que abrange quase todos os procedimentos de cuidados de saúde disponibilizados na República Eslovaca, o que significa que, através do sistema de seguro de saúde obrigatório, são prestados praticamente todos os cuidados de saúde ([54]). O regime eslovaco de perequação dos riscos (RPR) garante que os riscos de seguro são partilhados e, por isso, reforça ainda mais a solidariedade. Além disso, o sistema eslovaco impõe o princípio da tarifação uniforme, ou seja, não é permitido às seguradoras diferenciar os prémios de acordo com o risco de seguro, enquanto que a perequação dos riscos compensa parcialmente as seguradoras cujas carteiras contêm um perfil demográfico de risco mais elevado através da redistribuição de recursos financeiros das seguradoras que pagam, em média, menos prestações para as que pagam, em média, mais prestações às pessoas seguradas ([55]).

(88) Por último, a Comissão recorda que, para além de todas as características sociais e de solidariedade acima referidas, o seguro de saúde obrigatório eslovaco está organizado e é realizado num quadro regulamentar sólido: o estatuto, os direitos e as obrigações de todas as companhias de seguros de saúde são definidos por leis que estabelecem condições pormenorizadas e a sua atividade é exercida sob o controlo apertado do Estado ([56]).

(89) Com base nestas características, a Comissão conclui que o sistema eslovaco de seguro de saúde obrigatório é de natureza não económica, pelo que a SZP/VZP não pode ser considerada uma «empresa» na aceção do artigo 107.º, n.º 1, do Tratado ([57]).

(90) A Comissão reconhece que algumas características do sistema eslovaco de seguro de saúde obrigatório poderiam apontar para a natureza económica das atividades desenvolvidas nesse sistema: i) a existência de vários operadores de seguros (públicos e privados) no setor eslovaco do seguro de saúde obrigatório, ii) um certo grau de concorrência entre essas companhias de seguros de saúde, que iii) desenvolvem uma atividade com fins lucrativos, e iv) o facto de o Tribunal Constitucional eslovaco ter considerado que essa atividade estava aberta à concorrência. Contudo, a Comissão é da opinião de que a existência destas características não põe me causa a sua conclusão de que a atividade de seguro de saúde obrigatório na Eslováquia é uma atividade não económica.

(91) Em primeiro lugar, a Comissão observa que o facto de existirem vários operadores (públicos e privados) ativos no setor do seguro de saúde obrigatório não confere, por si só, uma natureza económica às atividades que desenvolvem num sistema em que, tal como explicado nos considerandos 85 a 87, as características e os objetivos sociais do sistema são predominantes, o princípio da solidariedade é essencial ao funcionamento desse sistema e o controlo do Estado é apertado. Tal interpretação conferiria um peso desadequado aos procedimentos organizacionais escolhidos por um Estado-Membro para o funcionamento de parte do seu sistema de segurança social, em detrimento da própria substância do sistema em questão ([58]).

(92) Em segundo lugar, da jurisprudência do TJUE resulta igualmente que a existência de uma margem de concorrência no sistema de seguros de saúde e a existência efetiva de concorrência, ainda que sejam pretendidas pelo legislador e confirmadas pelo poder judicial, não conferem necessariamente uma natureza económica à atividade em questão. O TJUE deixou claro que para se concluir pela natureza económica ou não económica das atividades de um sistema legal de seguros de saúde, que, como é o caso do sistema eslovaco, permite alguma margem de concorrência, são decisivos a natureza e o grau dessa concorrência, as circunstâncias em que ocorre e

([54]) Ver os considerandos 26 a 29.
([55]) Ver os considerandos 23 a 25.
([56]) Ver o considerando 32.
([57]) As características do sistema de saúde obrigatório eslovaco são semelhantes às do sistema legal de seguro de saúde público alemão, apreciado pelo TJUE nos Processos apensos C-264/01, C-306/01, C-354/01 e C-355/01, AOK Bundesverband e outros. O TJUE considerou que o sistema alemão era de natureza não económica e observou, em especial, que as caixas de seguro de doença alemãs estavam obrigadas por lei a oferecer aos seus beneficiários prestações obrigatórias fundamentalmente idênticas, fixadas pelo Estado e que não dependiam do montante das contribuições pagas pelas pessoas seguradas, pelo que não estavam em concorrência entre si para a concessão das prestações legais obrigatórias e estavam integradas num sistema de perequação dos riscos (ver n.os 52 a 54 desse acórdão).
([58]) Ver igualmente o Processo C-350/07, Kattner Stahlbau (*supra* referido), n.º 53, nomeadamente as conclusões do Advogado-Geral Mazak apresentadas neste processo (n.º 59).

a existência e a importância dos outros fatores relevantes ([59]). No processo em apreço, o tipo de concorrência que interessa mais aos consumidores — concorrência de preços no que respeita aos valores das contribuições — está excluído, uma vez que as companhias de seguros de saúde eslovacas não podem alterar os valores das contribuições das pessoas seguradas, que são fixados por lei. Além disso, a margem de concorrência em matéria de qualidade é bastante limitada, uma vez que o sistema eslovaco de seguro de saúde obrigatório prevê um leque muito alargado de prestações legais que são iguais para todas as pessoas seguradas, deixando, por isso, muito pouca margem para que as seguradoras concorram pelos clientes através da oferta de direitos suplementares (gratuitos). Por conseguinte, as companhias de seguros de saúde não têm qualquer possibilidade de influir nessas prestações legais, pelo que não concorrem entre si ou no que respeita à concessão das prestações legais obrigatórias em matéria de cuidados de saúde, que constitui a sua principal função.

(93) Em terceiro lugar, a Comissão considera que a natureza não económica da atividade de seguro de saúde obrigatório não é afetada pelo facto de as companhias de seguros de saúde concorrerem em matéria de qualidade e de eficiência nas aquisições ao adquirirem serviços de cuidados de saúde e serviços relacionados de boa qualidade aos prestadores de serviços a preços concorrenciais. Desta forma, as companhias de seguros, através de uma atividade que é dissociável dos contratos que celebram com as pessoas seguradas no âmbito do seguro de saúde obrigatório, adquirem os bens e serviços necessários para desempenharem a sua função nesse sistema. Decorre da jurisprudência do TJUE que, se o sistema de seguro de saúde obrigatório é, pelas suas características intrínsecas, de natureza não económica, a atividade de aquisição dos bens e serviços necessários para gerir esse sistema é igualmente de natureza não económica ([60]).

(94) Em quarto lugar, o facto de a regulamentação do seguro de saúde obrigatório na Eslováquia permitir que as companhias de seguros de saúde realizem lucros e distribuam alguns lucros pelos seus acionistas não altera a natureza não económica das suas atividades, uma vez que estas são realizadas no âmbito de um sistema no qual todas as características acima referidas, que apontam para a sua natureza não económica, estão fortemente presentes. O mero facto de as companhias de seguros de saúde estarem autorizadas a realizar lucros e a distribuir alguns lucros não pode, por si só, reverter a predominância das características e objetivos sociais do sistema, o papel essencial desempenhado pelo princípio da solidariedade nesse sistema e o elevado grau de regulamentação e controlo estatais sobre o seu funcionamento. No que respeita a essa regulamentação estatal, a Comissão recorda que a possibilidade de realizar, utilizar e distribuir lucros está enquadrada e limitada por obrigações legais impostas pelo Estado às companhias de seguros eslovacas para garantir a viabilidade e a continuidade do seguro de saúde obrigatório com todos os objetivos sociais e de solidariedade que o caracterizam ([61]). Por conseguinte, a liberdade para realizar, utilizar e distribuir lucros é significativamente mais limitada no setor eslovaco do seguro de saúde obrigatório do que nos setores comerciais normais e está sujeita à prossecução dos objetivos sociais e de solidariedade.

(95) Em consequência, dada a natureza limitada da concorrência introduzida no sistema eslovaco de seguro de saúde obrigatório (ou seja, concorrência limitada em matéria de qualidade e inexistência de qualquer concorrência em matéria de preços), bem como as restrições à forma como os lucros podem ser realizados e utilizados, os elementos de concorrência e de orientação para o lucro existentes no sistema eslovaco de seguro de saúde obrigatório não põem em causa as características predominantemente sociais, de solidariedade e regulamentares que apontam para a natureza não económica das atividades desenvolvidas pelas companhias de seguros de saúde nesse sistema. Pelo contrário, deve considerar-se que os elementos de concorrência e de orientação para o lucro existentes no sistema eslovaco de seguro de saúde obrigatório prosseguem o objetivo principal de incentivar as companhias de seguros a atuar de acordo com os princípios da boa gestão no interesse do funcionamento adequado desse sistema de segurança social, contribuindo assim para garantir que os objetivos sociais e de solidariedade desse sistema são alcançados ([62]).

(96) Por último, a Comissão considera que o facto de o Tribunal Constitucional eslovaco (ao apreciar uma pretensa violação do direito de iniciativa económica nos termos da Constituição eslovaca) ter considerado que o sistema eslovaco de seguro de saúde obrigatório estava «inserido no domínio da concorrência» não significa que este

([59]) A este respeito, a Comissão recorda que mesmo o facto de, no processo AOK (Processos apensos C-264/01, C-306/01, C-354/01 e C-355/01, AOK Bundesverband e outros), as caixas de seguro de doença alemãs se encontrarem em situação de alguma concorrência em matéria de preços, podendo as taxas de contribuição dos beneficiários inscritos, até certo ponto, variar, não pôs em causa a conclusão do TJUE de que aquelas não envolviam uma atividade económica. De acordo com o TJUE, a introdução de um elemento de concorrência em matéria de contribuições a fim de incentivar as caixas de seguro de doença a exercer a respetiva atividade de acordo com os princípios da boa gestão, ou seja, da forma mais eficaz e menos onerosa possível, satisfazia o interesse do bom funcionamento do sistema de segurança social alemão. De acordo com o TJUE, a prossecução deste objetivo em nada altera a natureza da atividade das caixas de seguro de doença (ver n.º 56 do referido acórdão).

([60]) Ver o Processo T-319/99, FENIN (Coletânea 2003, p. II-357, em especial n.º 37).

([61]) Considerandos 84 a 88.

([62]) Também à luz do principal objetivo (de eficiência) da reforma referido no considerando 13.

sistema envolva atividades de natureza económica na aceção das regras em matéria de auxílios estatais. De facto, nesse processo, foi pedido ao Tribunal Constitucional eslovaco que se pronunciasse sobre a questão de saber se a proibição legal de distribuição de lucros pelas companhias de seguros de saúde, de 2007, era compatível com a Constituição eslovaca (violação do direito de propriedade, tutela da propriedade e direito de iniciativa económica) e compatível com os artigos 18.º, 49.º, 54.º e 63.º do Tratado. O Tribunal Constitucional decidiu que a referida proibição violava a Constituição eslovaca e que, por isso, não existia qualquer motivo para discutir os elementos materiais das normas do mercado interno da UE ou de se pronunciar sobre a violação destas.

(97) Neste contexto, tendo em conta as especificidades do presente processo e a existência e a importância dos indicadores relevantes, a atividade de seguro de saúde obrigatório tal como é organizada e levada a cabo na Eslováquia, não pode ser considerada uma atividade económica.

(98) À luz do exposto, a Comissão conclui que a SZP e a VZP, enquanto beneficiárias das medidas contestadas, não podem ser consideradas empresas na aceção do artigo 107.º, n.º 1, do Tratado e, consequentemente, tais medidas não constituem auxílios estatais na aceção da referida disposição.

(99) Por conseguinte, não é necessário analisar as demais condições de existência de auxílios estatais na aceção do artigo 107.º, n.º 1, do TFUE, nem apreciar a compatibilidade das medidas contestadas.

8. **CONCLUSÃO**

(100) À luz das considerações precedentes, a Comissão conclui que as medidas contestadas não constituem auxílios estatais na aceção do artigo 107.º, n.º 1, do Tratado,

ADOTOU A PRESENTE DECISÃO:

Artigo 1.º

As seguintes medidas adotadas pela República Eslovaca a favor da Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s (SZP) e/ou da Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s (VZP) não constituem auxílios na aceção do artigo 107.º, n.º 1, do Tratado:

a) Aumento de capital na SZP, no montante de 450 milhões de SKK, efetuado entre 28 de novembro de 2005 e 18 de janeiro de 2006;

b) Liquidação das dívidas da SZP através da Veriteľ a.s. entre 2003 e 2006;

c) Subsídio concedido à SZP pelo Ministério da Saúde em 2006;

d) Aumento de capital na VZP, no montante de 65,1 milhões de EUR, em 1 de janeiro de 2010;

e) Regime de perequação dos riscos previsto na parte 3 da Lei n.º 580/2004; e

f) Transferência das carteiras das companhias de seguros de saúde liquidadas, em especial da companhia Družstevná zdravotná poisťovňa para a VZP e da companhia Európská zdravotná poisťovňa para a SZP.

Artigo 2.º

A República Eslovaca é a destinatária da presente decisão.

Feito em Bruxelas, em 15 de outubro de 2014.

Pela Comissão

Joaquín ALMUNIA

Vice-Presidente