ROZHODNUTIE KOMISIE (EÚ) 2015/248

z 15. októbra 2014

o opatreniach SA.23008 (2013/C) (ex 2013/NN), ktoré poskytla Slovenská republika v prospech Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. (SZP) a Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s. (VšZP)

[oznámené pod číslom C(2014) 7277]

(Iba slovenské znenie je autentické)

(Text s významom pre EHP)

EURÓPSKA KOMISIA,

so zreteľom na Zmluvu o fungovaní Európskej únie (ďalej len „ZFEÚ“), a najmä na jej článok 108 ods. 2 prvý pododsek,

so zreteľom na Dohodu o Európskom hospodárskom priestore, a najmä na jej článok 62 ods. 1 písm. a),

po vyzvaní zainteresovaných strán, aby predložili pripomienky v súlade s citovanými ustanoveniami ([1]),

keďže:

1. POSTUP

(1) Komisia dostala 2. apríla 2007 sťažnosť, ktorú listom predložil súkromný poskytovateľ zdravotného poistenia Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s. (ďalej len „poisťovňa Dôvera“ alebo „sťažovateľ“), v súvislosti s údajným opatrením štátnej pomoci poskytnutým štátnemu poskytovateľovi zdravotného poistenia Spoločnej zdravotnej poisťovni, a. s. (ďalej len „SZP“), 26. januára 2006 vo forme zvýšenia jeho základného imania o 450 mil. SKK (približne 15 mil. EUR).

(2) Komisia poslala Slovenskej republike žiadosť o poskytnutie informácií 21. augusta 2009. Po predĺžení lehoty na odpoveď slovenské orgány poskytli požadované informácie 24. septembra 2009.

(3) Komisia svojím listom z 26. februára 2010 požiadala Slovenskú republiku o poskytnutie ďalších informácií o tejto kapitálovej injekcii a požiadala o vysvetlenie slovenského systému vyrovnávania rizík („Risk equalisation scheme“, ďalej len „RES“) – ďalšieho opatrenia, ktoré by mohlo byť označené za štátnu pomoc. Listom z 25. marca 2010 slovenské orgány požiadali o predĺženie lehoty na odpoveď a Komisia tejto žiadosti vyhovela listom z 31. marca 2010. Komisia 16. júna 2010 pripomenula Slovenskej republike, aby predložila informácie, a slovenské orgány na žiadosť odpovedali listom z 9. júla 2010. Ako Komisia požadovala v liste zo 4. novembra 2010, Slovenská republika poskytla 3. decembra 2010 verziu tejto odpovede, ktorá nemá dôverný charakter.

(4) Poisťovňa SZP sa 1. januára 2010 zlúčila s druhým štátnym poskytovateľom zdravotného poistenia v Slovenskej republike, so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, a. s. (ďalej len „VšZP“). Na tieto dve štátom vlastnené akciové spoločnosti boli v období od roku 1998 minimálne až do roku 2005 prevedené poistné kmene iných zdravotných poisťovní.

(5) Počas dvoch stretnutí Komisie so zástupcami poisťovne Dôvera, ktoré sa uskutočnili 10. októbra 2010 a 15. marca 2011, sa diskutovalo o predmete sťažnosti a fungovaní sektora zdravotného poistenia na Slovensku. Poisťovňa Dôvera poskytla 15. júla 2011 doplňujúce informácie o povahe sektora zdravotného poistenia na Slovensku a rozšírila rozsah svojej sťažnosti o tri nové opatrenia údajne poskytnuté SZP a VšZP: i) splatenie dlhu SZP štátnou spoločnosťou Veriteľ a. s. v rokoch 2004 – 2005 v dvoch splátkach vo výške 52,7 mil. EUR a 28 mil. EUR; ii) dotácia poskytnutá SZP v roku 2006 ministerstvom zdravotníctva vo výške 7,6 mil. EUR a iii) štátom financované zvýšenie základného imania VšZP k 1. januáru 2010 vo výške 65,1 mil. EUR. Komisia teda vyzvala slovenské orgány, aby sa vyjadrili k sťažnosti rozšírenej o nové tvrdenia. Po predĺžení lehoty na odpoveď slovenské orgány poskytli svoje pripomienky v liste z 11. novembra 2011.

([1]) Ú. v. EÚ C 278, 26.9.2013, s. 28.

(6) Po stretnutí s útvarmi Komisie 15. decembra 2011 poisťovňa Dôvera poskytla ďalšie informácie o povahe vnútroštátneho sektora zdravotného poistenia v liste zo 16. januára 2012.

(7) Komisia listom z 2. júla 2013 oznámila Slovenskej republike, že začala formálne vyšetrovacie konanie stanovené v článku 108 ods. 2 zmluvy („rozhodnutie o začatí konania“). Rozhodnutie o začatí konania bolo uverejnené v *Úradnom vestníku Európskej únie* ([2]) a obsahovalo výzvu, aby zainteresované strany predložili svoje pripomienky.

(8) Listom z 24. júla 2013 slovenské orgány požiadali o predĺženie lehoty na predloženie pripomienok k rozhodnutiu o začatí konania a Komisia ich žiadosti vyhovela listom z 30. júla 2013. Slovenská republika predložila svoje pripomienky k rozhodnutiu o začatí konania v liste z 27. augusta 2013.

(9) Komisia dostala pripomienky k rozhodnutiu o začatí konania od piatich tretích strán: Inštitútu pre ekonomické a sociálne reformy (INEKO) listom z 15. októbra 2013, Union zdravotnej poisťovne a. s. (ďalej len „poisťovňa Union“) listom z 25. októbra 2013, Health Policy Institute (HPI) listom z 28. októbra 2013, Združenia zdravotných poisťovní SR (ZZP) listom z 28. októbra 2013 a poisťovne Dôvera listom z 11. novembra 2013

(10) Tieto pripomienky boli poslané slovenským orgánom v listoch z 20. novembra a 20. decembra 2013. Slovenské orgány požiadali 20. decembra 2013 o predĺženie lehoty na odpoveď na tieto pripomienky do 31. januára 2014 a Komisia žiadosti v ten istý deň vyhovela. Listom z 29. januára 2014 Slovensko poskytlo odpoveď na pripomienky tretích strán k rozhodnutiu o začatí konania.

(11) Dňa 2. apríla 2014 sa uskutočnilo stretnutie útvarov Komisie a slovenských orgánov.

(12) Komisia poslala 11. apríla 2014 a 25. augusta 2014 dodatočné žiadosti o informácie, na ktoré Slovensko odpovedalo listom z 15. mája 2014 a listom z 27. augusta 2014.

2. **SÚVISLOSTI**

2.1. VÝVOJ SYSTÉMU POVINNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA NA SLOVENSKU

(13) V roku 1994 sa na Slovensku zmenil unitárny systém jednej štátnej zdravotnej poisťovne na pluralitný model, v ktorom môžu pôsobiť verejné aj súkromné subjekty. Rozsiahlou reformou tvorenou zákonmi č. 581/2004 Z. z. a č. 580/2004 Z. z., ktoré nadobudli účinnosť 1. januára 2005 (ďalej len „reforma z roku 2005“), sa zmenili pravidlá rozdeľovania vybraných príspevkov na zdravotné poistenie, ale aj právna forma všetkých poisťovní (štátnych alebo súkromných) z právnických osôb *sui generis* na akciové spoločnosti (t. j. akciové spoločnosti v rámci súkromného práva zamerané na dosahovanie zisku). Bol zriadený nezávislý regulačný orgán, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“), na účely vydávania povolení a vykonávania dohľadu nad tým, či poisťovne dodržiavajú platné právne predpisy. V podstate boli tieto reformy navrhnuté tak, aby prispeli k lepšej efektivite využívania dostupných prostriedkov a vyššej kvalite poskytovania zdravotnej starostlivosti ([3]).

(14) Všetky zdravotné poisťovne v Slovenskej republike – verejné aj súkromné subjekty – poskytujú povinné zdravotné poistenie slovenským rezidentom ([4]). Možnosť poskytovať individuálne zdravotné poistenie podľa zákona č. 580/2004 Z. z. ako doplnok k základnému balíku poskytovanému na základe povinného zdravotného

([2]) Pozri poznámku pod čiarou č. 1.

([3]) Pozri tiež správu z roku 2004: Hlavačka, S., Wágner, R., Riesberg, A.: Health care systems in transition: Slovakia (Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu: Slovensko) (zv. 6, č. 10, 2004), s. 36 a nasledujúce, ktorú vydalo Európske stredisko pre monitorovanie politík a systémov v oblasti zdravia (dostupné na adrese: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf), najmä s. 99.

([4]) Podľa § 3 zákona č. 580/2004 Z. z. musí byť každá fyzická osoba, ktorá má trvalý pobyt na území Slovenskej republiky, verejne zdravotne poistená v rámci systému zdravotného poistenia. V zákone sú ustanovené výnimky, ale len pre osoby zdravotne poistené v iných štátoch. Uvedený § 3 vymedzuje takisto okruh osôb, ktoré musia byť verejne zdravotne poistené, aj keď nemajú trvalý pobyt na území Slovenskej republiky. V tomto rozhodnutí sa pojem „slovenský rezident“ vzťahuje podľa okolností na všetky kategórie osôb, ktoré musia byť verejne zdravotne poistené.

poistenia zostalo okrajovou záležitosťou vzhľadom na široké krytie poskytované povinným systémom ([5]). Okrem toho v roku 2005 bol prijatý zákon, na základe ktorého sa pre všetky zdravotné poisťovne zaviedla možnosť poskytovať dobrovoľné zdravotné poistenie ([6]) pre osoby, na ktoré sa nevzťahuje povinné zdravotné poistenie.

(15) V roku 2007 bol prijatý zákon č. 530/2007 Z. z., ktorým sa zmenil zákon č. 581/2004 Z. z. a na základe ktorého bolo zdravotným poisťovniam pôsobiacim v sektore povinného zdravotného poistenia s účinnosťou od 1. januára 2008 zakázané vyplácať zisk vo forme dividend, čím sa uložila povinnosť opätovne investovať dosiahnuté zisky do slovenského zdravotného systému. V dôsledku toho nemohli zdravotné poisťovne od januára 2008 rozdeliť žiadny zisk. Ústavný súd Slovenskej republiky však 26. januára 2011 vyhlásil, že zákaz rozdeľovania zisku je nezlučiteľný s niekoľkými ustanoveniami slovenskej ústavy. V nadväznosti na tento rozsudok zmenili slovenské orgány v júli 2011 zákonom č. 250/2011 Z. z. zákon č. 530/2007 Z. z. s cieľom opäť umožniť poskytovateľom zdravotného poistenia rozdeľovať (svojim akcionárom) zisk dosiahnutý v rámci činnosti povinného zdravotného poistenia za predpokladu, že budú splnené určité podmienky ([7]). V dôsledku týchto zmien právnych predpisov Komisia v decembri 2011 zastavila konanie o porušení právnych predpisov o vnútornom trhu v súvislosti s obmedzením rozdeľovania ziskov ([8]).

(16) Slovenské orgány schválili 31. októbra 2012 projektový plán zavedenia unitárneho neziskového systému povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike, ktorý by mal byť zavedený buď prostredníctvom dobrovoľného odkúpenia súkromných zdravotných poisťovní (do 1. januára 2014), alebo prostredníctvom ich vyvlastnenia (do 1. júla 2014), čím by sa mala vytvoriť jediná (štátna) zdravotná poisťovňa ([9]). Do prijatia tohto rozhodnutia sa však nezrealizoval ani jeden z krokov uvedeného projektového plánu ([10]).

2.2. POSKYTOVATELIA ZDRAVOTNÉHO POISTENIA NA SLOVENSKU

(17) Podľa slovenských predpisov sa zdravotná poisťovňa vymedzuje ako akciová spoločnosť so sídlom na území Slovenskej republiky založená na účely poskytovania povinného verejného zdravotného poistenia, ktorá túto činnosť vykonáva na základe povolenia vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

(18) Na účely získania balíka povinného zdravotného poistenia môžu slovenskí rezidenti uzatvoriť zmluvu s ktorýmkoľvek z týchto troch poskytovateľov poistenia:

a) štátna akciová spoločnosť VšZP, ktorá bola zriadená k 1. júlu 2005; poisťovňa VšZP sa transformovala z verejnoprávnej inštitúcie VšZP, ktorá bola zriadená 1. novembra 1994 v zmysle zákona č. 273/1994 Z. z. ako následnícka spoločnosť Národnej poisťovne Správy fondu zdravotného poistenia; v zmysle zákona č. 533/2009 Z. z. došlo 1. januára 2010 k zlúčeniu VšZP so štátnou poisťovňou SZP (preto sa ďalej v príslušných prípadoch tento zlúčený subjekt označuje ako „SZP/VšZP“). Slovenská republika je jediný akcionár VšZP;

b) súkromná akciová spoločnosť Dôvera (jej hlavným akcionárom je stredoeurópska finančná skupina PENTA); poisťovňa Dôvera bola zriadená k 1. októbru 2005 a k 31. decembru 2009 sa zlúčila s inou slovenskou súkromnou zdravotnou poisťovňou Apollo; v roku 2010 bol zlúčený subjekt najväčšou súkromnou zdravotnou poisťovňou v Slovenskej republike;

c) súkromná akciová spoločnosť Union zdravotná poisťovňa, ktorá bola zriadená 9. marca 2006 a ktorá je členom skupiny Achmea, predtým Eureko, so sídlom v Holandsku.

([5]) Pozri aj správu z roku 2011, Szalay, T, Pažitný, P, Szalayová, A, Frisová, S, Morvay, K, Petrovič, M a van Ginneken, E.: Slovakia: Health system review. Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu (zv. 13, č. 2, 2011), ktorú vydalo Európske stredisko pre monitorovanie politík a systémov v oblasti zdravia (dostupné na adrese: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), s. 78.

([6]) Zákon č. 352/2005 Z. z., t. j. pre poistencov bez trvalého pobytu, ktorí na území Slovenska nie sú zamestnaní, a poistencov s trvalým pobytom na území Slovenskej republiky, ale so zdravotným poistením v zahraničí. Podľa odpovede slovenských orgánov na rozhodnutie o začatí konania bola táto možnosť dobrovoľného poistenia zrušená zákonom č. 121/2010 Z. z. s účinnosťou od 1. mája 2010.

([7]) Uvedenými podmienkami sú: 1. povinné použitie zisku na tvorbu rezervného fondu najmenej do výšky 20 % splateného základného imania (rezervný fond sa môže použiť len na krytie straty) a 2. povinná tvorba technických rezerv na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti pre poistencov zaradených do zoznamov čakateľov.

([8]) Porušenie 2008/4268, v rámci ktorého Európska komisia poslala slovenskej vláde formálnu výzvu podľa pravidiel vnútorného trhu, v ktorej sa uvádza, že zákaz neumožňujúci zdravotným poisťovniam voľne disponovať s akýmkoľvek ziskom dosiahnutým pri poskytovaní verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike podľa § 15 ods. 6 zákona č. 581/2004 Z. z. predstavuje neodôvodnené obmedzenie voľného pohybu kapitálu, ktorý sa zaručuje v článku 63 zmluvy.

([9]) Stály rozhodcovský súd nedávno odmietol právomoc v súvislosti so žalobou holandskej spoločnosti Achmea, vlastníka zdravotnej poisťovne Union, proti týmto plánom, pozri Achmea/Slovenská republika, vec PCA č. 2013-12, rozsudok z 24. mája 2014, dostupný na adrese: http://news.achmea.nl/achmea-discloses-awards-of-arbitration-tribunals/.

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

(19) V tabuľke 1 je uvedený prehľad trhových podielov rôznych poskytovateľov povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike v rokoch 2008 – 2013 ([11]):

Rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ([1])
Poisťovne	Počet poistencov (%)					
VšZP	55,4	55,0	66,74	65,79	64,4	64,09
SZP	13,6	12,0	v roku 2010 sa SZP zlúčila s VšZP			
Apollo	8,4	10,0	v roku 2010 sa poisťovňa Apollo zlúčila s poisťovňou 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]) Pozri aj odsek 37 rozsudku Stáleho rozhodcovského súdu z 24. mája 2014 vo veci PCA č. 2013-12, Achmea/Slovenská republika (pozri poznámku pod čiarou č. 9).

(20) Všetky zdravotné poisťovne sú akciovými spoločnosťami, pričom podľa predpisov upravujúcich vlastnícke práva môže byť ich akcionárom štát aj súkromný sektor. Všetky zdravotné poisťovne sú povinné splniť určité kritériá platobnej schopnosti. Keďže sa na ne vzťahujú prísne rozpočtové obmedzenia, plne zodpovedajú za akýkoľvek nedostatok finančných prostriedkov. Zdá sa, že ako súkromné akciové spoločnosti zriadené podľa všeobecnej právnej úpravy obchodných spoločností autonómne riadia svoje prevádzkové náklady a náklady na zdravotnú starostlivosť.

(21) Zdravotné poisťovne môžu dosahovať a aj dosahujú zisk ([12]). Príjmy poisťovní v Slovenskej republike pochádzajú z príspevkov na poistenie, štátneho rozpočtu (príspevky za ekonomicky neaktívnych poistencov a dotácia na pokrytie zvýšenia nákladov na služby zdravotnej starostlivosti), príjmov z majetku, z darov a z iných príjmov. Zisk môžu zdravotné poisťovne dosahovať napríklad zlepšením systému riadenia a prostredníctvom rokovaní pri uzatváraní zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

2.3. HLAVNÉ ZNAKY SEKTORA POVINNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

2.3.1. **Sociálny cieľ a verejný záujem**

(22) Slovenský systém povinného zdravotného poistenia sleduje sociálny cieľ, t. j. umožniť poskytovanie zdravotnej starostlivosti a udržanie životaschopného systému zdravotného poistenia. Občania majú právo na zdravotné poistenie a slovenskí rezidenti majú povinnosť byť zdravotne poistení ([13]). Zabezpečiť právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť na základe zdravotného poistenia je ústavnou povinnosťou Slovenskej republiky ([14]). Podľa slovenských orgánov sa vykonávanie povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike zdravotnými poisťovňami považuje za plnenie ústavnej povinnosti v mene štátu, ktorou je poskytovanie zdravotného poistenia slovenským rezidentom prostredníctvom riadenia systému povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike. Slovenská republika zo zákona zodpovedá za financovanie systému zdravotnej starostlivosti, ako aj za krytie strát v sektore zdravotnej starostlivosti ([15]). Podľa § 2 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení je vykonávanie povinného verejného zdravotného poistenia činnosťou vo verejnom záujme, pri ktorej sa hospodári s verejnými prostriedkami.

([11]) Číselné údaje týkajúce sa rokov 2011 – 2013 poskytol sťažovateľ v pripomienkach k rozhodnutiu o začatí konania.
([12]) Pozri odôvodnenia 23 a 24 rozhodnutia o začatí konania.
([13]) Povinnosť mať zdravotné poistenie je stanovená zákonom pre všetky vymedzené osoby (§ 3 zákona č. 580/2004 Z. z.). Všetci občania, ktorí majú v zmysle zákona túto povinnosť, sú podľa právnych predpisov povinní odvádzať príspevky na verejné zdravotné poistenie (§ 11 zákona č. 580/2004 Z. z.). Neodvádzanie uvedených príspevkov sa pokladá za trestný čin.
([14]) V článku 40 Ústavy Slovenskej republiky sa medzi ústavne zaručenými „základnými právami a slobodami" stanovuje: „Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon."
([15]) Konkrétne v súvislosti so zmenami právnych predpisov prijatými v roku 2004 Slovenská republika splatila dlhy vo výške takmer 1 mld. EUR, ktoré vznikli v sektore zdravotníctva v predchádzajúcom období, a to vrátane dlhov zdravotných poisťovní v súkromnom vlastníctve (podľa informácií poskytnutých slovenskými orgánmi Komisii 9. júla 2010).

2.3.2. **Povinné členstvo, slobodný vstup a spoločná tarifikácia**

(23) V súlade s ustanoveniami zákona č. 580/2004 Z. z. a zákona č. 581/2004 Z. z. je v Slovenskej republike účasť na programe verejného zdravotného poistenia povinná pre väčšinu obyvateľov Slovenskej republiky ([16]). Povinné zdravotné poistenie v Slovenskej republike sa vzťahuje aj na osoby poistené v súlade s nariadením Rady (EHS) č. 1408/71 ([17]), a to do 30. apríla 2010, a od 1. mája 2010 v súlade s nariadením Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 ([18]).

(24) Poistenci majú právo zvoliť si zdravotnú poisťovňu podľa vlastného výberu a raz ročne môžu zdravotnú poisťovňu zmeniť. Podľa povinnosti umožniť slobodný vstup a podľa zásady spoločnej tarifikácie majú zdravotné poisťovne v Slovenskej republike právny záväzok prijať do svojho systému poistenia každého slovenského rezidenta, ktorý o to požiada, pod podmienkou, že tento občan spĺňa právne požiadavky na uzatvorenie zdravotného poistenia v Slovenskej republike. Zdravotné poisťovne predovšetkým nemôžu poistenca odmietnuť pre jeho vek, zdravotný stav či riziko ochorenia ([19]) a sú povinné poskytovať základné zdravotné poistenie všetkým osobám za rovnaké ceny bez ohľadu na uvedené faktory.

(25) Systém zdravotného poistenia v Slovenskej republike preto obsahuje aj právnu štruktúru pre spravodlivé rozdelenie rizika medzi zdravotné poisťovne prostredníctvom systému vyrovnávania rizík (RES). V rámci RES ([20]) zdravotné poisťovne poisťujúce osoby s vyšším rizikom dostávajú finančné prostriedky od zdravotných poisťovní, ktorých portfólio sa spája s nižším rizikom, a to formou mesačného a ročného rozdeľovania príspevkov a správou prevodov ([21]).

2.3.3. **Plnenia a výška príspevkov určená z príjmu poistenca**

(26) Povinné zdravotné poistenie v Slovenskej republike je založené na systéme povinných príspevkov. Sadzby príspevkov sú stanovené zákonom a sú úmerné k príjmu poistenca (podobne ako zdanenie príjmov) a nezakladajú sa na výške poisteného rizika (ako je vek poistenca alebo jeho zdravotný stav). Tieto príspevky, ktoré slovenské orgány považujú za súčasť verejných finančných prostriedkov, sa vyberajú od: 1. zamestnancov a zamestnávateľov; 2. samostatne zárobkovo činných osôb; 3. dobrovoľne nezamestnaných; 4. štátu (za „poistencov štátu“, t. j. skupiny väčšinou ekonomicky neaktívnych ľudí); 5. platiteľov dividend.

(27) Všetci poistenci majú zaručenú rovnakú základnú úroveň plnení („základný balík plnení“). Medzi výškou príspevkov odvedených do systému a výškou poberaného plnenia ([22]) neexistuje žiadna priama súvislosť. Zdravotnícke služby kryté z povinného zdravotného poistenia sa poskytujú bez ohľadu na výšku príspevkov, ktoré poistenec odviedol.

(28) Základný balík plnení povinného zdravotného poistenia pokrýva takmer všetky úkony zdravotnej starostlivosti poskytované na území Slovenskej republiky, čo znamená, že prostredníctvom tohto balíka sa poskytuje prakticky celá zdravotná starostlivosť. V súčasnosti základný balík plnení zaručuje každému poistencovi nárok na bezplatnú zdravotnú starostlivosť s výnimkou len niektorých ošetrení (napr. kozmetický chirurgický zákrok), ako aj čiastočné úhrady za lieky, za kúpeľnú liečbu a za vybrané služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (napr. ošetrenie v pohotovostnej ambulancii). Základný balík plnení môže vláda svojím nariadením obmedziť alebo rozšíriť (bez parlamentných rokovaní). Keďže v Ústave Slovenskej republiky sa každému občanovi zaručuje právo na zdravotnú starostlivosť v rámci systému povinného zdravotného poistenia v súlade s podmienkami stanovenými zákonom, poisťovne pri základnom balíku plnení nemôžu ovplyvniť skupinu plnení, úroveň krytia ani poistné, pretože sú stanovené zákonom.

(29) Slovenské zdravotné poisťovne sú oprávnené pridávať k základným balíkom plnení, a skutočne aj pridávajú, rôzne doplnkové nároky (plnenia) podľa svojho výberu, poskytujúce krytie pre služby nezahrnuté v základnom balíku, ktoré však poisťovatelia svojim klientom ponúkajú bezplatne ako súčasť toho istého balíka zdravotnej starostlivosti v rámci povinného zdravotného poistenia. Podľa dostupných informácií sa zdá, že zdravotné poisťovne môžu napríklad rozhodnúť, či budú ponúkať ďalšie krytie niektorých druhov doplnkovej a preventívnej liečby v rámci toho istého balíka povinného zdravotného poistenia. Uvedené doplnkové plnenia sa líšia od služieb individuálneho zdravotného poistenia, ktoré možno ponúkať za poplatok.

([16]) Pozri poznámku pod čiarou č. 4.
([17]) Nariadenie Rady (EHS) č. 1408/71 zo 14. júna 1971 o uplatňovaní systémov sociálneho zabezpečenia na zamestnancov a ich rodiny, ktorí sa pohybujú v rámci Spoločenstva (Ú. v. ES L 149, 5.7.1971, s. 2).
([18]) Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Ú. v. EÚ L 166, 30.4.2004, s. 1).
([19]) Pozri aj § 6 ods. 9 zákona č. 580/2004 Z. z.
([20]) Tretia časť zákona č. 580/2004 Z. z.
([21]) Pozri odôvodnenia 45 až 47.
([22]) Pozri zákon č. 577/2004 Z. z.

2.3.4. **Výber poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a služieb**

(30) Zdravotné poisťovne si môžu vyberať poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a rokovať o zmluvách s lekármi a jednotlivými nemocnicami. Zdravotné poisťovne teda uzatvárajú zmluvy s jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, tieto zmluvy sa uzatvárajú nezávisle od seba a jeden poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže uzavrieť zmluvu so všetkými alebo len s niektorými zdravotnými poisťovňami, a naopak. Zdravotné poisťovne hradia služby poskytované štátnymi aj súkromnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

(31) S cieľom zabezpečiť geografickú dostupnosť zdravotníckych služieb vláda stanovila požiadavku minimálnej siete, aby tak ovplyvnila plánovanie kapacít. V súvislosti s poskytovaním povinného zdravotného poistenia majú zdravotné poisťovne zákonom uloženú povinnosť uzavrieť zmluvu s poskytovateľmi v rozsahu minimálnej siete nemocníc. Každá zdravotná poisťovňa vytvára vlastnú sieť a selektívnym uzatváraním zmlúv s ďalšími nemocnicami a ďalšími poskytovateľmi služieb zdravotnej starostlivosti rozširuje minimálnu sieť. Služby zdravotnej starostlivosti, ktoré tieto nemocnice a/alebo iní poskytovatelia služieb zdravotnej starostlivosti poskytujú a ktoré sú zahrnuté do krytia povinného zdravotného poistenia, sú takto zo strany poskytovateľa zdravotného poistenia kryté v prospech poistencov. Zdravotné poisťovne majú pri rokovaniach s nemocnicami o cene a kvalite služieb zdravotnej starostlivosti poskytovaných poistencom určitý priestor na voľné uváženie.

2.3.5. **Regulačný rámec**

(32) Systém povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike sa upravuje osobitnými predpismi ([23]). Všetky zdravotné poisťovne poskytujúce povinné zdravotné poistenie majú v zmysle zákona totožné postavenie, práva a povinnosti. Každá zdravotná poisťovňa musí byť zriadená na účel vykonávania verejného zdravotného poistenia a nesmie vykonávať iné činnosti, ako sú činnosti uvedené v § 6 zákona 581/2004 Z. z. Činnosti zdravotných poisťovní spravujúcich systém povinného zdravotného poistenia sú predmetom všeobecnej kontroly štátu, ktorá sa vykonáva predovšetkým prostredníctvom regulačného úradu – Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS), ktorý má úlohu v oblasti monitorovania a dohľadu nad systémom zdravotníctva. ÚDZS dohliada nad dodržiavaním uvedeného legislatívneho rámca zo strany zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotného poistenia a zasahuje v prípade výskytu porušení.

3. OPIS SPORNÝCH OPATRENÍ

(33) V tomto rozhodnutí sa skúma nasledujúcich šesť opatrení (spoločne označovaných ako „sporné opatrenia“) ([24]):

3.1. ZVÝŠENIE ZÁKLADNÉHO IMANIA SZP V ROKU 2006

(34) Listom z 2. apríla 2007 súkromná zdravotná poisťovňa Dôvera podala Komisii sťažnosť proti kapitálovej injekcii Slovenskej republiky do štátnej poisťovne SZP vo výške 450 mil. SKK (približne 15 mil. EUR), ktorá sa realizovala v troch tranžiach od 28. novembra 2005 do 18. januára 2006

(35) Uvedené zvýšenie základného imania súviselo s reformou zdravotníctva a s reformou sektora zdravotného poistenia v Slovenskej republike v rokoch 2004 a 2005. V čase zriadenia SZP ako akciovej spoločnosti v roku 2005 sa v skutočnosti od SZP ako od právnej nástupkyne verejnoprávnej inštitúcie ([25]) v zmysle zákona požadovalo, aby na seba prevzala nielen aktíva pôvodnej poisťovne, ale aj jej záväzky, ktoré vznikli pred rokom 2005, pričom výška týchto záväzkov spôsobila vznik neprimeranej úrovne platobnej schopnosti, ako sa stanovuje v požiadavkách uvedených v § 14 ods. 1 zákona o zdravotných poisťovniach (zákon č. 581/2004 Z. z.). Tieto záväzky dosiahli k 31. decembru 2005 výšku 467,765 mil. SKK (približne 15,5 mil. EUR).

([23]) Napr. vzťah medzi poistencom a poskytovateľom zdravotného poistenia sa nevytvára na základe zmluvy, ale je stanovený zákonom (pozri § 4 zákona č. 580/2004 Z. z.). Dohľad nad zdravotnými poisťovňami a nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti takisto upravuje zákon.

([24]) Podrobnejší opis opatrení sa nachádza v rozhodnutí o začatí konania, odôvodnenia 44 až 72.

([25]) Pred 1. májom 2005 poisťovňa SZP ako verejnoprávna inštitúcia pôsobila ako poisťovňa so špecifickým a pomerne obmedzeným poistným kmeňom, pričom mala na rozdiel od ostatných poskytovateľov zdravotného poistenia záväzky voči svojim poistníkom, pokiaľ ide o krytie špecifickej preventívnej zdravotnej starostlivosti a špecifickej zdravotnej starostlivosti poskytovanej v súvislosti s pracovnými úrazmi a chorobami z povolania.

3.2. SPLATENIE DLHOV SZP SPOLOČNOSŤOU VERITEĽ A. S.

(36) Spoločnosť Veriteľ a. s. bola novou štátnou agentúrou založenou v roku 2003 ([26]) s cieľom konsolidovať dlhy v rezorte zdravotníctva a vláda Slovenskej republiky ju poverila úlohou realizovať projekt oddlženia zdravotníckych zariadení a zdravotných poisťovní pred zmenou organizačnej formy všetkých existujúcich zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti 30. septembra 2005. Proces oddlženia sa realizoval na základe uznesení vlády Slovenskej republiky.

(37) V období rokov 2003 až 2005 spoločnosť Veriteľ a. s. vyrovnala v sektore zdravotníctva dlh v účtovnej hodnote viac ako 1 100 mil. EUR pri nákladoch 644 mil. EUR v hotovosti. Keďže ministerstvo zdravotníctva oznámilo, že ide o poslednú záchranu systému zdravotnej starostlivosti, agentúra Veriteľ a. s. bola v roku 2006 zrušená ([27]).

(38) Sťažovateľ tvrdí, že splatenie dlhu SZP vo výške 52,7 mil. EUR spoločnosťou Veriteľ a. s. – čo je vyššia suma, ako je tá, ktorú dostal on sám ([28]) – znamená, že v rámci procesu oddlžovania došlo k bezdôvodne diskriminačnému zaobchádzaniu. Sťažovateľ hlavne uvádza, že okrem uvedených skutočností spoločnosť Veriteľ a. s. 30. novembra 2005 (teda po transformácii) splatila ďalších približne 28 mil. EUR z ďalšieho dlhu, ktorý mala SZP na osobitnom účte prerozdeľovania poistného. Toto oddlženie sa uskutočnilo prevodom poistných pohľadávok a úrokov poisťovne SZP na spoločnosť Veriteľ a. s. SZP na spoločnosť Veriteľ a. s. previedla približne 929 mil. SKK vo forme poistných pohľadávok a úrokov (z toho približne 343 mil. SKK vo forme úrokov). Spoločnosť Veriteľ a. s. zasa SZP poskytla protiplnenie vo výške 840 mil. SKK (približne 28 mil. EUR), a to vyrovnaním dlhu SZP na osobitnom účte prerozdeľovania poistného ([29]).

3.3. DOTÁCIA SZP V ROKU 2006

(39) V druhej polovici roka 2006 poskytlo ministerstvo zdravotníctva SZP ďalšiu dotáciu s využitím časti likvidačného zostatku spoločnosti Veriteľ a. s., ktorá bola v roku 2006 zrušená. Podľa tvrdenia sťažovateľa dosahovala výška dotácie približne 7,6 mil. EUR.

(40) Sťažovateľ tvrdí, že uvedená dotácia bola poskytnutá s cieľom vyrovnať záväzky SZP voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti spred roku 2005, hoci nebolo zrejmé, či tieto dlhy existovali ešte aj v čase poskytnutia dotácie.

(41) Podľa slovenských orgánov však finančné prostriedky z likvidačného zostatku spoločnosti Veriteľ a. s. neboli poskytnuté SZP, ale zdravotníckym zariadeniam, ktoré v tom čase patrili štátu, na vyplatenie ich záväzkov (t. j. príspevkov na zdravotné poistenie ich zamestnancov) voči SZP. Podľa slovenských orgánov teda nešlo o žiadnu dotáciu, ale skôr o bežné vyplatenie existujúcich nesporných záväzkov štátu, o neodvedené poistné za zdravotné poistenie.

3.4. ZVÝŠENIE ZÁKLADNÉHO IMANIA VšZP V ROKU 2010

(42) Slovenská republika prostredníctvom útvarov ministerstva zdravotníctva zvýšila k 1. januáru 2010 svoje upísané základné imanie vo VšZP. Toto zvýšenie základného imania predstavovalo približne 65,1 mil. EUR.

(43) Podľa sťažovateľa sa zdá, že štát takto konal s cieľom preklenúť príjmový deficit VšZP, keďže VšZP sa nachádzala na prahu platobnej neschopnosti. Sťažovateľ takisto tvrdí, že štát nemal najmenšiu nádej, že sa mu v primeranom časovom rámci podarí dosiahnuť návratnosť svojej investície, najmä vzhľadom na skutočnosť, že Slovensko práve zaviedlo zákon, ktorým sa zdravotným poisťovniam neumožňovalo rozdeľovať zisk.

(44) Podľa slovenských orgánov sa toto zvýšenie základného imania VšZP v roku 2010 uskutočnilo s cieľom odstrániť vplyvy finančnej krízy a podporiť VšZP v rámci odolávania tlaku zvyšovania miery zadlženosti pri zvyšujúcom sa dopyte po zdravotnej starostlivosti.

([26]) Spoločnosť Veriteľ a. s. bola založená na základe uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 262 z 2. apríla 2003.

([27]) Pozri správu z roku 2011: Szalay, T.; Pažitný, P.; Szalayová, A.; Frisová, S.; Morvay, K.; Petrovič, M. a van Ginneken, E.: Slovakia: Health System Review. Health Systems in Transition (Slovensko: Revízia systému zdravotníctva. Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu) (zv. 13, č. 2, 2011), ktorú vydalo Európske stredisko pre monitorovanie politík a systémov v oblasti zdravia (dostupné na adrese: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), s. 142.

([28]) Na porovnanie: podľa sťažovateľa boli dlhy predchodcov poisťovne Dôvera, ktoré boli spoločne väčšieho rozsahu ako dlhy poisťovne SZP, splatené len vo výške 27,25 mil. EUR.

([29]) Podľa sťažovateľa citácia zo správy o výsledkoch preverenia činnosti spoločnosti Veriteľ a. s. za celé obdobie jej existencie, Ministerstvo financií SR, september 2007.

3.5. SYSTÉM VYROVNÁVANIA RIZÍK (RES)

(45) V priebehu predbežného posúdenia Komisia tiež zistila, že financovanie zdravotných poisťovní v Slovenskej republike zahŕňa aj mechanizmus sústreďovania a úpravy rizík – systém vyrovnávania rizík (RES).

(46) Systém RES ([30]) sa v plnej miere uplatňuje na všetky zdravotné poisťovne, ktoré v Slovenskej republike poskytujú povinné zdravotné poistenie. Keďže príspevky na povinné zdravotné poistenie vyberajú zdravotné poisťovne priamo od zamestnávateľov, samostatne zárobkovo činných osôb, samoplatcov (dobrovoľne nezamestnaných), štátu a platiteľov dividend, je rozdelenie príjmov a výdavkov medzi zdravotné poisťovne nerovnomerné, a to z dôvodu rozličnej štruktúry ich poistencov. V snahe odľahčiť finančné zaťaženie zdravotných poisťovní s rizikovejším poistným kmeňom a znížiť potenciál pre výber rizík sa príspevky rozdeľujú medzi zdravotné poisťovne s využitím systému RES, a to podľa výpočtu, ktorý stanoví ÚDZS ([31]). Kritériami, ktoré sa v rámci systému vyrovnávania rizík uplatňujú, sú: vek, pohlavie a od roku 2010 aj stav ekonomickej aktivity poistenca.

(47) Slovenské orgány nepovažujú systém RES za formu štátnej pomoci, ale skôr za záležitosť vyrovnávania prostriedkov v súlade s príslušnými kritériami systému RES pre poistencov, čiže ide o prípad solidarity medzi poistencami, a preto nejde o štátnu pomoc.

3.6. PREVOD POISTNÝCH KMEŇOV NA POISŤOVNE SZP A VšZP

(48) Ďalším opatrením, na ktoré bola Komisia upozornená počas vykonávania predbežného posúdenia, bola existencia niekoľkých priamych prevodov poistných kmeňov iných zdravotných poisťovní, ktoré boli postupne zrušené likvidáciou, na SZP a VšZP [išlo predovšetkým o prevod poistných kmeňov Družstevnej zdravotnej poisťovne (DZP) na VšZP a Európskej zdravotnej poisťovne (EZP) na SZP], a to s intervenciou štátu.

(49) Podľa poisťovne Dôvera boli poistné kmene EZP prevedené priamo na SZP, hoci na trhu boli ďalšie subjekty, ktoré prejavili záujem, pričom obmedzenia a podmienky prevodu neboli jasné.

(50) Slovenská republika tvrdí, že rozhodnutie ÚDZS previesť poistný kmeň poisťovne EZP na SZP bez protiplnenia je v súlade s ustanoveniami zákona č. 581/2004 Z. z., pričom bolo zachované právo poistencov na výber zdravotnej poisťovne. Slovenské orgány tvrdia, že záujem o tento poistný kmeň prejavili ďalšie poisťovne, ale za podmienok, ktoré by neprimerane predĺžili proces likvidácie. Navyše, keďže prevod poistných kmeňov sa podľa slovenských orgánov týkal všetkých pohľadávok a všetkých záväzkov likvidovaných poisťovní, prijímajúce poisťovne VšZP a SZP nezískali žiadnu výhodu.

4. **DÔVODY NA ZAČATIE FORMÁLNEHO VYŠETROVACIEHO KONANIA**

(51) Komisia vo svojom rozhodnutí o začatí konania vyjadrila pochybnosti o určení hospodárskej alebo nehospodárskej povahy dotknutej činnosti a uviedla, že so zreteľom na osobitosti predmetnej veci mohli SZP/VšZP, ako aj ostatné spoločnosti ponúkajúce v Slovenskej republike zdravotné poistenie v rámci povinného systému vykonávať od 1. januára 2005 hospodársku činnosť. Domnievala sa, že kombinácia hospodárskych a nehospodárskych znakov systému povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike si vyžadovala, aby bola vykonaná hĺbková analýza jednotlivých prvkov a ich príslušného významu v rámci systému s cieľom určiť, či sa činnosť povinného zdravotného poistenia pri spôsobe jej organizácie a výkonu v Slovenskej republike má považovať za činnosť hospodárskej (od 1. januára 2005) alebo nehospodárskej povahy.

(52) Komisia tiež uviedla, že v prípade, ak bude potrebné činnosť považovať za činnosť hospodárskej povahy, nemala by k dispozícii dostatok informácií na určenie toho, či skúmané opatrenia poskytli poisťovniam SZP a VšZP selektívnu výhodu.

(53) Komisia po tom, čo dospela k záveru, že v tomto štádiu nemôže vylúčiť existenciu štátnej pomoci – pri absencii konkrétnych argumentov alebo jasných indikácií, pokiaľ ide o ich zlučiteľnosť s vnútorným trhom –, vyjadrila pochybnosti, či by sa tieto opatrenia mohli považovať za zlučiteľné s vnútorným trhom podľa článku 106 ods. 2 alebo článku 107 ods. 3 písm. c) zmluvy v prípade, ak Komisia dospeje k záveru, že tieto opatrenia možno považovať za štátnu pomoc.

([30]) Tretia časť zákona č. 580/2004 Z. z.
([31]) Ďalšie podrobnosti o systéme RES sú uvedené v odôvodneniach 60 až 67 rozhodnutia o začatí konania.

(54) V tejto súvislosti Komisia uviedla, že konečný záver týkajúci sa otázky, či vykonávanie povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike skutočne je činnosťou hospodárskej alebo nehospodárskej povahy, či opatrenia štátu spĺňajú všetky ostatné podmienky na to, aby predstavovali štátnu pomoc, a ak áno, či sú zlučiteľné s vnútorným trhom, možno vyvodiť až v záverečnom rozhodnutí, ktoré Komisia prijme po dokončení formálneho vyšetrovacieho konania, po zhromaždení a dôkladnom posúdení všetkých dostupných informácií (vrátane ďalších pripomienok členského štátu a tretích strán).

5. **PRIPOMIENKY ZAINTERESOVANÝCH STRÁN**

(55) Komisii boli doručené tieto pripomienky zainteresovaných tretích strán, ktorých zhrnutie je uvedené nižšie:

5.1. DÔVERA

(56) V odpovedi na rozhodnutie o začatí konania poisťovňa Dôvera ako sťažovateľ poskytla dodatočné informácie o systéme zdravotného poistenia a dodatočné zdôvodnenie, a to predovšetkým s cieľom podporiť svoje tvrdenie, že SZP/VšZP sú podnikmi, na ktoré sa vzťahuje právo hospodárskej súťaže, a že mali prospech z nezlučiteľnej štátnej pomoci.

(57) Poisťovňa Dôvera upozorňuje na to, že SZP/VšZP konkurujú súkromným zdravotným poisťovniam, ponúkajú rovnaké služby a súčasne sa snažia dosahovať zisk, pričom sa odvoláva na svoje predchádzajúce listy o hospodárskej povahe činnosti a na nedávnu judikatúru Súdneho dvora ([32]). V tejto súvislosti poisťovňa Dôvera tvrdí, že viacero prvkov predložených Slovenskou republikou, uvedených v rozhodnutí o začatí konania a poukazujúcich na nehospodársku povahu činností SZP/VšZP, neobstojí v skúmaní. Podľa poisťovne Dôvera sa malo reformou v rokoch 2004 – 2005 vytvoriť konkurenčné trhové prostredie a táto skutočnosť bola uznaná a potvrdená slovenskou justíciou (t. j. Ústavným súdom Slovenskej republiky), ako aj samotnými slovenskými orgánmi. Poisťovňa Dôvera v tejto súvislosti upozorňuje aj na skutočnosť, že poskytovatelia poistenia súťažia o poskytovateľov zdravotnej starostlivosti prostredníctvom selektívnych zmlúv a rokovaní o cenách a kvalite služieb, a spomína aj marketingové kampane zdravotných poisťovní zamerané na udržanie a prilákanie klientov. Poisťovňa Dôvera tiež odmieta tvrdenia o výlučne sociálnej povahe systému, spomína možnosť poskytovateľov zdravotného poistenia dosahovať a rozdeľovať zisky a ochotu súkromných investorov investovať do subjektov pôsobiacich v rámci slovenského sektora povinného zdravotného poistenia.

(58) Odvolávajúc sa na svoje predchádzajúce listy zaslané Komisii pred vydaním rozhodnutia o začatí konania poisťovňa Dôvera ďalej tvrdí, že všetky opatrenia uvedené v danom rozhodnutí by sa mali považovať za neoprávnenú pomoc, pretože boli naplnené všetky ďalšie prvky článku 107 ods. 1 zmluvy. Podľa jej názoru konanie Slovenskej republiky v súvislosti so zvýšením základného imania SZP v roku 2006 a VšZP v roku 2010 nemožno považovať za konanie investora v trhovom hospodárstve. Poisťovňa Dôvera tiež tvrdí, že Slovenská republika robila rozdiely medzi SZP/VšZP a súkromnými poisťovňami prostredníctvom priaznivejšieho zaobchádzania so SZP v rámci procesu oddlžovania v rokoch 2003 – 2005, ako aj zavedením dvoch nových kritérií do systému vyrovnávania rizík v roku 2009 a 2012. Pokiaľ ide o prevod poistných kmeňov, poisťovňa Dôvera sa vo svojich pripomienkach zameriava na prevod poistného kmeňa poisťovne EZP, keďže nemá informácie o predchádzajúcom prevode poistného kmeňa na VšZP. V tejto súvislosti tvrdí, že slovenské orgány mohli Komisii poskytnúť chybné informácie o príslušnom právnom rámci týkajúcom sa tohto prevodu poistného kmeňa.

(59) Poisťovňa Dôvera tvrdí, že slovenské orgány nepreukázali, že poskytovanie povinného zdravotného poistenia je službou všeobecného záujmu, a teda spochybňuje samotný základ analýzy podľa judikatúry vo veci *Altmark* ([33]) a balíka Komisie týkajúceho sa služieb všeobecného hospodárskeho záujmu.

5.2. POISŤOVŇA UNION

(60) Pripomienky poisťovne Union – ďalšieho súkromného konkurenta SZP/VšZP – k rozhodnutiu o začatí konania sú vo všeobecnosti zhodné s pripomienkami poskytnutými poisťovňou Dôvera, pričom podľa týchto pripomienok sú poisťovne SZP a VšZP podnikmi v zmysle článku 107 ods. 1 zmluvy. Poisťovňa Union tvrdí, že päť zo šiestich opatrení opísaných v oddiele 3 tohto rozhodnutia predstavuje štátnu pomoc a je nezlučiteľných s vnútorným trhom. Pokiaľ ide o šieste opatrenie, čiže systém RES, poisťovňa Union tvrdí, že by mohlo

([32]) Vec T-347/09, Spolková republika Nemecko/Európska komisia, 12. september 2013, zatiaľ neuverejnené.
([33]) Vec C-280/00, Altmark, Zb. 2003, s. I-7747.

potenciálne spĺňať podmienky judikatúry vo veci *Altmark*, pokiaľ ide o náhradu za služby vo verejnom záujme, alebo by mohlo byť zlučiteľné s vnútorným trhom podľa článku 106 ods. 2 zmluvy, čo si vyžaduje ďalšie skúmanie jeho možného diskriminačného prístupu v prospech čistého príjemcu systému RES, čiže v prospech SZP/VšZP.

5.3. HPI, INEKO A ZZP

(61) Pripomienky k rozhodnutiu o začatí konania od ďalších troch tretích strán, t. j. organizácie HPI, inštitútu INEKO a združenia ZZP, značne podporujú stanovisko sťažovateľa, poisťovne Dôvera, a poisťovne Union, že činnosť má hospodársku povahu a opatrenia sú štátnou pomocou spočívajúcou v poskytnutí selektívnej výhody poisťovni SZP/VšZP, pričom sú tieto tretie strany presvedčené, že poskytovatelia zdravotného poistenia pôsobia v konkurenčnom prostredí (a používajú rôzne spôsoby na prilákanie klientov), a tvrdia, že štát poskytol svojim štátnym zdravotným poisťovniam prednostné zaobchádzanie.

6. PRIPOMIENKY K ROZHODNUTIU O ZAČATÍ KONANIA A PREDLOŽENIE ĎALŠÍCH INFORMÁCIÍ SLOVENSKOU REPUBLIKOU

(62) Slovenská republika predložila svoje pripomienky k rozhodnutiu o začatí konania a poskytla pripomienky k vyjadreniam tretích strán.

(63) Slovenské orgány vo svojich pripomienkach poskytli vysvetlenie a ďalšie argumenty na posilnenie svojho stanoviska, že na systém povinného zdravotného poistenia sa nevzťahujú pravidlá hospodárskej súťaže, keďže tento systém nepredstavuje hospodársku činnosť. Tvrdia, že slovenské povinné zdravotné poistenie nemožno považovať za hospodársku činnosť v súlade s ustálenou judikatúrou Súdneho dvora ([34]), a to najmä z týchto dôvodov:

a) systém má sociálny cieľ;

b) systém je založený na solidarite najmä vzhľadom na tieto skutočnosti:

i) povinný vstup do systému pre slovenských rezidentov;

ii) všetci poistenci majú zaručenú rovnakú minimálnu úroveň plnení;

iii) príspevky nesúvisia s plneniami pre jednotlivca, keďže príspevky sú pevne stanovené zákonom (neexistuje hospodárska súťaž v súvislosti s cenami);

iv) medzi poistencami existuje solidarita v súvislosti s rizikom: systém RES a spoločná tarifikácia;

c) existuje podrobný regulačný rámec, na ktorý dohliada štát: postavenie, práva a povinnosti všetkých zdravotných poisťovní sú stanovené zákonom.

(64) Slovenská republika vyvracia domnienku, že z dôvodu legislatívnych zmien v roku 2005 sa slovenský systém zdravotníctva zmenil na obchodný systém, a tvrdí, že systém nikdy neprišiel o svoju verejnú, nehospodársku povahu. Upozorňuje aj na skutočnosť, že slovenský systém zdravotného poistenia je súčasťou systému sociálneho zabezpečenia, a poukazuje na právomoci členských štátov podľa článku 168 ods. 7 zmluvy týkajúce sa organizácie a poskytovania služieb zdravotnej starostlivosti.

(65) Slovenské orgány ďalej uvádzajú, že reformou zdravotného poistenia nebolo verejné zdravotné poistenie nahradené súkromným zdravotným poistením a súkromným poskytovateľom poistenia sa neotvorilo krytie žiadneho rizika týkajúceho sa zákonného sociálneho zabezpečenia. Podľa Slovenskej republiky hlavným cieľom reformy sektora zdravotníctva bolo nastavenie presných pravidiel zaobchádzania s finančnými prostriedkami pridelenými na zdravotníctvo a reorganizácia – do 30. septembra 2005 – všetkých existujúcich zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti s jasne vymedzenými účtovnými pravidlami sa javila ako vhodný spôsob nastavenia týchto pravidiel. Slovenské orgány sa domnievajú, že všetci poskytovatelia zdravotného poistenia v Slovenskej republike sú zapojení do hospodárenia s verejnými finančnými prostriedkami, ktoré im boli zverené v rámci systému verejného zdravotného poistenia.

([34]) Predovšetkým spojené veci C-159/91 a C-160/91, Poucet a Pistre; vec C-218/00, Cisal a INAIL; spojené veci C-264/01, C-306/01, C-354/01 a C-355/01, AOK Bundesverband.

(66) Podľa slovenských orgánov by skutočnosť, že slovenský systém povinného zdravotného poistenia umožňuje obmedzený stupeň hospodárskej súťaže v oblasti kvality, bolo možné vnímať ako prvok, ktorý podnecuje zdravotné poisťovne, aby ekonomicky fungovali v súlade so zásadami riadneho hospodárenia v záujme správneho fungovania systému, ale nie ako prvok, ktorý by mohol ovplyvniť nehospodársku povahu systému zdravotného poistenia ako celku.

(67) Slovenské orgány tiež vysvetlili, že finančné prostriedky zhromaždené a rozdeľované v rámci štruktúry slovenského systému verejného zdravotného poistenia prostredníctvom zdravotných poisťovní predstavujú celkové množstvo príspevkov verejného zdravotného poistenia, ktoré sú podľa zákona povinné, a preto sú súčasťou verejných financií Slovenska. Všetky zdravotné poisťovne sú preto poverené úlohou hospodáriť s verejnými finančnými prostriedkami vybranými od verejnosti v súlade s príslušnými právnymi predpismi s cieľom použiť tieto prostriedky na pokrytie zdravotnej starostlivosti.

(68) Na ďalšiu podporu svojho tvrdenia slovenské orgány pripomenuli aj to, že aj po zrušení zákazu rozdeľovania zisku v roku 2011 sa pozmeňujúcim zákonom č. 250/2011 povolilo zdravotným poisťovniam dosahovanie zisku len za presne vymedzených podmienok, t. j.:

a) zavedenie dane na zisky zdravotných poisťovní;

b) povinné použitie zisku na tvorbu rezervného fondu najmenej do výšky 20 % splateného základného imania poisťovne (rezervný fond sa môže použiť len na krytie straty danej poisťovne);

c) povinná tvorba technických rezerv na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti pre poistencov zaradených do zoznamov čakateľov (následkom toho zdravotné poisťovne nemôžu dosahovať zisk na úkor svojich klientov tým, že ich zaradia do zoznamov čakateľov namiesto toho, aby rýchlo uhradili ich zdravotnú starostlivosť; toto je podstatné pre súlad so všeobecne uznávanými účtovnými zásadami v oblasti zdravotného poistenia).

(69) V tejto súvislosti slovenské orgány poskytli vysvetlenie, že keď VšZP vykázala prebytok, vytvorila fond zdravotnej starostlivosti na úhradu využívania zdravotnej starostlivosti a financovanie mimoriadne nákladnej zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia. Okrem toho v rokoch, keď poisťovňa VšZP vykázala prebytok, časť z neho bola pridelená do zákonného rezervného fondu, ktorý sa neskôr použil na zníženie akumulovaných strát. Podľa slovenských orgánov teda štátne zdravotné poisťovne akcionárom nikdy nevyplatili žiadny zisk, ktorý dosiahli.

(70) V tejto súvislosti Slovenská republika poukazuje aj na ďalšie obmedzenia zdravotných poisťovní týkajúce sa skutočnosti, že poisťovne si môžu požičať finančné prostriedky len podľa ustanovení zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a na základe predchádzajúceho súhlasu ÚDZS.

(71) Aby ďalej podporili svoje tvrdenie, že na činnosť v oblasti povinného zdravotného poistenia sa nevzťahujú pravidlá hospodárskej súťaže, orgány upozornili aj na vyšetrovanie Protimonopolného úradu Slovenskej republiky z roku 2009, pri ktorom sa zistilo, že činnosti zdravotných poisťovní sa vykonávajú v rámci systému vyznačujúceho sa vysokou mierou solidarity, kde sa zdravotná starostlivosť poskytuje bezplatne, a podstatné prvky týchto činností sú regulované štátom, a teda činnosti vykonávané zdravotnými poisťovňami pri poskytovaní verejného zdravotného poistenia nemožno považovať za hospodársku činnosť podnikov, ktorá obmedzuje hospodársku súťaž. Preto sa podľa Protimonopolného úradu Slovenskej republiky slovenský zákon o hospodárskej súťaži nevzťahuje na činnosti zdravotných poisťovní vykonávané pri poskytovaní verejného zdravotného poistenia ([35]).

(72) Slovenské orgány tiež vysvetlili, že v roku 2011 ústavný súd vyhlásil, že zákaz rozdeľovania zisku z roku 2007 bol protiústavný, pretože sa ním narušovali slovenské ústavné práva v oblasti vlastníctva, nesúhlasil však s názorom, že zákonom o zdravotných poisťovniach sa obmedzujú zásady trhového hospodárstva. Poukazujú aj na skutočnosť, že ústavný súd okrem toho v tejto súvislosti poznamenal, že právne predpisy v oblasti zdravotného poistenia, ktorými sa vylučuje alebo významne obmedzuje vplyv nástrojov trhového hospodárstva, a teda sa obmedzuje hospodárska súťaž, sú z hľadiska ústavy prijateľné.

([35]) Vyšetrovanie Protimonopolného úradu v súvislosti s navrhovaným zlúčením SZP s VšZP, dokončené 3. decembra 2009; pozri aj výročnú správu Protimonopolného úradu za rok 2009 dostupnú na adrese: http://www.antimon.gov.sk/data/att/958.pdf.

(73) Popri ich tvrdení, že činnosť povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike nepatrí do oblasti pôsobnosti pravidiel hospodárskej súťaže, slovenské orgány tvrdia, že opatrenia nespĺňajú ďalšie kritériá štátnej pomoci podľa článku 107 ods. 1 zmluvy. V tejto súvislosti tvrdia, že kapitálové injekcie z rokov 2006 a 2009 nepredstavovali pomoc, pretože pri nich bola dodržaná zásada investora v trhovom hospodárstve. Ďalej odmietajú tvrdenie, že došlo k neopodstatnenému diskriminačnému zaobchádzaniu v rámci procesu oddlžovania zo strany spoločnosti Veriteľ a. s., a trvajú na tom, že VšZP nebola v roku 2006 udelená žiadna dotácia a že pri tejto operácii išlo skôr o bežné uhradenie existujúcich nesporných záväzkov štátom. Slovenské orgány poskytli ďalšie podrobnosti o prevodoch poistného kmeňa DZP na VšZP a EZP na SZP a tvrdia, že ani tieto prevody neposkytli SZP/VšZP selektívnu výhodu podľa článku 107 ods. 1 zmluvy. Poskytli aj ďalšie informácie o systéme RES, vysvetlili najmä spôsob, akým sa rozdelili príspevky (mesačne a ročne) v rokoch 2006 až 2012, a tvrdili, že ani toto opatrenie nepredstavuje štátnu pomoc, keďže sa ním vyrovnávajú riziká, ktoré sú súčasťou systému z dôvodu existencie jednotných sadzieb príspevkov pre všetky skupiny poistencov s rôznym stupňom rizika.

(74) Slovenské orgány venovali svoje pripomienky k rozhodnutiu o začatí konania obhajobe svojho stanoviska, že SZP/VšZP z dôvodu neexistencie hospodárskej činnosti nie sú podnikmi a že opatrenia sú v súlade so zásadou investora v trhovom hospodárstve a SZP/VšZP neposkytli výhodu, a teda nepredstavujú pomoc. Preto nepovažovali za potrebné predložiť argumenty týkajúce sa zlučiteľnosti údajných opatrení pomoci.

7. **POSÚDENIE OPATRENÍ**

(75) V článku 107 ods. 1 ZFEÚ sa stanovuje: „[…], pomoc poskytovaná v akejkoľvek forme členským štátom alebo zo štátnych prostriedkov, ktorá narúša hospodársku súťaž alebo hrozí narušením hospodárskej súťaže tým, že zvýhodňuje určitých podnikateľov alebo výrobu určitých druhov tovaru, je nezlučiteľná s vnútorným trhom, pokiaľ ovplyvňuje obchod medzi členskými štátmi.“

(76) Podľa článku 107 ods. 1 ZFEÚ sa pravidlá štátnej pomoci stanovené v ZFEÚ uplatňujú, len ak je príjemcom pomoci „podnikateľ“ (teda podnik). V judikatúre Súdneho dvora Európskej únie sa podnik na účely článku 107 ods. 1 zmluvy vymedzuje ako akýkoľvek subjekt vykonávajúci hospodársku činnosť nezávisle od jeho právneho postavenia alebo spôsobu jeho financovania ([36]). Označenie konkrétneho subjektu za podnik teda závisí plne od hospodárskej alebo nehospodárskej povahy jeho činnosti.

(77) Ako bolo vysvetlené v rozhodnutí o začatí konania, otázka, či opatrenia prijaté v prospech SZP/VšZP predstavujú štátnu pomoc, teda závisí v prvom rade od toho, či a do akej miery SZP/VšZP pri pôsobení v rámci systému povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike konajú ako podniky, pretože by sa mohli považovať za subjekty vykonávajúce hospodársku činnosť, ako sa vymedzuje v judikatúre.

(78) Podľa Súdneho dvora Európskej únie sa za hospodársku činnosť považuje činnosť spočívajúca v ponúkaní výrobkov a/alebo služieb na danom trhu ([37]). Otázka existencie trhu pre určité služby môže v tejto súvislosti závisieť od konkrétneho spôsobu organizácie a poskytovania týchto služieb v dotknutom členskom štáte ([38]). Pravidlá štátnej pomoci sa uplatňujú len tam, kde sa určitá činnosť vykonáva v trhovom prostredí. Hospodárska povaha služieb rovnakého druhu sa preto môže v jednotlivých členských štátoch líšiť. Vzhľadom na politickú voľbu alebo hospodársky vývoj sa okrem toho môže označenie danej služby časom zmeniť. Činnosť, ktorá dnes nepredstavuje trhovú činnosť, sa ňou v budúcnosti môže stať a naopak ([39]).

(79) Pokiaľ ide o poskytovanie zdravotnej starostlivosti, zaradenie systémov zdravotnej starostlivosti medzi systémy zahŕňajúce hospodársku činnosť závisí od politických a hospodárskych špecifík a od ich konkrétnej podoby a štruktúry v dotknutom členskom štáte. V judikatúre Súdneho dvora Európskej únie sa v podstate rozlišuje medzi systémami založenými na zásade solidarity a hospodárskymi systémami ([40]).

([36]) Pozri napríklad spojené veci C-180/98 až C-184/98, Pavlov a iní, Zb. 2000, s. I-6451, bod 74.

([37]) Vec 118/85, Komisia/Taliansko, Zb. 1987, s. 2599, bod 7; vec C-35/96, Komisia/Taliansko, Zb. 1998, s. I-3851, bod 36; spojené veci C-180/98 až C-184/98, Pavlov a iní, bod 75.

([38]) Spojené veci C-159/91 a C-160/91, Poucet a Pistre, Zb. 1993, s. I-637.

([39]) Pozri aj oznámenie Komisie z roku 2012 o uplatňovaní pravidiel štátnej pomoci Európskej únie na náhrady za služby všeobecného hospodárskeho záujmu („oznámenie z roku 2012 o službách všeobecného hospodárskeho záujmu“) (Ú. v. EÚ C 8, 11.1.2012, s. 5), bod 12.

([40]) Komisia zhrnula príslušnú judikatúru Súdneho dvora Európskej únie v oblasti uplatňovania týchto pravidiel na financovanie systémov sociálneho zabezpečenia a zdravotnej starostlivosti v oznámení Komisie z roku 2012 o uplatňovaní pravidiel štátnej pomoci Európskej únie na náhrady za služby všeobecného hospodárskeho záujmu („oznámenie z roku 2012 o službách všeobecného hospodárskeho záujmu“).

(80) V judikatúre Súdneho dvora Európskej únie sa používa súbor kritérií na určenie toho, či je systém sociálneho zabezpečenia založený na solidarite, a preto nezahŕňa hospodársku činnosť. V tejto súvislosti môžu byť relevantné viaceré faktory: i) či je účasť v systéme povinná ([41]); ii) či má systém výhradne sociálny účel ([42]); iii) či je systém neziskový ([43]); iv) či sú plnenia nezávislé od odvedených príspevkov ([44]); v) či výška plnenia nie je nevyhnutne úmerná výške príjmov poistencov ([45]) a vi) či na systém dohliada štát ([46]).

(81) Na rozdiel od systémov založených na solidarite sa hospodárske systémy zväčša vyznačujú: i) nepovinným členstvom ([47]); ii) uplatňovaním zásady kapitalizácie – t. j. závislosť nárokov od odvedených príspevkov a finančných výsledkov systému ([48]); iii) orientáciou na dosahovanie zisku ([49]) a iv) poskytovaním doplnkového plnenia v porovnaní so základným systémom ([50]).

(82) Pri určitých systémoch sa spájajú prvky oboch kategórií (systému založeného na solidarite a hospodárskeho systému) ([51]), takže aby bolo možné určiť, či je konkrétny systém hospodárskej alebo nehospodárskej povahy, Komisia musí v rámci daného systému overiť prítomnosť a posúdiť príslušný význam každého z rozličných prvkov uvedených v dvoch predchádzajúcich odôvodneniach ([52]).

(83) Konečné určenie toho, či je poskytovanie služieb povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike nehospodárskou alebo hospodárskou činnosťou, bude preto závisieť od dôkladnej analýzy konkrétneho spôsobu organizácie a výkonu tejto činnosti v danom členskom štáte, a preto bude špecifické pre systém povinného zdravotného poistenia v dotknutom členskom štáte. Komisia bude pri posudzovaní toho, či sporné opatrenia údajne poskytnuté SZP/VšZP predstavujú štátnu pomoc ako opatrenia poskytnuté „podniku“ v zmysle článku 107 ods. 1 zmluvy, prihliadať na tieto všeobecné skutočnosti.

(84) Niekoľko prvkov týkajúcich sa prevažne fungovania tohto systému a skutočnosť, že ústredným prvkom systému je zásada solidarity, poukazujú na nehospodársku povahu slovenského systému zdravotného poistenia, najmä pokiaľ ide o jeho sociálne znaky a ciele.

(85) Po prvé účasť v programe verejného zdravotného poistenia je zo zákona povinná pre väčšinu obyvateľstva Slovenskej republiky a služby zdravotnej starostlivosti kryté z povinného zdravotného poistenia sa poskytujú bez ohľadu na výšku príspevkov, ktoré poistenec odvedie. Poistenec má právo slobodne si vybrať ktorúkoľvek zdravotnú poisťovňu a na základe povinnosti umožniť slobodný vstup ho zdravotná poisťovňa, ktorú si vybral, nesmie odmietnuť poistiť pre jeho vek, zdravotný stav či riziko ochorenia ([53]).

([41]) Spojené veci C-159/91 a C-160/91, Poucet a Pistre, Zb. 1993, s. I-637, bod 13.
([42]) Vec C-218/00, Cisal a INAIL, Zb. 2002, s. I-691, bod 45.
([43]) Spojené veci C-264/01, C-306/01, C-354/01 a C-355/01, AOK Bundesverband, Zb. 2004, s. I-2493, body 47 až 55.
([44]) Spojené veci C-159/91 a C-160/91, Poucet a Pistre, už citované, body 15 – 18.
([45]) Vec C-218/00, Cisal a INAIL, už citované, bod 40.
([46]) Spojené veci C-159/91 a C-160/91, Poucet a Pistre, už citované, bod 14; vec C-218/00, Cisal a INAIL, už citované, body 43 – 48; spojené veci C-264/01, C-306/01, C-354/01 a C-355/01, AOK Bundesverband, už citované, body 51 – 55.
([47]) Vec C-67/96, Albany, Zb. 1999, s. I-5751, body 80 – 87.
([48]) Vec C-244/94, FFSA a iní, už citované, body 9 a 17 – 20; vec C-67/96, Albany, už citované, body 81 – 85; pozri aj spojené veci C-115/97 až C-117/97, Brentjens, Zb. 1999, s. I-6025, body 81 – 85; vec C-219/97, Drijvende Bokken, Zb. 1999, s. I-6121, body 71 – 75 a spojené veci C-180/98 až C-184/98, Pavlov, už citované, body 114 a 115.
([49]) Spojené veci C-115/97 až C-117/97 Brentjens, už citované.
([50]) Spojené veci C-180/98 až C-184/98, Pavlov a iní, už citované.
([51]) Pozri napr. posúdenie významu vykonané Súdnym dvorom vo veci C-350/07, Kattner Stahlbau, Zb. 2009, s. I-1513, najmä body 33 – 68.
([52]) V tejto súvislosti treba poznamenať, že v nedávnom rozsudku (vec T-347/09, Nemecko/Komisia, rozsudok z 12. septembra 2013, zatiaľ neuverejnený), na ktorý sa vo svojich pripomienkach k rozhodnutiu o začatí konania odvolával sťažovateľ poisťovňa Dôvera, bola len potvrdená skutočnosť, že aj neziskové organizácie môžu ponúkať tovary a služby na trhu (pozri tiež oznámenie o službách všeobecného hospodárskeho záujmu z roku 2012, bod 9 s odkazom na judikatúru). To však nič nemení na skutočnosti, že záver týkajúci sa hospodárskej alebo nehospodárskej povahy činnosti v danom prípade musí byť založený na prítomnosti a posúdení individuálneho významu každého z jednotlivých prvkov.
([53]) Pozri odôvodnenia 23 až 25.

(86) Po druhé povinné zdravotné poistenie na Slovensku je založené na príspevkoch, ktoré sú pevne stanovené zákonom úmerne k príjmu poistenca a nezakladajú sa na výške poisteného rizika (vek, zdravotný stav, riziká ochorenia poistenca). Okrem toho medzi výškou príspevkov odvedených jednotlivcom do systému a výškou ním poberaného plnenia zo systému neexistuje žiadna priama súvislosť. Z tohto dôvodu poisťovne nemajú možnosť ovplyvniť výšku príspevkov ani minimálnu úroveň krytia, na ktorú majú poistenci nárok, vzhľadom na to, že sa stanovujú vnútroštátnymi právnymi predpismi.

(87) Po tretie všetci poistenci majú zákonom zaručenú rovnakú základnú úroveň plnení, ktorá je v skutočnosti veľmi vysoká, pretože pokrýva takmer všetky úkony zdravotnej starostlivosti poskytované na území Slovenskej republiky, čo znamená, že prostredníctvom systému povinného zdravotného poistenia sa poskytuje prakticky celá zdravotná starostlivosť ([54]). Systémom RES sa v Slovenskej republike zaručuje deľba poistných rizík, a tým sa ešte viac posilňuje solidarita. Slovenský systém navyše ukladá zásadu spoločnej tarifikácie, čo znamená, že poisťovatelia nemôžu stanovovať rôznu výšku poistného v závislosti od poistného rizika, pričom prostredníctvom vyrovnávania rizík sa čiastočne kompenzujú poisťovatelia, ktorí majú v poistnom kmeni rizikovejší demografický profil, a to prerozdeľovaním prostriedkov od poisťovateľov, ktorí uhrádzajú menej, ako je priemerná výška plnenia, k tým poisťovateľom, ktorí svojim poistencom uhrádzajú viac, ako je priemerná výška plnenia ([55]).

(88) Okrem uvedeného sociálneho a solidárneho charakteru Komisia pripomína, že organizácia a výkon povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike prebiehajú v súlade so silným regulačným rámcom: postavenie, práva a povinnosti všetkých zdravotných poisťovní sú určené v zákonoch, ktorými sa stanovujú podrobné podmienky, a zdravotné poisťovne pôsobia pod prísnym dohľadom štátu ([56]).

(89) Na základe tejto charakteristiky Komisia dospela k záveru, že slovenský systém povinného zdravotného poistenia nemá hospodársku povahu, takže SZP/VšZP nemožno pokladať za „podnik“ v zmysle článku 107 ods. 1 zmluvy ([57]).

(90) Komisia uznáva, že určité znaky slovenského systému povinného zdravotného poistenia by mohli naznačovať hospodársku povahu činností vykonávaných v rámci tohto systému: i) prítomnosť viacerých poskytovateľov poistenia (verejných a súkromných) v sektore povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike; ii) určitý stupeň hospodárskej súťaže medzi týmito poskytovateľmi zdravotného poistenia, ktorí iii) vykonávajú činnosť orientovanú na dosahovanie zisku, a iv) skutočnosť, že Ústavný súd Slovenskej republiky označil túto činnosť za otvorenú hospodárskej súťaži. Komisia sa však domnieva, že prítomnosť týchto znakov nespochybňuje jej záver, že povinné zdravotné poistenie v Slovenskej republike predstavuje nehospodársku činnosť.

(91) Po prvé Komisia konštatuje, že existencia niekoľkých (verejných a súkromných) subjektov pôsobiacich v sektore povinného zdravotného poistenia sama osebe nepoukazuje na hospodársku povahu ich činností v systéme, kde – ako je vysvetlené v odôvodneniach 85 až 87 – prevládajú sociálne znaky a ciele systému, kde ústredným prvkom fungovania systému je zásada solidarity a kde je štátny dohľad nad týmto systémom prísny. Takýto výklad by prisúdil neprimeraný význam skôr organizačným opatreniam, ktoré si vybral členský štát pri riadení časti svojho systému sociálneho zabezpečenia, než podstate daného systému ([58]).

(92) Po druhé z judikatúry Súdneho dvora Európskej únie vyplýva, že ani existencia priestoru pre hospodársku súťaž v systéme zdravotného poistenia, ani skutočne fungujúca hospodárska súťaž, aj keby jej existencia bola zámerom zákonodarcu a potvrdili by ju súdy, nemusí nutne poukazovať na hospodársku povahu dotknutej činnosti. Súdny dvor Európskej únie objasnil, že na určenie toho, či povaha činností vykonávaných v rámci zákonného systému zdravotného poistenia – ktorý podobne ako slovenský systém poskytuje určitý priestor pre hospodársku

([54]) Pozri odôvodnenia 26 až 29.
([55]) Pozri odôvodnenia 23 až 25.
([56]) Pozri odôvodnenie 32.
([57]) Znaky slovenského systému povinného zdravotného poistenia sú podobné nemeckému zákonnému systému verejného zdravotného poistenia, ktorý posudzoval Súdny dvor Európskej únie v spojených veciach C-264/01, C-306/01, C-354/01 a C-355/01 AOK Bundesverband. Súdny dvor Európskej únie označil nemecký systém za nehospodársky a osobitne zdôraznil, že nemecké zdravotné poisťovne sú zo zákona povinné ponúkať svojim poistencom povinné plnenia, ktoré sú v zásade totožné, určuje ich štát a nezávisia od výšky odvodov poistencov, takže si zdravotné poisťovne navzájom nekonkurujú, pokiaľ ide o poskytovanie povinných zákonných plnení, a sú zapojené do systému vyrovnávania rizík (pozri body 52 až 54 tohto rozsudku).
([58]) Pozri aj vec C-350/07, Kattner Stahlbau, už citované, bod 53, a najmä stanovisko generálneho advokáta Mazáka v tejto veci (bod 59).

súťaž – je hospodárska alebo nehospodárska, sú rozhodujúcimi prvkami: povaha a úroveň tejto hospodárskej súťaže, okolnosti, za akých sa táto hospodárska súťaž uskutočňuje, a prítomnosť a význam ďalších dôležitých faktorov ([59]). V tomto prípade nie je dovolený ten druh hospodárskej súťaže, ktorý je pre spotrebiteľov najzaujímavejší – cenová súťaž v oblasti výšky príspevkov –, pretože poskytovatelia zdravotného poistenia v Slovenskej republike nemôžu meniť výšku príspevkov poistencov, ktorá je pevne stanovená zákonom. Priestor pre súťaž v oblasti kvality je okrem toho pomerne obmedzený, pretože v slovenskom systéme povinného zdravotného poistenia sa počíta s veľmi širokým spektrom zákonných plnení, ktoré sú rovnaké pre všetkých poistencov, v dôsledku čoho ostáva len malý priestor pre poskytovateľov poistenia, v ktorom môžu súťažiť o klientov na základe ponuky doplnkových (bezplatných) plnení. Poskytovatelia zdravotného poistenia si navzájom nekonkurujú, keďže nemajú nijakú možnosť ovplyvňovať tieto zákonné plnenia ani poskytovanie povinných zákonných plnení v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou, čo je ich hlavnou funkciou.

(93) Po tretie Komisia sa domnieva, že nehospodárska povaha činnosti povinného zdravotného poistenia nie je ovplyvnená skutočnosťou, že zdravotné poisťovne si konkurujú v oblasti kvality a v oblasti efektívneho obstarávania nákupom kvalitných služieb zdravotnej starostlivosti a súvisiacich služieb od poskytovateľov za konkurenčné ceny. Takto zdravotné poisťovne prostredníctvom činnosti, ktorú možno oddeliť od ich zmlúv s poistencami v rámci povinného zdravotného poistenia, obstarávajú vstupy potrebné na to, aby mohli plniť svoju úlohu v tomto systéme. Z judikatúry Súdneho dvora Európskej únie vyplýva, že ak má systém povinného zdravotného poistenia z dôvodu svojich základných znakov nehospodársku povahu, obstarávanie vstupov potrebných na fungovanie tohto systému má tiež nehospodársku povahu ([60]).

(94) Po štvrté skutočnosť, že podľa právnych predpisov v oblasti povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike sa poskytovateľom zdravotného poistenia umožňuje dosahovať zisky a rozdeľovať ich časť svojim akcionárom, nemení nehospodársku povahu ich činností, pretože ich vykonávajú v systéme, v ktorom je výrazná prítomnosť všetkých spomínaných znakov naznačujúcich nehospodársku povahu činností. Skutočnosť, že poskytovatelia zdravotného poistenia môžu dosahovať zisky a časť z nich rozdeľovať, nemôže sama osebe zvrátiť prevahu sociálnych znakov a cieľov systému, zmeniť jeho ústrednú úlohu, ktorou je zásada solidarity, ani sa dotknúť striktnej miery regulácie a dohľadu štátu, za ktorých funguje. Komisia v súvislosti s touto štátnou reguláciou pripomína, že možnosť dosahovať, používať a rozdeľovať zisky je ohraničená a obmedzená zákonnými povinnosťami, ktoré poisťovniam v Slovenskej republike ukladá štát a ktorých účelom je zabezpečiť životaschopnosť a kontinuitu povinného zdravotného poistenia so všetkými jeho prevládajúcimi sociálnymi a solidárnymi cieľmi ([61]). Sloboda dosahovať, používať a rozdeľovať zisky je teda v sektore povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike podstatne obmedzenejšia ako v bežných obchodných sektoroch a je podriadená dosiahnutiu sociálnych a solidárnych cieľov.

(95) Vzhľadom na obmedzenú hospodársku súťaž, ktorá bola zavedená do systému povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike (t. j. len obmedzená hospodárska súťaž v oblasti kvality a žiadna cenová súťaž), ako aj obmedzený spôsob dosahovania a používania ziskov prvky hospodárskej súťaže a zameranie na zisk prítomné v slovenskom systéme povinného zdravotného poistenia nespochybňujú prevládajúce sociálne, solidárne a regulačné znaky svedčiace o nehospodárskej povahe činností vykonávaných zo strany zdravotných poisťovní v rámci tohto systému. Prvky hospodárskej súťaže a zameranie na zisk, ktoré sú prítomné v slovenskom systéme povinného zdravotného poistenia, by sa mali považovať skôr za prvky určené na sledovanie hlavného cieľa, ktorým je motivovať poisťovne na výkon činnosti v súlade so zásadami riadneho hospodárenia v záujme riadneho fungovania daného systému sociálneho zabezpečenia, teda za prvky takto zabezpečujúce dosiahnutie sociálnych a solidárnych cieľov systému ([62]).

(96) Komisia zastáva názor, že skutočnosť, že Ústavný súd Slovenskej republiky (pri posudzovaní možného porušenia práva podnikať zaručeného Ústavou Slovenskej republiky) označil slovenský systém povinného zdravotného poistenia za oblasť „zahrnutú do sféry hospodárskej súťaže“, neznamená, že sa v tomto systéme vykonávajú činnosti hospodárskej povahy v zmysle pravidiel štátnej pomoci. V skutočnosti bol v uvedenom prípade Ústavný súd Slovenskej republiky požiadaný, aby preskúmal, či legislatívny zákaz rozdeľovania zisku zdravotnými

([59]) Komisia v tejto súvislosti pripomína, že ani skutočnosť, že medzi nemeckými zdravotnými poisťovňami vo veci AOK (spojené veci C-264/01, C-306/01, C-354/01 a C-355/01 AOK Bundesverband) existovala akási cenová súťaž spočívajúca v určitom manévrovacom priestore, pokiaľ ide o sadzby príspevkov poistencov, nespochybňuje zistenie súdu, že poisťovne nevykonávali hospodársku činnosť. Zavedenie prvku hospodárskej súťaže v oblasti výšky príspevkov s cieľom motivovať zdravotné poisťovne na výkon ich činnosti v súlade so zásadami riadneho hospodárenia, teda čo najefektívnejšie a s čo najnižšími nákladmi, bolo podľa Súdneho dvora Európskej únie v záujme riadneho fungovania nemeckého systému sociálneho zabezpečenia. Podľa Súdneho dvora Európskej únie sledovanie tohto cieľa nijako nemení povahu činnosti zdravotných poisťovní (pozri bod 56 uvedeného rozsudku).

([60]) Pozri vec T-319/99, FENIN, Zb. 2003, s. II-357 (najmä bod 37).

([61]) Odôvodnenia 84 až 88.

([62]) Aj so zreteľom na hlavný cieľ reformy (týkajúci sa efektívnosti) uvedený v odôvodnení 13.

poisťovňami z roku 2007 bol v súlade s Ústavou Slovenskej republiky (porušenie vlastníckeho práva, práva na ochranu majetku a práva podnikať) a zlučiteľný s článkami 18, 49, 54 a 63 zmluvy – bez prihliadnutia na právne predpisy EÚ o hospodárskej súťaži a pravidlá štátnej pomoci. Ústavný súd Slovenskej republiky rozhodol, že tento zákaz porušoval Ústavu Slovenskej republiky, a preto neexistoval dôvod diskutovať o podstatných prvkoch pravidiel vnútorného trhu EÚ alebo rozhodnúť, či boli porušené.

(97) Vzhľadom na uvedené skutočnosti, na osobitosti aktuálneho prípadu a prítomnosť a význam dôležitých ukazovateľov nemožno činnosť povinného zdravotného poistenia organizovanú a vykonávanú v Slovenskej republike považovať za hospodársku činnosť.

(98) So zreteľom na uvedené skutočnosti Komisia dospela k záveru, že SZP/VšZP, ako príjemcov sporných opatrení, nemožno považovať za podniky v zmysle článku 107 ods. 1 zmluvy, a teda tieto opatrenia nemajú za následok poskytnutie štátnej pomoci v zmysle uvedeného ustanovenia.

(99) Preto neexistuje potreba skúmať ďalšie podmienky týkajúce sa existencie štátnej pomoci v zmysle článku 107 ods. 1 ZFEÚ ani posudzovať zlučiteľnosť sporných opatrení.

8. **ZÁVER**

(100) Vzhľadom na uvedené skutočnosti Komisia dospela k záveru, že sporné opatrenia nepredstavujú štátnu pomoc v zmysle článku 107 ods. 1 zmluvy,

PRIJALA TOTO ROZHODNUTIE:

Článok 1

Nasledujúce opatrenia poskytnuté Slovenskou republikou Spoločnej zdravotnej poisťovni a. s. (SZP) a/alebo Všeobecnej zdravotnej poisťovni a. s. (VšZP) nepredstavujú pomoc v zmysle článku 107 ods. 1 zmluvy:

a) zvýšenie základného imania SZP od 28. novembra 2005 do 18. januára 2006 vo výške 450 mil. SKK;

b) splatenie dlhu SZP spoločnosťou Veriteľ a. s. v rokoch 2003 až 2006;

c) dotácia poskytnutá SZP ministerstvom zdravotníctva v roku 2006;

d) zvýšenie základného imania VšZP k 1. januáru 2010 vo výške 65,1 mil. EUR;

e) systém vyrovnávania rizík zriadený na základe časti 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a

f) prevod poistných kmeňov zrušených zdravotných poisťovní, najmä Družstevnej zdravotnej poisťovne na VšZP a Európskej zdravotnej poisťovne na SZP.

Článok 2

Toto rozhodnutie je určené Slovenskej republike.

V Bruseli 15. októbra 2014

Za Komisiu
Joaquín ALMUNIA
podpredseda