# SKLEP KOMISIJE (EU) 2015/248

## z dne 15. oktobra 2014

## o ukrepih SA.23008 (2013/C) (ex 2013/NN), ki jih je Slovaška republika izvedla v korist zdravstvenih zavarovalnic Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (SZP) in Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VZP)

*(notificirano pod dokumentarno številko C(2014) 7277)*

**(Besedilo v slovaškem jeziku je edino verodostojno)**

**(Besedilo velja za EGP)**

EVROPSKA KOMISIJA JE –

ob upoštevanju Pogodbe o delovanju Evropske unije (v nadaljnjem besedilu: PDEU) in zlasti prvega pododstavka člena 108(2) PDEU,

ob upoštevanju Sporazuma o Evropskem gospodarskem prostoru in zlasti člena 62(1)(a) Sporazuma,

po pozivu vsem zainteresiranim stranem, naj predložijo svoje pripombe v skladu z navedenima določbama ([1]),

ob upoštevanju naslednjega:

### 1. POSTOPEK

(1) Komisija je 2. aprila 2007 prejela pritožbo zasebne zdravstvene zavarovalnice Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s. (v nadaljnjem besedilu: Dôvera ali pritožnica) glede domnevnega ukrepa državne pomoči v korist državni zdravstveni zavarovalnici Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (v nadaljnjem besedilu: SZP) v obliki povečanja delniškega kapitala v SZP za 450 milijonov SKK (približno 15 milijonov EUR), ki je bil izveden 26. januarja 2006.

(2) Komisija je 21. avgusta 2009 Slovaški republiki poslala zahtevo za informacije. Po podaljšanju roka za odgovor so slovaški organi predložili zahtevane informacije z dopisom z dne 24. septembra 2009.

(3) Komisija je z dopisom z dne 26. februarja 2010 od Slovaške republike zahtevala predložitev dodatnih informacij o zadevni kapitalski injekciji in pojasnila v zvezi s slovaško izravnalno shemo, ki bi jo bilo prav tako mogoče opredeliti kot ukrep državne pomoči. Slovaški organi so z dopisom z dne 25. marca 2010 zahtevali podaljšanje roka za odgovor na to zahtevo, kar je Komisija odobrila z dopisom z dne 31. marca 2010. Ko je Komisija 16. junija 2010 opomnila Slovaško republiko, naj predloži informacije, so se slovaški organi odzvali na zahtevo z dopisom z dne 9. julija 2010. Na zahtevo Komisije v dopisu z dne 4. novembra 2010 je Slovaška republika 3. decembra 2010 predložila nezaupno različico odgovora.

(4) SZP se je 1. januarja 2010 združila z drugo slovaško državno zdravstveno zavarovalnico Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (v nadaljnjem besedilu: VZP). Od leta 1998 do najmanj leta 2005 sta ti dve državni delniški družbi prejemali zavarovalne portfelje drugih zdravstvenih zavarovalnic.

(5) Komisija in Dôvera sta na sestankih 10. oktobra 2010 in 15. marca 2011 razpravljali o predmetu pritožbe in delovanju sektorja zdravstvenega zavarovanja na Slovaškem. Dôvera je z dopisom z dne 15. julija 2011 predložila dodatne informacije o naravi sektorja zdravstvenega zavarovanja na Slovaškem in razširila obseg pritožbe, tako da je vključila tri nove ukrepe, ki so bili domnevno dodeljeni v korist SZP in VZP: (i) poravnava dolga SZP s strani državnega podjetja Veriteľ a. s. leta 2004 in 2005, in sicer v dveh plačilih v višini 52,7 milijona EUR in 28 milijonov EUR, (ii) subvencija v višini 7,6 milijona EUR, ki jo je ministrstvo za zdravje leta 2006 dodelilo SZP, ter (iii) dokapitalizacija VZP 1. januarja 2010 v višini 65,1 milijona EUR, ki jo je financirala država. Zato je Komisija pozvala slovaške organe, naj predložijo pripombe v zvezi s pritožbo, razširjeno z novimi trditvami. Po podaljšanju roka za odgovor so slovaški organi predložili pripombe z dopisom z dne 11. novembra 2011.

([1]) UL C 278, 26.9.2013, str. 28.

(6) Dôvera je po sestanku s predstavniki služb Komisije 15. decembra 2011 predložila dodatne informacije o naravi nacionalnega sektorja zdravstvenega zavarovanja z dopisom z dne 16. januarja 2012.

(7) Komisija je v dopisu z dne 2. julija 2013 obvestila Slovaško republiko, da bo začela formalni postopek preiskave v skladu s členom 108(2) Pogodbe (v nadaljnjem besedilu: sklep o začetku postopka). Sklep o začetku postopka je bil objavljen v *Uradnem listu Evropske unije* ([2]), pri čemer so bile zainteresirane strani pozvane, naj predložijo svoje pripombe.

(8) Slovaški organi so z dopisom z dne 24. julija 2013 zahtevali podaljšanje roka za predložitev pripomb v zvezi s sklepom o začetku postopka, ki ga je Komisija odobrila z dopisom z dne 30. julija 2013. Slovaška republika je z dopisom z dne 27. avgusta 2013 predložila pripombe v zvezi s sklepom o začetku postopka.

(9) Komisija je prejela pripombe v zvezi s sklepom o začetku postopka od petih tretjih strani: Inštituta za ekonomske in socialne reforme (INEKO) z dopisom z dne 15. oktobra 2013; Zdravstvene zavarovalnice Union (Union zdravotná poisťovňa, a. s.) z dopisom z dne 25. oktobra 2013; Inštituta za zdravstveno politiko (Health Policy Institute – HPI) z dopisom z dne 28. oktobra 2013; Združenja zdravstvenih zavarovalnic na Slovaškem (Združenie zdravotných poisťovní SR – ZZP) z dopisom z dne 28. oktobra 2013 in Dôvere z dopisom z dne 11. novembra 2013.

(10) Te pripombe so bile posredovane slovaškim organom z dopisoma z dne 20. novembra in 20. decembra 2013. Slovaški organi so 20. decembra 2013 zahtevali podaljšanje roka za odgovor na te pripombe do 31. januarja 2014, ki ga je Komisija odobrila isti dan. Slovaška republika je z dopisom z dne 29. januarja 2014 odgovorila na pripombe v zvezi s sklepom o začetku postopka, ki so jih predložile tretje strani.

(11) Predstavniki služb Komisije in slovaški organi so se sestali 2. aprila 2014.

(12) Komisija je 11. aprila 2014 in 25. avgusta 2014 poslala dodatne zahteve za informacije, na katere se je Slovaška odzvala z dopisi z dne 15. maja 2014 in 27. avgusta 2014.

## 2. **OZADJE**

### 2.1 RAZVOJ SISTEMA OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA NA SLOVAŠKEM

(13) Slovaška je leta 1994 spremenila sistem z eno samo državno zavarovalnico v pluralistični model, ki omogoča delovanje javnih in zasebnih subjektov. Temeljita reforma, ki zajema akta št. 581/2004 in 580/2004, ki sta začela veljati 1. januarja 2005 (v nadaljnjem besedilu: reforma 2005) je spremenila pravila za prerazporejanje prejetih prispevkov za zdravstveno zavarovanje in pravno obliko vseh zavarovalnic (državnih in tudi zasebnih) iz pravnih oseb *sui generis* v vključene družbe z omejeno odgovornostjo (tj. pridobitne delniške družbe zasebnega prava). Ustanovljen je bil neodvisni regulativni organ, tj. Slovaški organ za zdravstveni nadzor (v nadaljnjem besedilu: HSA) za izdajanje operativnih licenc in nadzor skladnosti zavarovalnic z veljavnimi predpisi. Te reforme so bile načeloma vzpostavljene za izboljšanje učinkovitosti uporabe razpoložljivih virov in kakovosti zagotavljanja zdravstvenega varstva ([3]).

(14) Vse zdravstvene zavarovalnice na Slovaškem, javne in zasebne, zagotavljajo obvezno zdravstveno zavarovanje za prebivalce Slovaške ([4]). Možnost iz akta št. 580/2004, da se kot dodatek k osnovnemu paketu prejemkov v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavlja tudi individualno zdravstveno zavarovanje, je ostala

([2]) Glej opombo 1.

([3]) Glej tudi poročilo iz leta 2004: Hlavačka S., Wágner R., Riesberg A.: „Health care systems in transition: Slovakia“ (Zdravstveni sistemi v prehodu: Slovaška) (zv. 6, št. 10, 2004), str. 36 in naslednje, ki ga je izdal Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike (objavljeno na http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf), zlasti str. 99.

([4]) V skladu z oddelkom 3 akta št. 580/2004 mora biti vsaka fizična oseba s stalnim prebivališčem v Slovaški republiki zavarovana v okviru javnega sistema zdravstvenega zavarovanja. Zakon dovoljuje izjeme, vendar le za osebe, ki imajo sklenjeno zdravstveno zavarovanje v drugi državi. Oddelek 3 prav tako opredeljuje, katere osebe morajo biti zavarovane v okviru javnega sistema zdravstvenega zavarovanja, tudi če nimajo stalnega prebivališča v Slovaški republiki. V tem sklepu se izraz „prebivalec Slovaške“ ustrezno nanaša na vse kategorije oseb, ki morajo biti zavarovane v okviru javnega sistema zdravstvenega zavarovanja.

postranskega pomena zaradi obsežnih prejemkov, ki jih pokriva obvezni sistem zdravstvenega zavarovanja ([5]). Poleg tega je zakonodajni akt iz leta 2005 uvedel možnost, da lahko vse zdravstvene zavarovalnice zagotavljajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje osebam, ki so izključene iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ([6]).

(15) Leta 2007 je akt št. 530/2007 spremenil akt št. 581/2004 in od 1. januarja 2008 prepovedal zavarovalnicam, dejavnim v sektorju obveznega zdravstvenega zavarovanja, da izplačujejo dobiček v obliki dividend, s čimer je bila uvedena obveznost ponovnega vlaganja presežkov, ustvarjenih v slovaškem zdravstvenem sistemu. Zdravstvene zavarovalnice tako od januarja 2008 dejansko niso smele razdeljevati dobička. Vendar je 26. januarja 2011 slovaško ustavno sodišče razglasilo prepoved razdeljevanja dobička za nezdružljivo z več določbami slovaške ustave. Poleg te sodbe so slovaški organi julija 2011 spremenili akt št. 530/2007 z aktom št. 250/2011, da bi zdravstvenim zavarovalnicam ponovno omogočili razdeljevanje dobička (svojim delničarjem), pridobljenega iz dejavnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja, pod določenimi pogoji ([7]). Zaradi teh zakonodajnih sprememb je Komisija decembra 2011 zaključila postopek za ugotavljanje kršitev v zvezi z omejitvijo razdeljevanja dobička ([8]).

(16) Slovaški organi so 31. oktobra 2012 odobrili projektni načrt za vzpostavitev enotnega nepridobitnega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja v Slovaški republiki, ki bi bil uveden bodisi s prostovoljnimi odkupi (do 1. januarja 2014) zasebnih zdravstvenih zavarovalnic bodisi z njihovo razlastitvijo (do 1. julija 2014), v okviru tega sistema pa bi bila ustanovljena ena (državna) zdravstvena zavarovalnica ([9]). Vendar v času sprejetja tega sklepa še ni bil izveden noben ukrep v okviru omenjenega projektnega načrta ([10]).

### 2.2 ZDRAVSTVENE ZAVAROVALNICE NA SLOVAŠKEM

(17) V skladu s slovaško zakonodajo je zdravstvena zavarovalnica opredeljena kot delniška družba z registriranim sedežem v Slovaški republiki, ki je ustanovljena, da bi zagotavljala javno obvezno zdravstveno zavarovanje v skladu z dovoljenjem, ki ga je odobril HSA.

(18) Prebivalci Slovaške si lahko zagotovijo paket obveznega zdravstvenega zavarovanja s sklenitvijo pogodbe z naslednjimi tremi zavarovalnicami:

(a) slovaško državno delniško družbo VZP, ki je bila ustanovljena 1. julija 2005. Vzpostavljena je bila s preoblikovanjem javnega podjetja VšZP, ki je bilo ustanovljeno 1. novembra 1994 v skladu z aktom št. 273/1994 kot naslednik Nacionalne zavarovalnice (Národná poisťovňa) v okviru zavoda za zdravstveno zavarovanje. VZP se je 1. januarja 2010 združila z državno zavarovalnico SZP v skladu z aktom št. 533/2009 (zato se, kjer je ustrezno, skupni subjekt v nadaljnjem besedilu imenuje SZP/VZP). Slovaška republika je edina delničarka VZP;

(b) zasebno delniško družbo Dôvera (njena glavna delničarka je srednjeevropska finančna skupina PENTA). Dôvera je bila ustanovljena 1. oktobra 2005 in se je 31. decembra 2009 združila z drugo zasebno slovaško zdravstveno zavarovalnico, tj. zavarovalnico Apollo. Združeni subjekt je bil leta 2010 največja zasebna zdravstvena zavarovalnica na Slovaškem;

(c) zasebno delniško družbo Zdravstveno zavarovalnico Union, ki je bila ustanovljena 9. marca 2006 in je članica skupine Achmea (prej Eureko) s sedežem na Nizozemskem.

---

([5]) Glej tudi poročilo iz leta 2011: Szalay T., Pažitný P., Szalayová A., Frisová S., Morvay K., Petrovič M. in van Ginneken E.: „Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition“ (Slovaška: Pregled zdravstvenega sistema. Zdravstveni sistemi v prehodu) (zv. 13, št. 2, 2011), ki ga je izdal Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike (objavljeno na http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), str. 78.

([6]) Akt št. 352/2005, tj. za ljudi, ki nimajo stalnega prebivališča in niso zaposleni na Slovaškem, in ljudi, ki imajo stalno prebivališče na Slovaškem, zdravstveno zavarovanje pa sklenjeno v tujini. Glede na odgovor slovaških organov v zvezi s sklepom o začetku postopka je bila ta možnost prostovoljnega zavarovanja odpravljena z aktom št. 121/2010 z začetkom veljavnosti 1. maja 2010.

([7]) Ti pogoji so: (1) obvezna uporaba dobička za ustvarjanje rezerve v višini do 20 % vplačanega delniškega kapitala (rezervni sklad se lahko uporabi le za pokrivanje izgub) in (2) obvezno ustvarjanje zavarovalno-tehničnih rezervacij za plačilo načrtovanega zdravstvenega varstva za zavarovane osebe na čakalnih seznamih.

([8]) Kršitev št. 2008/4268, v okviru katere je Evropska komisija v skladu s pravili notranjega trga poslala slovaški vladi formalni opomin, v katerem ugotavlja, da prepoved, da zdravstvene zavarovalnice prosto razpolagajo z morebitnim dobičkom, ki izhaja iz zagotavljanja javnega zdravstvenega zavarovanja na Slovaškem v skladu z oddelkom 15(6) akta št. 581/2004, neutemeljeno omejuje prost pretok kapitala v skladu s členom 63 Pogodbe.

([9]) Stalno arbitražno sodišče je nedavno zavrnilo pristojnost za tožbe nizozemske družbe Achmea (lastnice Zdravstvene zavarovalnice Union) zoper te načrte; glej Achmea proti Slovaški republiki, zadeva št. 2013-12, sodba z dne 24. maja 2014, objavljena na: http://news.achmea.nl/achmea-discloses-awards-of-arbitration-tribunals/.

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

(19) Spodnja tabela prikazuje razvoj tržnih deležev različnih zavarovalnic, ki so zagotavljale obvezno zdravstveno zavarovanje v Slovaški republiki v obdobju 2008–2013 ([11]):

| Leto | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 ([1]) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Zavarovalnice | Število zavarovanih oseb (v %) | | | | | |
| VZP | 55,4 | 55,0 | 66,74 | 65,79 | 64,4 | 64,09 |
| SZP | 13,6 | 12,0 | 2010: SZP se združi z VZP | | | |
| Apollo | 8,4 | 10,0 | 2010: Apollo se združi z Dôvero | | | |
| 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]) Glej tudi odstavek 37 sodbe Stalnega arbitražnega sodišča z dne 24. maja 2014 v zadevi št. 2013-12, Achmea proti Slovaški republiki (glej opombo 9 zgoraj).

(20) Vse zdravstvene zavarovalnice so delniške družbe, predpisi v zvezi z lastništvom pa omogočajo, da so delničarji državni in tudi zasebni sektorji. Vse zdravstvene zavarovalnice morajo izpolnjevati nekatera merila solventnosti. Ker zanje veljajo stroge proračunske omejitve, so v celoti odgovorne za finančne primanjkljaje. Kot zasebne delniške družbe, ustanovljene v skladu s splošnim pravom družb, se zdi, da zdravstvene zavarovalnice avtonomno upravljajo svoje dejavnosti in stroške zdravstvenega varstva.

(21) Zdravstvene zavarovalnice lahko ustvarjajo dobiček in ga tudi ustvarjajo ([12]). Zavarovalnice na Slovaškem ustvarjajo prihodke iz prispevkov za zavarovanje, državnega proračuna (prispevki v imenu ekonomsko neaktivnih oseb in subvencija za pokrivanje povečanih stroškov zdravstvenih storitev), dohodka od lastnine, daril in drugih dohodkov. Poleg tega lahko zdravstvene zavarovalnice ustvarjajo dobiček na primer z izboljšanjem sistema upravljanja in s pogajanji pri sklepanju pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev.

### 2.3 GLAVNE ZNAČILNOSTI SLOVAŠKEGA SEKTORJA OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

#### 2.3.1 **Socialni cilj in javni interes**

(22) Namen slovaške sheme obveznega zdravstvenega zavarovanja je uresničevati socialni cilj, tj. omogočanje zagotavljanja zdravstvenega varstva in vzdrževanje delujočega sistema zdravstvenega zavarovanja. Državljani imajo pravico do zdravstvenega zavarovanja, prebivalci Slovaške pa morajo biti zavarovani ([13]). Zagotavljanje pravice do brezplačnega zdravstvenega varstva, ki temelji na zdravstvenem zavarovanju, je ustavna obveznost Slovaške republike ([14]). Po mnenju slovaških organov se šteje, da zdravstvene zavarovalnice, ki zagotavljajo obvezno zdravstveno zavarovanje v Slovaški republiki, izpolnjujejo ustavno obveznost v imenu države, tj. zagotavljanje zdravstvenega zavarovanja prebivalcem Slovaške z upravljanjem sheme obveznega zdravstvenega zavarovanja na Slovaškem. Slovaška republika mora po zakonu financirati sistem zdravstvenega varstva in pokrivati izgube v zdravstvenem sektorju ([15]). V skladu z oddelkom 2 akta št. 580/2004 o zdravstvenem zavarovanju je zagotavljanje javnega obveznega zdravstvenega zavarovanja dejavnost v javnem interesu, za izvajanje katere se uporabljajo javna sredstva.

([11]) Podatke za obdobje 2011–2013 je predložila pritožnica v pripombah v zvezi s sklepom o začetku postopka.
([12]) Sklep o začetku postopka, uvodni izjavi 23 in 24.
([13]) Obvezno zavarovanje je zakonsko predpisano za vse določene osebe (oddelek 3 akta št. 580/2004). Vsi državljani, za katere je zavarovanje zakonsko predpisano, so po zakonu zavezani plačevati prispevke za javno zdravstveno zavarovanje (oddelek 11 akta št. 580/2004). Neplačevanje prispevkov se šteje za kaznivo dejanje.
([14]) Člen 40 ustave Slovaške republike poleg ustavno zajamčenih „temeljnih pravic in svoboščin“ določa naslednje: „Vsak ima pravico do zaščite svojega zdravja. Na podlagi zdravstvenega zavarovanja imajo državljani pravico do brezplačnega zdravstvenega varstva in medicinske opreme pod zakonsko določenimi pogoji.“
([15]) Zlasti je treba poudariti, da je Slovaška republika v povezavi z zakonodajnimi spremembami, sprejetimi leta 2004, poravnala dolg v višini skoraj 1 milijarde EUR, ki je prej bremenil zdravstveni sektor, vključno z dolgovi zasebnih zdravstvenih zavarovalnic (glede na informacije, ki so jih slovaški organi predložili Komisiji 9. julija 2010).

2.3.2 **Obvezno članstvo, odprt vpis in enotno ocenjevanje**

(23) V skladu z določbami aktov št. 580/2004 in 581/2004 je članstvo v slovaškem programu javnega zdravstvenega zavarovanja obvezno za večino prebivalcev Slovaške republike ([16]). Obvezno zdravstveno zavarovanje na Slovaškem zajema tudi osebe, zavarovane v skladu z Uredbo Sveta (EGS) št. 1408/71 ([17]) do 30. aprila 2010, od 1. maja 2010 pa v skladu z Uredbo (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta ([18]).

(24) Zavarovane osebe imajo pravico do lastne izbire zdravstvene zavarovalnice in do zamenjave zavarovalnice enkrat na leto. V skladu z obveznostjo odprtega vpisa in načelom enotnega ocenjevanja so zdravstvene zavarovalnice na Slovaškem zakonsko obvezane, da v shemo zdravstvenega zavarovanja vključijo vsakega prebivalca Slovaške, ki to zahteva, če izpolnjuje zakonske zahteve glede zdravstvenega zavarovanja na Slovaškem. Zdravstvene zavarovalnice še zlasti ne smejo zavrniti zavarovanja osebe na podlagi starosti, zdravstvenega stanja ali tveganja bolezni ([19]) in morajo zagotoviti osnovno zdravstveno zavarovanje po isti ceni za vse osebe ne glede na te dejavnike.

(25) Slovaški sistem zdravstvenega zavarovanja torej vključuje tudi pravno strukturo za pravično delitev tveganja med zdravstvenimi zavarovalnicami prek izravnalne sheme. V skladu z izravnalno shemo ([20]) zdravstvene zavarovalnice, ki zavarujejo osebe, povezane z višjim tveganjem, prejmejo sredstva zavarovalnic, katerih portfelj je povezan z nižjim tveganjem, tj. z mesečno in letno prerazporeditvijo prispevkov in izvajanjem prenosov ([21]).

2.3.3 **Prejemki in prispevki, povezani z dohodkom**

(26) Slovaški sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja temelji na sistemu obveznih prispevkov. Stopnje prispevkov so določene z zakonom in so sorazmerne z dohodki zavarovane osebe (podobno kot se zaračunava davek na dohodek) in ne temeljijo na tveganju zavarovane osebe (kot sta starost ali zdravstveno stanje zavarovane osebe). Ti prispevki, ki jih slovaški organi obravnavajo kot del javnih sredstev, se pobirajo od: (1) delojemalcev in delodajalcev; (2) samozaposlenih; (3) prostovoljno nezaposlenih; (4) države (za osebe, ki jih je zavarovala država, tj. skupino večinoma ekonomsko neaktivnih ljudi); in (5) plačnikov dividend.

(27) Vsem zavarovanim osebam se zagotavlja enaka osnovna raven prejemkov (v nadaljnjem besedilu: osnovni paket prejemkov). Med zneskom prispevkov, vplačanih v shemo, in zagotovljenimi prejemki ([22]) ni neposredne povezave. Zdravstvene storitve, ki jih pokriva obvezno zdravstveno zavarovanje, se zagotavljajo ne glede na prispevke, ki jih plača zavarovana oseba.

(28) Osnovni paket prejemkov v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja pokriva skoraj vse zdravstvene posege, ki se zagotavljajo v Slovaški republiki, kar pomeni, da se v okviru tega paketa zagotavlja skoraj popolno zdravstveno varstvo. Osnovni paket prejemkov vsem zagotavlja brezplačno zdravstveno varstvo, razen nekaterih posegov (npr. kozmetična kirurgija) in delnih doplačil za farmacevtske izdelke in zdraviliško oskrbo ter izbrane storitve, povezane z zdravstvenim varstvom (npr. sprejemi na oddelku za nujno medicinsko pomoč). Osnovni paket prejemkov se lahko omeji ali razširi z vladno uredbo (brez parlamentarnih pogajanj). Ker slovaška ustava zagotavlja vsakemu državljanu zdravstveno varstvo v okviru sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja pod zakonsko določenimi pogoji, zavarovalnice nimajo vpliva na paket prejemkov, raven kritja ali premije osnovnega paketa prejemkov, saj so zakonsko določeni.

(29) Slovaške zdravstvene zavarovalnice lahko v osnovni paket prejemkov po svoji izbiri vključijo in tudi vključujejo različna dodatna izplačila (prejemke), ki zajemajo storitve, ki niso vključene v zadevni paket, vendar jih zavarovalnice strankam zagotavljajo brezplačno kot del istega paketa zdravstvenih storitev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Na primer, v skladu z razpoložljivimi informacijami se zdi, da se lahko zdravstvene zavarovalnice odločijo, ali bodo zagotovile dodatno kritje nekatere dopolnilne in preventivne oskrbe v okviru istega paketa obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ti dodatni prejemki se razlikujejo od storitev v okviru individualnega zdravstvenega zavarovanja, ki se lahko zagotavljajo proti plačilu.

([16]) Glej sprotno opombo 4.
([17]) Uredba Sveta (EGS) št. 1408/71 z dne 14. junija 1971 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe, samozaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti (UL L 149, 5.7.1971, str. 2).
([18]) Uredba (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L 166, 30.4.2004, str. 1).
([19]) Glej tudi oddelek 6(9) akta št. 580/2004.
([20]) Del 3 akta št. 580/2004.
([21]) Glej uvodne izjave 45 do 47.
([22]) Glej akt št. 577/2004.

2.3.4 **Izbira izvajalcev zdravstvenih storitev in storitev**

(30) Zdravstvene zavarovalnice lahko izbirajo izvajalce zdravstvenih storitev in sklepajo pogodbe z zdravniki in posameznimi bolnišnicami. Zdravstvene zavarovalnice tako sklepajo pogodbe s posameznimi izvajalci zdravstvenih storitev; te pogodbe se sklepajo neodvisno druga od druge, posamezni izvajalec zdravstvenih storitev pa lahko sklepa pogodbe z vsemi ali le nekaterimi zdravstvenimi zavarovalnicami in obratno. Zdravstvene zavarovalnice povrnejo stroške storitev, ki jih izvajajo državni in tudi zasebni izvajalci zdravstvenih storitev.

(31) Za zagotovitev geografske dostopnosti zdravstvenih storitev je vlada določila minimalno zahtevo glede oblikovanja mreže, da bi vplivala na načrtovanje zmogljivosti. Zdravstvene zavarovalnice so zakonsko zavezane, da pri zagotavljanju obveznega zdravstvenega zavarovanja sklepajo pogodbe z minimalno mrežo bolnišnic. Vsaka zdravstvena zavarovalnica ustvarja svojo mrežo in izboljšuje minimalno mrežo s selektivnim sklepanjem pogodb z dodatnimi bolnišnicami in drugimi izvajalci zdravstvenih storitev. Zdravstvene storitve, ki jih opravljajo te bolnišnice in/ali drugi izvajalci zdravstvenih storitev in ki so vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje, zdravstvena zavarovalnica pokriva v korist zavarovanih oseb. Zdravstvene zavarovalnice imajo določeno polje proste presoje pri pogajanjih z bolnišnicami glede cene in kakovosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo zavarovanim osebam.

2.3.5 **Regulativni okvir**

(32) Shema obveznega zdravstvenega zavarovanja v Slovaški republiki je urejena s posebnimi predpisi ([23]). Vse zdravstvene zavarovalnice, ki zagotavljajo obvezno zdravstveno zavarovanje, imajo po zakonu enak status, pravice in obveznosti. Vsaka zdravstvena zavarovalnica mora biti ustanovljena z namenom, da bi zagotavljala javno zdravstveno zavarovanje in ne sme izvajati drugih dejavnosti kot tistih, navedenih v oddelku 6 akta št. 581/2004. Dejavnosti zdravstvenih zavarovalnic, ki upravljajo shemo obveznega zdravstvenega zavarovanja, so pod splošnim nadzorom države, ki ga izvaja zlasti regulativni organ – HSA, ki v zdravstvenem sistemu opravlja nalogo spremljanja in nadzora. HSA nadzoruje skladnost zdravstvenih zavarovalnic in izvajalcev zdravstvenih storitev z zakonodajnim okvirom in posreduje v primeru kršitev.

## 3. **OPIS SPORNIH UKREPOV**

(33) Ta sklep proučuje naslednjih šest ukrepov (v nadaljnjem besedilu skupaj imenovani: sporni ukrepi) ([24]).

### 3.1 DOKAPITALIZACIJA SZP LETA 2006

(34) Zasebna zdravstvena zavarovalnica Dôvera je z dopisom z dne 2. aprila 2007 vložila pritožbo pri Komisiji zoper kapitalsko injekcijo Slovaške republike za državno zavarovalnico SZP v višini 450 milijonov SKK (približno 15 milijonov EUR) v treh tranšah med 28. novembrom 2005 in 18. januarjem 2006.

(35) Ta dokapitalizacija je bila povezana z reformo zdravstvenega sektorja in reformo sektorja zdravstvenega zavarovanja v Slovaški republiki v obdobju 2004–2005. Dejansko je bila SZP, ko je bila leta 2005 ustanovljena v obliki delniške družbe, kot pravna naslednica javne ustanove ([25]) zakonsko obvezana, da prevzame sredstva prvotne zavarovalnice, pa tudi njene obveznosti, ki so nastale pred letom 2005 in katerih obseg je povzročil neustrezno stopnjo solventnosti glede na zahteve iz oddelka 14(1) akta o zdravstvenih zavarovalnicah (akt št. 581/2004). Te obveznosti so 31. decembra 2005 znašale 467,765 milijona SKK (približno 15,5 milijona EUR).

([23]) Npr. razmerja med zavarovano osebo in zdravstveno zavarovalnico ne ureja pogodba, temveč zakon (glej oddelek 4 akta št. 580/2004). Tudi nadzor nad zdravstvenimi zavarovalnicami in zagotavljanjem zdravstvenih storitev ureja zakon.

([24]) Ti ukrepi so natančneje opisani v sklepu o začetku postopka, uvodne izjave (44) do (72).

([25]) SZP je kot javna ustanova pred 1. majem 2005 delovala kot zavarovalnica s posebnim in sorazmerno omejenim zavarovalnim portfeljem, medtem ko je bila v nasprotju z drugimi zdravstvenimi zavarovalnicami zavezana, da zavarovanim osebam krije tudi posebno preventivno zdravstveno oskrbo in posebne zdravstvene storitve, ki se zagotavljajo v zvezi s poškodbami pri delu in poklicnimi boleznimi.

3.2 PORAVNAVA DOLGOV SZP S STRANI VERITEĽ

(36) Veriteľ je bila leta 2003 ustanovljena kot nova državna agencija za konsolidacijo dolgov v zdravstvu ([26]), ki ji je slovaška vlada naložila nalogo izvajanja projekta, namenjenega oprostitvi dolga zdravstvenih ustanov in zdravstvenih zavarovalnic pred preoblikovanjem vseh obstoječih zavodov za zdravstveno zavarovanje v delniške družbe do 30. septembra 2005. Postopek oprostitve dolga je bil izveden v skladu z resolucijami slovaške vlade.

(37) V obdobju 2003–2005 je Veriteľ poravnala dolg v zdravstvenem sektorju, ki je presegal 1 100 milijonov EUR v knjigovodski vrednosti, z gotovino v višini 644 milijonov EUR. Ko je ministrstvo za zdravje razglasilo, da je bilo to zadnje reševanje zdravstvenega sistema z javnimi sredstvi, je bila Veriteľ leta 2006 razpuščena ([27]).

(38) Pritožnica trdi, da poravnava dolga SZP v višini 52,7 milijona EUR, ki presega znesek, ki jo je pritožnica dejansko prejela, s strani Veriteľ ([28]) pomeni neupravičeno in diskriminacijsko ravnanje v postopku oprostitve dolga. Vendar je pritožnica zlasti zaskrbljen, ker je Veriteľ 30. novembra 2005 (torej po preoblikovanju) poravnala tudi približno 28 milijonov EUR dodatnega dolga SZP s prenosom na posebni račun za prerazporeditev premij. To je bilo izvedeno tako, da je SZP Veriteľ s pogodbo odstopila terjatve in obresti iz naslova premij. SZP je Veriteľ odstopila terjatve in obresti iz naslova premij v višini približno 929 milijonov SKK (od tega približno 343 milijonov SKK obresti). V zameno je Veriteľ SZP zagotovila protivrednost v višini 840 milijonov SKK (približno 28 milijonov EUR) s poravnavo njenega dolga s prenosom na posebni račun za prerazporeditev premij ([29]).

3.3 SUBVENCIJA ZA SZP LETA 2006

(39) V drugi polovici leta 2006 je ministrstvo za zdravje odobrilo SZP dodatno subvencijo z uporabo dela likvidacijske bilance Veriteľ, ki je bila julija 2006 razpuščena. Po mnenju pritožnice je subvencija zanašala približno 7,6 milijona EUR.

(40) Pritožnica navaja, da je bila ta subvencija namenjena poravnavi obveznosti SZP, ki so nastale še pred letom 2005, z izvajalci zdravstvenih storitev, čeprav ni bilo jasno, ali je ta dolg še vedno obstajal v času dodelitve subvencije.

(41) Vendar po mnenju slovaških organov finančni viri iz likvidacijske bilance Veriteľ niso bili zagotovljeni SZP, ampak zdravstvenim ustanovam, ki so bile takrat v državni lasti, za plačilo njihovih obveznosti (tj. prispevkov za zdravstveno zavarovanje zaposlenih) SZP. Zato po mnenju slovaških organov ni bila zagotovljena subvencija, ampak normalno plačilo obstoječih nespornih obveznosti s strani države – neplačane premije za zdravstveno zavarovanje.

3.4 DOKAPITALIZACIJA VZP LETA 2010

(42) Slovaška republika je 1. januarja 2010 prek služb ministrstva za zdravje povečala delniški kapital v VZP. Povečanje osnovnega kapitala je znašalo približno 65,1 milijona EUR.

(43) Po mnenju pritožnice je glede na to, da je bila zavarovalnica VZP blizu nesolventnosti, država tako ravnala, da bi premostila pomanjkanje prihodkov VZP. Pritožnica prav tako trdi, da država nikakor ni upala, da bo dosegla donosnost naložb v razumnem časovnem okviru, zlasti ker je Slovaška šele uvedla zakon, ki zdravstvenim zavarovalnicam prepoveduje razdeljevanje dobička.

(44) Po mnenju slovaških organov je bila ta dokapitalizacija VZP leta 2010 izvedena za odpravo učinkov finančne krize in podporo VZP, da bi se uprla pritisku povečevanja stopnje zadolženosti z vedno večjim povpraševanjem po zdravstvenem varstvu.

([26]) Veriteľ, a. s. je bila ustanovljena v skladu z Resolucijo slovaške vlade št. 262 z dne 2. aprila 2003.

([27]) Glej poročilo iz leta 2011: Szalay T., Pažitný P., Szalayová A., Frisová S., Morvay K., Petrovič M. in van Ginneken E.: „Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition“ (Slovaška: Pregled zdravstvenega sistema. Zdravstveni sistemi v prehodu) (zv. 13, št. 2, 2011), ki ga je izdal Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike (objavljeno na http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), str. 142.

([28]) Po mnenju pritožnice so bili dolgovi predhodnikov Dôvere, ki so bili skupaj obsežnejši od SZP, v nasprotju poravnani le v znesku 27,25 milijona EUR.

([29]) Po mnenju pritožnice, ki se sklicuje na poročilo Report on Inquiry into the Activities of Veriteľ, a. s. Throughout its Existence (Poročilo o preiskavi dejavnosti Veriteľ, a. s. vse od njene ustanovitve), slovaško ministrstvo za finance, september 2007.

### 3.5 IZRAVNALNA SHEMA

(45) Komisija je med predhodno oceno ugotovila tudi, da financiranje zdravstvenih zavarovalnic v Slovaški republiki vključuje mehanizem združevanja in prilagajanja tveganj – izravnalno shemo.

(46) Izravnalna shema ([30]) se v celoti uporablja za vse zdravstvene zavarovalnice, ki zagotavljajo obvezno zdravstveno zavarovanje v Slovaški republiki. Čeprav prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje neposredno pobirajo zdravstvene zavarovalnice od delodajalcev, samozaposlenih, samoplačnikov (prostovoljno nezaposlenih), države in plačnikov dividend, je porazdelitev prihodkov in odhodkov med zdravstvenimi zavarovalnicami neenaka zaradi drugačne strukture zavarovanih prebivalcev. Da bi ublažili finančno breme zdravstvenih zavarovalnic s portfeljem višjega tveganja in zmanjšali možnost izbire tveganja, se prispevki med zdravstvenimi zavarovalnicami prerazporejajo v okviru izravnalne sheme na podlagi izračuna, ki ga je določil HSA ([31]). Parametri, ki se uporabljajo v okviru izravnalne sheme, so starost, spol in od leta 2010 stanje ekonomske aktivnosti zavarovanih oseb.

(47) Slovaški organi menijo, da izravnalna shema ni oblika državne pomoči, ampak le izenačevanje sredstev v skladu z veljavnimi merili izravnalne sheme za zavarovane osebe, tj. izraz solidarnosti med zavarovanimi osebami in torej ne državna pomoč.

### 3.6 PRENOSI PORTFELJEV NA SZP IN VZP

(48) Komisija je med predhodno oceno ugotovila, da obstaja tudi ukrep v obliki več neposrednih prenosov portfeljev drugih zdravstvenih zavarovalnic (zlasti z zavarovalnice Družstevná zdravotná poisťovňa na VZP ter z zavarovalnice Európská zdravotná poisťovňa na SZP), ki so bile sčasoma likvidirane, na SZP in VZP s posredovanjem države.

(49) Po mnenju Dôvere je bil portfelj EZP prenesen neposredno na SZP, čeprav so bili na trgu tudi drugi zainteresirani izvajalci, omejitve in pogoji prenosa pa so bili nejasni.

(50) Slovaška republika trdi, da je odločitev HSA, da prenese portfelj EZP na SZP brez premisleka, v skladu z določbami akta št. 581/2004 in upošteva pravice zavarovanih oseb do izbire zdravstvene zavarovalnice. Slovaški organi trdijo, da so druge zdravstvene zavarovalnice izrazile zanimanje za ta portfelj, vendar pod pogoji, ki bi nesorazmerno podaljšali postopek likvidacije. Poleg tega po mnenju slovaških organov prejemnicama VZP in SZP ni bila dodeljena nobena ugodnost, saj je prenos portfeljev zadeval vse terjatve in obveznosti likvidiranih zavarovalnic.

## 4. **RAZLOGI ZA ZAČETEK FORMALNEGA POSTOPKA PREISKAVE**

(51) Komisija je v sklepu o začetku postopka izrazila dvome v zvezi z določitvijo gospodarske ali negospodarske narave zadevne dejavnosti in navedla, da so ob upoštevanju posebnosti primera SZP/VZP in druge zavarovalnice, ki zagotavljajo zdravstveno zavarovanje v okviru obveznega sistema v Slovaški republiki, morda izvajale gospodarsko dejavnost od 1. januarja 2005. Komisija je menila, da je zaradi mešanice gospodarskih in negospodarskih značilnosti slovaškega sistema osnovnega zdravstvenega zavarovanja treba opraviti poglobljeno analizo različnih elementov in njihovega pomena v shemi, da se ugotovi, ali je dejavnost obveznega zdravstvenega zavarovanja glede na obliko njene organizacije in izvajanja na Slovaškem treba obravnavati kot gospodarsko (od 1. januarja 2005) ali negospodarsko.

(52) Komisija je prav tako navedla, da v primeru, če bi bilo treba dejavnost obravnavati kot gospodarsko, nima dovolj razpoložljivih informacij, da bi ugotovila, ali zadevni ukrepi zagotavljajo SZP/VZP selektivno prednost.

(53) Ko je Komisija sklenila, da zaradi pomanjkanja posebnih argumentov ali jasnih dokazov o združljivosti ukrepov z notranjim trgom v tej fazi ni mogoče izključiti obstoja državne pomoči, je tudi izrazila dvome v zvezi s tem, ali bi se lahko ti ukrepi šteli za združljive z notranjim trgom v skladu s členom 106(2) ali členom 107(3)(c) Pogodbe, če bi ugotovila, da ti ukrepi pomenijo državno pomoč.

([30]) Del 3 akta št. 580/2004.
([31]) Za več informacij o izravnalni shemi glej uvodne izjave (60) do (67) sklepa o začetku postopka.

(54) V zvezi s tem je Komisija poudarila, da bi se lahko končne ugotovitve v zvezi s tem, ali je dejavnost obveznega zdravstvenega zavarovanja v Slovaški republiki dejansko gospodarska ali negospodarska, ali državni ukrepi izpolnjujejo vse ostale pogoje, da bi se šteli za državno pomoč, in, v primeru pritrdilnega odgovora, ali so ti ukrepi združljivi z notranjim trgom, preoblikovale v končni sklep, ki ga bo treba sprejeti po koncu formalne preiskave, šele po tem, ko bodo zbrane vse razpoložljive informacije (vključno z nadaljnjimi pripombami države članice in tretjih strani) in ko bo izvedena poglobljena ocena vseh informacij.

## 5. **PRIPOMBE ZAINTERESIRANIH STRANI**

(55) Komisija je prejela pripombe zainteresiranih strani, kot je povzeto v nadaljevanju:

### 5.1 DÔVERA

(56) Pritožnica Dôvera je kot odgovor na sklep o začetku postopka predložila dodatne informacije o sistemu zdravstvenega zavarovanja in dodatne argumente, zlasti da bi podprla svoje stališče, da sta SZP in VZP podjetji, za kateri se uporablja konkurenčno pravo, in da sta prejeli nezdružljivo državno pomoč.

(57) Dôvera poudarja, da SZP/VZP konkurirata zasebnim zdravstvenim zavarovalnicam, ki zagotavljajo enake storitve, vendar z namenom ustvarjanja dobička, ter se sklicuje na svoje prejšnje pripombe o gospodarski naravi dejavnosti in najnovejšo sodno prakso Sodišča ([32]). V zvezi s tem Dôvera trdi, da več elementov, ki jih je predložila Slovaška republika in ki so navedeni v sklepu o začetku postopka, ker naj bi izražali negospodarsko naravo dejavnosti VZP/SZP, ne vzdrži preskusa. Po mnenju Dôvere je bila reforma v obdobju 2004–2005 namenjena ustvarjanju konkurenčnega trga, ki ga je priznalo in potrdilo slovaško sodstvo (tj. slovaško ustavno sodišče), pa tudi slovaški organi. V zvezi s tem Dôvera prav tako poudarja dejstvo, da se zavarovalnice potegujejo za izvajalce zdravstvenih storitev s selektivnim sklepanjem pogodb in pogajanji o ceni in kakovosti storitev, navaja pa tudi tržne kampanje zdravstvenih zavarovalnic, da bi ohranile in privabile stranke. Poleg tega Dôvera zanika izključno socialno naravo sistema in navaja, da imajo zdravstvene zavarovalnice možnost pridobivanja in razdeljevanja dobička, zasebni vlagatelji pa so pripravljeni vlagati v izvajalce, ki so dejavni v slovaškem sektorju obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(58) Ob sklicevanju na prejšnje pripombe, ki jih je posredovala Komisiji pred sklepom o začetku postopka, Dôvera nadalje navaja, da bi bilo treba vse ukrepe, opredeljene v tem sklepu, obravnavati kot nezakonito pomoč, saj so bili izpolnjeni vsi ostali elementi iz člena 107(1) Pogodbe. Po njenem mnenju ni mogoče trditi, da je Slovaška republika delovala kot vlagateljica v tržnem gospodarstvu, ko je leta 2006 dokapitalizirala SZP, leta 2010 pa VZP. Dôvera prav tako trdi, da je Slovaška republika izvajala diskriminacijo med SZP/VZP in zasebnimi zavarovalnicami, saj je ugodneje obravnavala SZP v postopku poravnave dolga v obdobju 2003–2005 in v letih 2009 in 2012 v izravnalno shemo vključila dva nova parametra. V zvezi s prenosom portfeljev se pripombe Dôvere osredotočajo na prenos zavarovalnega portfelja EZP, saj nima informacij o prejšnjem prenosu portfelja na VZP. V zvezi s tem navaja, da je Komisija morda napačno obvestila slovaške organe o veljavnem pravnem okviru za ta prenos portfelja.

(59) Dôvera trdi še, da slovaški organi niso dokazali, da je zagotavljanje obveznega zdravstvenega zavarovanja storitev splošnega pomena, in tako postavlja pod vprašaj celotno zasnovo analize v skladu s sodno prakso v zadevi Altmark ([33]) in svežnjem SSGP Komisije.

### 5.2 ZDRAVSTVENA ZAVAROVALNICA UNION

(60) Ugotovitve v zvezi s sklepom o začetku postopka, ki jih je predložila Zdravstvena zavarovalnica Union, druga zasebna konkurentka SZP/VZP, so na splošno usklajene s pripombami, ki jih je predložila Dôvera, in sicer da sta SZP in VZP podjetji v smislu člena 107(1) Pogodbe. Zdravstvena zavarovalnica Union navaja, da pet od šestih ukrepov iz oddelka 3 tega sklepa izpolnjuje pogoje za državno pomoč in je nezdružljivih z notranjim trgom. Šesti ukrep, izravnalna shema, bi lahko po mnenju Zdravstvene zavarovalnice Union izpolnjeval pogoje za

([32]) Zadeva T-347/09, Nemčija proti Komisiji, 12. september 2013, še ni objavljeno.
([33]) Zadeva C-280/00, Altmark, Recueil 2003, str. I-7747.

nadomestilo za javne storitve v skladu s sodno prakso v zadevi Altmark ali bi lahko bil združljiv z notranjim trgom v skladu s členom 106(2) Pogodbe, vendar bi bilo treba dodatno raziskati njegov morebitni diskriminacijski pristop v korist neto prejemnice iz izravnalne sheme, tj. SZP/VZP.

### 5.3 HPI, INEKO IN ZZP

(61) Ugotovitve v zvezi s sklepom o začetku postopka, ki so jih predložile druge tri tretje strani, tj. HPI, INEKO in ZZP, zlasti podpirajo stališče Dôvere in Zdravstvene zavarovalnice Union, da je zadevna dejavnost gospodarske narave in da ukrepi vključujejo državno pomoč, saj so SZP/VZP zagotovili selektivno prednost, kar izraža njihovo prepričanje, da zdravstvene zavarovalnice delujejo v konkurenčnem okolju (z različnimi načini za privabljanje strank) in da je država prednostno obravnavala državne zdravstvene zavarovalnice.

## 6. **PRIPOMBE V ZVEZI S SKLEPOM O ZAČETKU POSTOPKA IN DODATNE PRIPOMBE SLOVAŠKE REPUBLIKE**

(62) Slovaška republika je predložila svoje ugotovitve v zvezi s sklepom o začetku postopka in pripombe glede ugotovitev tretjih strani.

(63) Slovaški organi so v svojih pripombah zagotovili pojasnila in dodatne argumente, da bi utrdili svoje stališče, da se za sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja ne uporabljajo pravila konkurence, saj ne vključuje gospodarske dejavnosti. Trdijo, da slovaškega obveznega zdravstvenega zavarovanja ni mogoče obravnavati kot gospodarske dejavnosti v skladu z ustaljeno sodno prakso Sodišča ([34]), predvsem iz naslednjih razlogov:

(a) Sistem ima socialni cilj.

(b) Temelji na solidarnosti, zlasti kar zadeva naslednje:

(i) obvezen vpis za prebivalce Slovaške;

(ii) vsem zavarovanim osebam se zagotavlja enaka minimalna raven prejemkov;

(iii) prispevki niso povezani s prejemki na individualni ravni, saj so prispevki zakonsko določeni (brez cenovne konkurence);

(iv) med zavarovalnicami obstaja solidarnost na področju tveganja: izravnalna shema in enotno ocenjevanje.

(c) Vzpostavljen je natančen regulativni okvir, ki ga nadzoruje država: status, pravice in obveznosti vseh zdravstvenih zavarovalnic so določeni z zakonom.

(64) Slovaška republika izpodbija domnevo, da se je slovaški zdravstveni sistem zaradi zakonodajnih sprememb leta 2005 preoblikoval v tržni sistem, in trdi, da sistem ni nikoli izgubil svoje javne negospodarske narave. Slovaški organi prav tako usmerjajo pozornost na dejstvo, da je slovaški sistem zdravstvenega zavarovanja del sistema socialne varnosti, in poudarjajo odgovornosti držav članic v skladu s členom 168(7) Pogodbe za organizacijo in izvajanje zdravstvenih storitev.

(65) Slovaški organi navajajo tudi, da reforma zdravstvenega zavarovanja ni nadomestila javnega zdravstvenega zavarovanja z zasebnim, prav tako ni zasebnim zavarovalnicam zagotovila kritja tveganja, povezanega z obveznim socialnim varstvom. Po mnenju Slovaške je bil glavni cilj reforme zdravstvenega sektorja, da se določijo natančna pravila za upravljanje finančnih virov, dodeljenih za zdravstvo, pri čemer se je zdelo, da je preoblikovanje vseh obstoječih zavodov za zdravstveno zavarovanje v delniške družbe z jasno določenimi računovodskimi pravili, ki bi bilo izvedeno do 30. septembra 2005, ustrezen način za določitev teh pravil. Slovaški organi menijo, da so vse zdravstvene zavarovalnice na Slovaškem vključene v upravljanje javnih sredstev, ki so jim bila zaupana v okviru javnega sistema zdravstvenega zavarovanja.

([34]) Zlasti združeni zadevi C-159/91 in C-160/91, Poucet in Pistre; zadeva C-218/00, Cisal in INAIL; združene zadeve C-264/01, C-306/01, C-354/01 in C-355/01, AOK Bundesverband.

(66) Po mnenju slovaških organov bi lahko dejstvo, da slovaški sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavlja določeno stopnjo konkurence na področju kakovosti, obravnavali kot element, ki zdravstvene zavarovalnice spodbuja h gospodarski dejavnosti v skladu z načeli dobrega upravljanja, da bi sistem pravilno deloval, ne pa kot element, ki bi lahko vplival na negospodarsko naravo celotnega sistema zdravstvenega zavarovanja.

(67) Slovaški organi tudi pojasnjujejo, da so sredstva, ki se zbirajo in razdeljujejo v strukturi slovaškega javnega sistema zdravstvenega zavarovanja prek zdravstvenih zavarovalnic, seštevek prispevkov za javno zdravstveno zavarovanje, ki so po zakonu obvezni, in so tako del slovaških javnih financ. Zato imajo vse zdravstvene zavarovalnice nalogo upravljanja javnih sredstev, pobranih od ljudi v skladu z ustreznimi pravnimi predpisi, da bi se uporabila za pokrivanje stroškov zdravstvenega varstva.

(68) Da bi dodatno podprli svojo trditev, slovaški organi opozarjajo tudi na dejstvo, da je celo po tem, ko je bila leta 2011 odpravljena prepoved razdeljevanja dobička, novela akta št. 250/2011 omogočila zdravstvenim zavarovalnicam, da ustvarjajo dobiček le pod natančno določenimi pogoji, ki so:

(a) uvedba davka na dobiček zdravstvenih zavarovalnic;

(b) obvezna uporaba dobička za ustvarjanje rezervnega sklada v višini do 20 % vplačanega delniškega kapitala zavarovalnice (rezervni sklad se lahko uporabi le za pokrivanje izgub zadevne zavarovalnice);

(c) obvezno ustvarjanje zavarovalno-tehničnih rezervacij za pokrivanje načrtovanega zdravstvenega varstva zavarovanih oseb na čakalnih seznamih (zato zdravstvene zavarovalnice ne morejo ustvarjati dobička na strošek strank, tako da jih uvrstijo na čakalne sezname, namesto da bi takoj pokrile njihovo zdravstveno varstvo; to je nujno za izpolnjevanje splošno sprejetih računovodskih standardov na področju javnega zdravstvenega zavarovanja).

(69) V zvezi s tem so slovaški organi pojasnili, da je zavarovalnica VZP, ko je naznanila presežek, ustvarila sklad za zdravstveno varstvo, da bi pokrila uporabo zdravstvenega varstva in financirala precej drago zdravstveno varstvo, ki ga zajema javno zdravstveno zavarovanje. Poleg tega je bil v letih s presežkom del dobička VZP namenjen tudi za obvezen rezervni sklad, ki je bil pozneje uporabljen za zmanjšanje nakopičenih izgub. Po mnenju slovaških organov torej dobiček, ki so ga ustvarile državne zdravstvene zavarovalnice, nikoli ni bil razdeljen med delničarje.

(70) V zvezi s tem je Slovaška republika opozorila tudi na dodatno omejitev za zdravstvene zavarovalnice, in sicer, da si lahko sredstva izposojajo le v skladu z aktom št. 523/2004 o proračunskih pravilih javne uprave in po predhodni odobritvi HSA.

(71) Za dodatno podporo trditvi, da se za dejavnost obveznega zdravstvenega zavarovanja ne uporabljajo pravila konkurence, so organi opozorili tudi na preiskavo, ki jo je leta 2009 opravil Protimonopolni urad Republike Slovaške in ki je razkrila, da se dejavnosti zdravstvenih zavarovalnic izvajajo v sistemu, za katerega je značilna visoka stopnja solidarnosti, kjer se zdravstveno varstvo zagotavlja brezplačno, bistvene elemente teh dejavnosti pa ureja država, in da zato dejavnosti, ki jo izvajajo zdravstvene zavarovalnice pri zagotavljanju javnega zdravstvenega zavarovanja, ni mogoče šteti za gospodarsko dejavnost podjetij, ki omejuje konkurenco. Zato se po mnenju Protimonopolnega urada Republike Slovaške slovaško konkurenčno pravo ne uporablja za dejavnosti, ki jih zdravstvene zavarovalnice izvajajo pri zagotavljanju javnega zdravstvenega zavarovanja ([35]).

(72) Slovaški organi so tudi pojasnili, da je leta 2011 ustavno sodišče razglasilo, da je bila prepoved razdeljevanja dobička od leta 2007 neustavna, ker je kršila slovaške ustavne lastninske pravice, vendar se ni strinjalo s tem, da je akt o zdravstvenih zavarovalnicah omejeval načela tržnega gospodarstva. Prav tako poudarjajo dejstvo, da je ustavno sodišče v zvezi s tem ugotovilo tudi, da je zakonodaja o zdravstvenem zavarovanju, ki izključuje ali bistveno omejuje učinek orodij tržnega gospodarstva in tako omejuje konkurenco, ustavno sprejemljiva.

([35]) Preiskava, ki jo je opravil Protimonopolni urad Republike Slovaške v povezavi s predlagano združitvijo SZP in VZP in je bila končana 3. decembra 2009; glej tudi letno poročilo 2009 Protimonopolnega urada Republike Slovaške, objavljeno na http://www.antimon.gov.sk/data/att/958.pdf.

(73) Poleg trditve, da dejavnost obveznega zdravstvenega zavarovanja na Slovaškem ne sodi na področje uporabe pravil konkurence, slovaški organi trdijo, da ukrepi ne izpolnjujejo drugih elementov državne pomoči v skladu s členom 107(1) Pogodbe. V zvezi s tem trdijo, da kapitalski injekciji leta 2006 in 2009 nista bili pomoč, saj sta upoštevali načelo vlagatelja v tržnem gospodarstvu. Poleg tega zanikajo neupravičeno in diskriminacijsko obravnavo Veriteľ v postopku poravnave dolga ter trdijo, da VZP leta 2006 ni bila dodeljena nobena subvencija, ampak je država s tem izvedla normalno plačilo obstoječih nespornih obveznosti. Slovaški organi zagotavljajo dodatne informacije o prenosih portfelja z DZP na VZP in z EZP na SZP in trdijo, da tudi ti prenosi SZP/VZP niso zagotovili selektivne prednosti v skladu s členom 107(1) Pogodbe. Zagotavljajo tudi dodatne informacije o izravnalni shemi, in sicer pojasnjujejo predvsem, kako so bili prispevki prerazporejeni (mesečno in letno) v letih od 2006 do 2012, in trdijo, da se tudi ta ukrep ne šteje za državno pomoč, saj izravnava tveganja, ki so prisotna v sistemu zaradi obstoja enotnih stopenj prispevkov za vse skupine zavarovanih oseb z različnimi stopnjami tveganja.

(74) Slovaški organi so v pripombah v zvezi s sklepom o začetku postopka zagovarjali svoje stališče, da SZP/VZP nista podjetji, ker ne izvajata gospodarske dejavnosti, in da ukrepi upoštevajo načelo vlagatelja v tržnem gospodarstvu in SZP/VZP ne dajejo prednosti, zato ne vključujejo pomoči. Zato se jim ni zdelo potrebno predložiti argumentov o združljivosti domnevnih ukrepov pomoči.

## 7. **OCENA UKREPOV**

(75) Člen 107(1) PDEU določa, da „[…] je vsaka pomoč, ki jo dodeli država članica, ali kakršnakoli vrsta pomoči iz državnih sredstev, ki izkrivlja ali bi lahko izkrivljala konkurenco z dajanjem prednosti posameznim podjetjem ali proizvodnji posameznega blaga, nezdružljiva z notranjim trgom, kolikor prizadene trgovino med državami članicami“.

(76) Na podlagi te določbe se pravila o državni pomoči uporabljajo le, če je upravičenec ukrepa „podjetje“. Sodna praksa Sodišča opredeljuje podjetje za namen člena 107(1) Pogodbe kot subjekt, ki opravlja gospodarsko dejavnost, ne glede na njegovo pravno obliko in njegov način financiranja ([36]). Zato je uvrstitev določenega subjekta med podjetja v celoti odvisna od gospodarske ali negospodarske narave njegovih dejavnosti.

(77) Kot je pojasnjeno v sklepu o začetku postopka, je zato vprašanje, ali se ukrepi, dodeljeni v korist SZP/VZP, štejejo za državno pomoč, v prvi vrsti odvisno od tega, ali in v kolikšnem obsegu SZP/VZP pri opravljanju dejavnosti v okviru slovaškega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja delujeta kot podjetji, ker bi se lahko štelo, da opravljata gospodarsko dejavnost v skladu s sodno prakso.

(78) Po mnenju Sodišča je gospodarska dejavnost vsaka dejavnost ponujanja blaga in/ali storitev na nekem trgu ([37]). V tem okviru je lahko vprašanje, ali obstaja trg za določene storitve, odvisno od posebnega načina organizacije in izvajanja teh storitev v zadevni državi članici ([38]). Pravila o državni pomoči se uporabljajo le, kadar se določena dejavnost opravlja v tržnem okolju. Zato se lahko gospodarska narava iste vrste storitev med državami članicami razlikuje. Poleg tega se lahko zaradi političnih odločitev ali gospodarskega razvoja razvrstitev zadevne storitve sčasoma spremeni. Današnje netržne dejavnosti lahko v prihodnosti postanejo tržne in obratno ([39]).

(79) V zvezi z zagotavljanjem zdravstvenega varstva je vprašanje, ali sheme zdravstvenega varstva vključujejo gospodarsko dejavnost, odvisno od njihovih političnih in gospodarskih značilnosti ter od posebnega načina njihove organizacije in strukture v zadevni državi članici. V bistvu sodna praksa Sodišča razlikuje med shemami, ki temeljijo na načelu solidarnosti, in gospodarskimi shemami ([40]).

([36]) Glej npr. združene zadeve C-180/98 do C-184/98, Pavlov in drugi, Recueil 2000, str. I-6451, točka 74.
([37]) Zadeva 118/85, Komisija proti Italiji, Recueil 1987, str. 2599, točka 7; zadeva C-35/96, Komisija proti Italiji, Recueil 1998, str. I-3851, točka 36; združene zadeve C-180/98 do C-184/98, Pavlov in drugi, točka 75.
([38]) Združeni zadevi C-159/91 in C-160/91, Poucet in Pistre, Recueil 1993, str. I-637.
([39]) Glej tudi sporočilo Komisije o uporabi pravil Evropske unije o državni pomoči za nadomestilo, dodeljeno za opravljanje storitev splošnega gospodarskega pomena (v nadaljnjem besedilu: sporočilo SSGP 2012), UL C 8, 11.1.2012, str. 5, odstavek 12.
([40]) Komisija je povzela ustrezno sodno prakso Sodišča v zvezi z uporabo teh pravil za financiranje shem socialne varnosti in zdravstvenega varstva v svojem sporočilu iz leta 2012 o uporabi pravil Evropske unije o državni pomoči za nadomestilo, dodeljeno za opravljanje storitev splošnega gospodarskega pomena (v nadaljnjem besedilu: sporočilo SSGP 2012).

(80) Sodišče v sodni praksi uporablja vrsto meril za določitev, ali shema socialne varnosti temelji na solidarnosti in zato ne vključuje gospodarske dejavnosti. V tem pogledu je lahko pomembnih več dejavnikov, in sicer: (i) ali je udeležba v shemi obvezna ([41]); (ii) ali ima shema izključno socialni namen ([42]); (iii) ali je shema nepridobitna ([43]); (iv) ali je izplačana podpora neodvisna od prispevkov ([44]); (v) ali izplačana podpora ni nujno sorazmerna s prihodki zavarovanca ([45]) ter (vi) ali shemo nadzoruje država ([46]).

(81) V nasprotju s shemami, ki temeljijo na solidarnosti, je za gospodarske sheme pogosto značilno: (i) neobvezno članstvo ([47]); (ii) načelo kapitalizacije (upravičenost do izplačila je odvisna od vplačanih prispevkov in finančnih rezultatov sheme) ([48]); (iii) pridobitni namen ([49]) ter (iv) zagotovitev upravičenosti do dodatnih izplačil, ki niso vključena v osnovno shemo ([50]).

(82) Nekatere sheme združujejo značilnosti obeh kategorij (shem, ki temeljijo na solidarnosti, in gospodarskih shem) ([51]), zato mora Komisija, da bi določila, ali je določena shema gospodarske ali negospodarske narave, preveriti prisotnost vsake značilnosti iz prejšnjih dveh uvodnih izjav in pretehtati njihovo pomembnost v določeni shemi ([52]).

(83) Končna določitev, ali je zagotavljanje storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja v Slovaški republiki negospodarska ali gospodarska dejavnost, bo torej odvisna od natančne analize posebne oblike organizacije in izvajanja te dejavnosti v zadevni državi članici ter bo veljala le za sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja v zadevni državi članici. Na podlagi teh splošnih ugotovitev bo Komisija ocenila, ali se sporni ukrepi, ki so bili domnevno dodeljeni SZP/VZP, štejejo za državo pomoč, ki je bila „podjetju“ dodeljena v smislu člena 107(1) Pogodbe.

(84) Veliko kazalnikov kaže negospodarsko naravo slovaškega sistema zdravstvenega zavarovanja, zlasti kar zadeva njegove socialne značilnosti in cilje, ki se kažejo zlasti v delovanju tega sistema, in da sistem temelji predvsem na načelu solidarnosti.

(85) Prvič, vključitev v program javnega zdravstvenega zavarovanja je zakonsko obvezna za večino prebivalstva Slovaške republike, zdravstvene storitve, zajete v obvezno zdravstveno zavarovanje, pa se zagotavljajo ne glede na prispevke, ki jih plača zavarovana oseba. Zavarovana oseba lahko sama izbere zdravstveno zavarovalnico, zato izbrana zdravstvena zavarovalnica v skladu z obveznostjo odprtega vpisa tej osebi ne sme zavrniti zavarovanja na podlagi njene starosti, zdravstvenega stanja ali tveganja bolezni ([53]).

([41]) Združeni zadevi C-159/91 in C-160/91, Poucet in Pistre, Recueil 1993, str. I-637, točka 13.
([42]) Zadeva C-218/00, Cisal in INAIL, Recueil 2002, str. I-691, točka 45.
([43]) Združene zadeve C-264/01, C-306/01, C-354/01 in C-355/01, AOK Bundesverband, Recueil 2004, str. I-2493, točke 47 do 55.
([44]) Združeni zadevi C-159/91 in C-160/91, Poucet in Pistre (navedeno zgoraj), točke 15 do 18.
([45]) Zadeva C-218/00, Cisal in INAIL (navedeno zgoraj), točka 40.
([46]) Združeni zadevi C-159/91 in C-160/91, Poucet in Pistre (navedeno zgoraj), točka 14; zadeva C-218/00, Cisal in INAIL (navedeno zgoraj), točke 43 do 48; združene zadeve C-264/01, C-306/01, C-354/01 in C-355/01, AOK Bundesverband (navedeno zgoraj), točke 51 do 55.
([47]) Zadeva C-67/96, Albany, Recueil 1999, str. I-5751, točke 80 do 87.
([48]) Zadeva C-244/94, FFSA in drugi (navedeno zgoraj), točka 9 in 17 do 20; zadeva C-67/96, Albany (navedeno zgoraj), točke 81 do 85; glej tudi združene zadeve C 115/97 do C 117/97, Brentjens, Recueil 1999, str. I-6025, točke 81 do 85, zadeva C 219/97, Drijvende Bokken, Recueil 1999, str. I-6121, točke 71 do 75, in združene zadeve C-180/98 do C-184/98, Pavlov (navedeno zgoraj), točki 114 in 115.
([49]) Združene zadeve C 115/97 do C 117/97, Brentjens (navedene zgoraj).
([50]) Združene zadeve C-180/98 do C-184/98, Pavlov in drugi (navedene zgoraj).
([51]) Glej npr. tehtanje, ki ga je Sodišče opravilo v zadevi C-350/07, Kattner Stahlbau, ZOdl. 2009, str. I-1513, zlasti točke 33 do 68.
([52]) V zvezi s tem bi bilo treba poudariti tudi, da nedavna sodba (T-347/09, Nemčija proti Komisiji, sodba z dne 12. septembra 2013, še ni objavljena), na katero se Dôvera sklicuje v pripombah v zvezi s sklepom o začetku postopka, potrjuje le dejstvo, da lahko blago in storitve na trgu ponujajo tudi nepridobitne organizacije (glej tudi sporočilo SSGP 2012, odstavek 9, ki se sklicuje na sodno prakso). Vendar to ne spremeni dejstva, da mora določitev gospodarske ali negospodarske narave dejavnosti v danem primeru temeljiti na prisotnosti vsake značilnosti in tehtanju njihove pomembnosti.
([53]) Glej uvodne izjave 23 do 25.

(86) Drugič, slovaško obvezno zdravstveno zavarovanje temelji na prispevkih, ki so po zakonu sorazmerni z dohodki zavarovane osebe in ne temeljijo na zavarovanem tveganju (starost, zdravstveno stanje, tveganja bolezni zavarovane osebe). Poleg tega ni neposredne povezave med zneskom prispevkov, ki jih posameznik vplača v shemo, in vrednostjo prejemkov, ki jih ta posameznik prejme v okviru sheme. Zato zavarovalnice nimajo nobene možnosti, da bi vplivale na znesek prispevkov ali minimalno stopnjo kritja, do katere so zavarovane osebe upravičene, saj je vse to določeno z nacionalno zakonodajo.

(87) Tretjič, zakon zagotavlja, da vse zavarovane osebe prejmejo enako osnovno raven prejemkov, ki je dejansko zelo visoka, saj pokriva skoraj vse zdravstvene posege, ki se zagotavljajo v Slovaški republiki, kar pomeni, da shema obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavlja skoraj popolno zdravstveno varstvo ([54]). Slovaška izravnalna shema zagotavlja delitev zavarovalnih tveganj in tako dodatno krepi solidarnost. Poleg tega slovaški sistem upošteva načelo enotnega ocenjevanja, kar pomeni, da zavarovalnice ne smejo obračunavati premij glede na zavarovalno tveganje, izravnava tveganja pa zavarovalnicam z bolj tveganim demografskim profilom portfelja zagotavlja delno nadomestilo s prerazporeditvijo denarja z zavarovalnic, ki zavarovanim osebam plačujejo prejemke v obsegu, manjšem od povprečja, na zavarovalnice, ki zavarovanim osebam plačujejo prejemke v obsegu, višjem od povprečja ([55]).

(88) Poleg vseh zgoraj navedenih socialnih in solidarnostnih značilnosti Komisija opozarja, da se slovaško obvezno zdravstveno zavarovanje organizira in izvaja v okviru trdnega regulativnega okvira: status, pravice in obveznosti vseh zdravstvenih zavarovalnic so določeni z zakoni, ki opredeljujejo natančne pogoje, zdravstvene zavarovalnice pa delujejo pod strogim nadzorom države ([56]).

(89) Komisija na podlagi teh značilnosti ugotavlja, da je slovaški sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja negospodarske narave, zato SZP/VZP ni mogoče šteti za „podjetje“ v smislu člena 107(1) Pogodbe ([57]).

(90) Komisija priznava, da bi lahko nekatere značilnosti slovaškega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja pokazale gospodarsko naravo dejavnosti, ki se izvajajo v okviru tega sistema: (i) prisotnost različnih izvajalcev zavarovalniških storitev (javnih in zasebnih) v slovaškem sektorju obveznega zdravstvenega zavarovanja, (ii) določena stopnja konkurence med zdravstvenimi zavarovalnicami, ki (iii) izvajajo pridobitno dejavnost, in (iv) dejstvo, da je slovaško ustavno sodišče to dejavnost štelo za odprto konkurenci. Kljub temu Komisija meni, da prisotnost teh značilnosti ne postavlja pod vprašaj njene ugotovitve, da je obvezno zdravstveno zavarovanje na Slovaškem negospodarska dejavnost.

(91) Prvič, Komisija poudarja, da dejstvo, da v sektorju obveznega zdravstvenega zavarovanja delujejo različni (javni in zasebni) izvajalci, samo po sebi ne dokazuje gospodarske narave njihovih dejavnosti v okviru sistema, pri čemer velja naslednje: prevladujejo socialne značilnosti in cilji sistema, delovanje tega sistema je osredotočeno na načelo solidarnosti, državni nadzor pa je strog, kot je pojasnjeno v uvodnih izjavah 85 do 87. Taka ugotovitev bi pomenila priznati neustrezno težo obliki organizacijske ureditve, ki jo je izbrala država članica za izvajanje dela svojega sistema socialne varnosti, namesto vsebini zadevnega sistema ([58]).

(92) Drugič, na podlagi sodne prakse Sodišča je mogoče sklepati, da niti prisotnost možnosti konkurence v sistemu zdravstvenega zavarovanja niti dejanski obstoj konkurence, tudi če je bil to namen zakonodajalca in je to potrdilo sodstvo, ne dokazujeta nujno gospodarske narave zadevne dejavnosti. Sodišče je pojasnilo, da so za določitev gospodarske ali negospodarske narave dejavnosti v okviru sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki tako kot slovaški sistem omogoča določeno stopnjo konkurence, odločilni narava in stopnja te konkurence, okoliščine,

([54]) Glej uvodne izjave 26 do 29.
([55]) Glej uvodne izjave 23 do 25.
([56]) Glej uvodno izjavo 32.
([57]) Slovaški sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja ima podobne značilnosti kot nemški zakonski sistem javnega zdravstvenega zavarovanja, kot je ocenilo Sodišče v združenih zadevah C-264/01, C-306/01, C-354/01 in C-355/01, AOK Bundesverband. Sodišče je ugotovilo, da je nemški sistem negospodarske narave, in zlasti poudarilo, da so bile nemške zdravstvene zavarovalnice zakonsko zavezane, da svojim zavarovancem ponujajo v bistvu enake obvezne prejemke, ki jih določi država in ki niso odvisni od zneskov njihovih prispevkov, zato glede obveznih zakonskih prejemkov niso bile v konkurenci med seboj in so bile vključene v sistem izravnave tveganja (glej točke 52 do 54 navedene sodbe).
([58]) Glej tudi zadevo C-350/07, Kattner Stahlbau (navedeno zgoraj, točka 53, in zlasti sklepne predloge generalnega pravobranilca Mazáka v tej zadevi (točka 59).

v katerih se izvaja, ter prisotnost in pomembnost drugih ustreznih dejavnikov ([59]). V zadevnem primeru je vrsta konkurence, ki je najzanimivejša za potrošnike, in sicer cenovna konkurenca v zvezi s stopnjo prispevkov, izključena, saj slovaške zdravstvene zavarovalnice ne morejo spreminjati stopnje prispevkov zavarovanih oseb, ker so zakonsko določeni. Poleg tega je možnost za konkurenco na področju kakovosti precej majhna, saj slovaški sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja predvideva zelo širok obseg zakonskih prejemkov, ki so enaki za vse zavarovane osebe, zato imajo zavarovalnice majhne možnosti, da bi se potegovale za stranke s ponujanjem dodatnih (neodplačnih) izplačil. Zdravstvene zavarovalnice torej nimajo možnosti, da bi vplivale na te zakonske prejemke, zato glede obveznih zakonskih prejemkov za zdravstveno varstvo, ki je njihova temeljna funkcija, niso v konkurenci med seboj.

(93) Tretjič, Komisija meni, da na negospodarsko naravo dejavnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja ne vpliva dejstvo, da zdravstvene zavarovalnice izvajajo konkurenco na področju kakovosti in učinkovitosti nabave, tako da od ponudnikov kupujejo zdravstvene in povezane storitve dobre kakovosti in po konkurenčnih cenah. Zavarovalnice tako z dejavnostjo, ki je neodvisna od pogodb z zavarovanimi osebami v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, kupijo sredstva, potrebna za izvajanje njihove vloge v tem sistemu. Iz sodne prakse Sodišča je mogoče sklepati naslednje: če je sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja zaradi svojih značilnosti negospodarske narave, potem je negospodarske narave tudi dejavnost kupovanja sredstev, potrebnih za delovanje tega sistema ([60]).

(94) Četrtič, dejstvo, da ureditev obveznega zdravstvenega zavarovanja na Slovaškem omogoča zdravstvenim zavarovalnicam, da ustvarjajo dobiček in njegov del razdeljujejo med delničarje, ne spremeni negospodarske narave njihovih dejavnosti, saj jih izvajajo v sistemu z močno prisotnostjo vseh navedenih značilnosti, ki izražajo negospodarsko naravo. Golo dejstvo, da zdravstvene zavarovalnice lahko ustvarjajo dobiček in njegov del razdeljujejo, ne more omajati prevladujočih socialnih značilnosti in ciljev sistema, osrednje vloge načela solidarnosti v sistemu ter delovanja sistema pod strogo ureditvijo in nadzorom države. V zvezi s to državno ureditvijo Komisija opozarja, da je možnost ustvarjanja, uporabljanja in razdeljevanja dobička omejena z zakonskimi obveznostmi, ki jih je država naložila slovaškim zavarovalnicam, da bi zagotovila učinkovitost in stalnost obveznega zdravstvenega zavarovanja z vsemi prevladujočimi socialnimi cilji in cilji, povezani s solidarnostjo ([61]). Svoboda ustvarjanja, uporabe in razdeljevanja dobička je zato bistveno bolj omejena v sektorju slovaškega obveznega zdravstvenega zavarovanja kot v običajnih gospodarskih sektorjih, pri tem pa je treba uresničevati socialne cilje in cilje, povezane s solidarnostjo.

(95) Zaradi omejene narave konkurence, ki je bila uvedena v slovaški sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja (tj. samo omejena konkurenca na področju kakovosti, brez cenovne konkurence), ter omejitev načina ustvarjanja in uporabe dobička elementi konkurence in usmerjenosti v dobiček, ki so prisotni v slovaškem sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja, ne postavljajo pod vprašaj prevladujočih socialnih, solidarnostnih in regulativnih značilnosti, ki izražajo negospodarsko naravo dejavnosti, ki jih izvajajo zdravstvene zavarovalnice v okviru tega sistema. Namesto tega bi bilo treba šteti, da elementi konkurence in usmerjenosti v dobiček, ki so prisotni v slovaškem sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja, uresničujejo glavni cilj spodbujanja zavarovalnic k delovanju v skladu z načeli dobrega upravljanja, da bi sistem socialne varnosti pravilno deloval, ter s tem prispevajo k uresničevanju socialnih ciljev tega sistema in ciljev, povezanih s solidarnostjo ([62]).

(96) Komisija prav tako meni, da dejstvo, da je slovaško ustavno sodišče (pri ocenjevanju morebitne kršitve svobode gospodarske pobude v skladu s slovaško ustavo) štelo slovaški sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja za „vključenega v področje konkurence“, ne pomeni, da ta sistem vključuje dejavnosti gospodarske narave v smislu pravil o državni pomoči. Dejansko je bilo slovaško ustavno sodišče v tej zadevi pozvano, da pregleda, ali je zakonodajna prepoved razdeljevanja dobička za zdravstvene zavarovalnice iz leta 2007 združljiva s slovaško

([59]) V zvezi s tem Komisija opozarja, da dejstvo. da so nemške zdravstvene zavarovalnice v zadevi AOK (združene zadeve C-264/01, C-306/01, C-354/01 in C-355/01, AOK Bundesverband) sploh izvajale določeno stopnjo cenovne konkurence v smislu spreminjanja stopnje prispevkov zavarovanih oseb, ni postavilo pod vprašaj ugotovitve Sodišča, da niso izvajale gospodarske dejavnosti. Po mnenju Sodišča je bil element konkurence na področju prispevkov uveden za to, da bi zdravstvene zavarovalnice spodbudil k temu, da svoje dejavnosti opravljajo po načelih dobrega upravljanja, to je najučinkoviteje in stroškovno najceneje, v interesu dobrega delovanja nemškega sistema socialne varnosti. Po mnenju Sodišča uresničevanje tega cilja ne spreminja ničesar glede narave dejavnosti zdravstvenih zavarovalnic (glej točko 56 navedene sodbe).

([60]) Glej zadevo T-319/99, FENIN, Recueil 2003, str. II-357 (zlasti točko 37).

([61]) Uvodne izjave 84 do 88.

([62]) Tudi glede na glavni cilj (učinkovitosti) reforme iz uvodne izjave 13.

ustavo (kršitev lastninske pravice, varstva lastnine in svobode gospodarske pobude) ter s členi 18, 49, 54 in 63 Pogodbe. Slovaško ustavno sodišče je sklenilo, da ta prepoved krši slovaško ustavo in da zato ni razloga za obravnavanje bistvenih elementov pravil notranjega trga EU ali odločanje o njihovi kršitvi.

(97) Na podlagi navedenega in ob upoštevanju posebnosti tega primera ter prisotnosti ter tehtanja ustreznih kazalnikov dejavnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja, kot je organizirana in se izvaja na Slovaškem, ni mogoče šteti za gospodarsko.

(98) Glede na navedeno Komisija sklepa, da SZP/VZP kot prejemnici spornih ukrepov ni mogoče šteti za podjetji v smislu člena 107(1) Pogodbe, zato ti ukrepi ne pomenijo državne pomoči v smislu navedene določbe.

(99) Zato ni treba proučiti drugih pogojev za obstoj državne pomoči v smislu člena 107(1) PDEU in oceniti združljivosti spornih ukrepov.

## 8. **SKLEPNA UGOTOVITEV**

(100) Glede na zgornje premisleke je Komisija sklenila, da se sporni ukrepi ne štejejo za državno pomoč v smislu člena 107(1) Pogodbe –

SPREJELA NASLEDNJI SKLEP:

*Člen 1*

Naslednji ukrepi, ki jih je Slovaška republika odobrila zavarovalnici Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (SZP) in/ali zavarovalnici Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VZP) se ne štejejo za pomoč v smislu člena 107(1) Pogodbe:

(a) dokapitalizacija SZP v višini 450 milijonov SKK, izvedena med 28. novembrom 2005 in 18. januarjem 2006;

(b) poravnava dolgov SZP s strani Veriteľ a. s. med letoma 2003 in 2006;

(c) subvencija, ki jo je SZP leta 2006 dodelilo ministrstvo za zdravje;

(d) dokapitalizacija VZP v višini 65,1 milijona EUR z dne 1. januarja 2010;

(e) izravnalna shema, vzpostavljena v skladu z delom 3 Akta št. 580/2004, in

(f) prenos portfeljev likvidiranih zdravstvenih zavarovalnic, zlasti z zavarovalnice Družstevná zdravotná poisťovňa na VZP ter z zavarovalnice Európská zdravotná poisťovňa na SZP.

*Člen 2*

Ta sklep je naslovljen na Slovaško republiko.

V Bruslju, 15. oktobra 2014

*Za Komisijo*
Joaquín ALMUNIA
*Podpredsednik*