DECISIÓN (UE) 2015/248 DE LA COMISIÓN

de 15 de octubre de 2014

relativa a las medidas SA.23008 (2013/C) (ex 2013/NN) aplicadas por la República Eslovaca a Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s (SZP) y Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. (VZP)

[notificada con el número C(2014) 7277]

(El texto en lengua eslovaca es el único auténtico)

(Texto pertinente a efectos del EEE)

LA COMISIÓN EUROPEA,

Visto el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (en lo sucesivo, «el TFUE»), y, en particular, su artículo 108, apartado 2, párrafo primero,

Visto el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, y, en particular, su artículo 62, apartado 1, letra a),

Después de haber emplazado a los interesados para que presentaran sus observaciones, de conformidad con los citados artículos ([1]),

Considerando lo siguiente:

1. **PROCEDIMIENTO**

(1) El 2 de abril de 2007, la Comisión recibió una denuncia de la compañía de seguros de salud de propiedad privada Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s (en lo sucesivo, «Dôvera» o «el denunciante») por supuesta ayuda estatal a la aseguradora de salud de propiedad estatal Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s. (en lo sucesivo, «SZP») en forma de ampliación de su capital social, el 26 de enero de 2006, en 450 millones SKK (aproximadamente 15 millones EUR).

(2) La Comisión envió una solicitud de información a la República Eslovaca el 21 de agosto de 2009. Después de una prórroga del plazo de respuesta, las autoridades eslovacas facilitaron la información solicitada en su escrito de 24 de septiembre de 2009.

(3) Mediante carta de 26 de febrero de 2010, la Comisión solicitó a la República Eslovaca información adicional sobre esta aportación de capital, así como aclaraciones sobre el sistema eslovaco de igualación de riesgos (SIR), otra medida que quizá podría calificarse de ayuda estatal. Mediante carta de 25 de marzo de 2010, las autoridades eslovacas solicitaron una prórroga del plazo de respuesta a esta solicitud, prórroga que fue concedida por la Comisión mediante carta de 31 de marzo de 2010. Después de que la Comisión enviara un recordatorio a la República Eslovaca el 16 de junio de 2010 para que presentara la información, las autoridades de ese país respondieron a la solicitud mediante carta de 9 de julio de 2010. Conforme a lo solicitado por la Comisión en su carta de 4 de noviembre de 2010, la República Eslovaca presentó una versión no confidencial de esa respuesta el 3 de diciembre de 2010.

(4) El 1 de enero de 2010, SZP se fusionó con la otra compañía de seguros médicos de propiedad estatal, Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s (en lo sucesivo, «VZP»). Desde 1998 y, al menos, hasta 2005, esas dos sociedades anónimas públicas recibieron las carteras de seguros de otras compañías de seguros médicos.

(5) En dos reuniones entre la Comisión y Dôvera, celebradas el 10 de octubre de 2010 y el 15 de marzo de 2011, se debatió el objeto de la denuncia y el funcionamiento del sector de los seguros de salud en Eslovaquia. En su escrito de 15 de julio de 2011, Dôvera suministró información adicional sobre la naturaleza del sector de los seguros de salud en Eslovaquia e hizo extensiva su denuncia a tres medidas adicionales supuestamente concedidas a SZP y VZP: i) la liquidación de la deuda de SZP por parte de la empresa de propiedad estatal Veriteľ a.s. en 2004-2005 mediante dos pagos de 52,7 millones EUR y 28 millones EUR, ii) una subvención de 7,6 millones EUR concedida a SZP en 2006 por el Ministerio de Sanidad, y iii) una ampliación del capital en VZP por un importe de 65,1 millones EUR, financiada por el Estado el 1 de enero de 2010. En consecuencia, la Comisión invitó a las autoridades eslovacas a que presentaran sus observaciones sobre la denuncia ampliada con sus nuevas alegaciones. Tras una prórroga del plazo de respuesta, las autoridades eslovacas presentaron sus observaciones mediante carta de 11 de noviembre de 2011.

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

(6) Después de reunirse con los servicios de la Comisión el 15 de diciembre de 2011, Dôvera suministró información adicional sobre la naturaleza del sector nacional de los seguros de salud mediante carta de 16 de enero de 2012.

(7) Mediante carta de 2 de julio de 2013, la Comisión notificó a la República Eslovaca su decisión de incoar el procedimiento de investigación formal previsto en el artículo 108, apartado 2, del Tratado (en lo sucesivo, «la decisión de incoación»). La decisión de incoación se publicó en el Diario Oficial de la Unión Europea ([2]), y en ella se invitaba a los interesados a presentar sus observaciones.

(8) Mediante carta de 24 de julio de 2013, las autoridades eslovacas solicitaron una prórroga del plazo para presentar sus observaciones sobre la decisión de incoación, prórroga que fue concedida por la Comisión mediante carta de 30 de julio de 2013. Mediante carta de 27 de agosto de 2013, la República Eslovaca presentó sus observaciones sobre la decisión de incoación.

(9) La Comisión recibió observaciones sobre la decisión de incoación procedentes de cinco partes interesadas: el Instituto de Reformas Económicas y Sociales (INEKO), mediante carta de 15 de octubre de 2013; la Union zdravotná poisťovňa, a.s. (en lo sucesivo, «UZP»), mediante carta de 25 de octubre de 2013; el Instituto de Política Sanitaria (en lo sucesivo, «IPS»), mediante carta de 28 de octubre de 2013; la Združenie zdravotných poisťovní SR («ZZO», la asociación de compañías de seguros médicos de Eslovaquia), mediante carta de 28 de octubre de 2013, y Dôvera, mediante carta de 11 de noviembre de 2013.

(10) Esas observaciones fueron transmitidas a las autoridades eslovacas mediante cartas de 20 de noviembre y 20 de diciembre de 2013. El 20 de diciembre de 2013, las autoridades eslovacas solicitaron que se prorrogara el plazo para responder a las observaciones hasta el 31 de enero de 2014, lo cual fue aceptado por la Comisión el mismo día. Mediante carta de 29 de enero de 2014, Eslovaquia respondió a las observaciones de las partes interesadas sobre la decisión de incoación.

(11) El 2 de abril de 2014, tuvo lugar una reunión entre los servicios de la Comisión y las autoridades eslovacas.

(12) El 11 de abril de 2014 y el 25 de agosto de 2014, la Comisión envió solicitudes adicionales de información, a las que Eslovaquia respondió mediante cartas de 15 de mayo y 27 de agosto de 2014, respectivamente.

2. **CONTEXTO**

2.1. LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE SEGUROS DE SALUD EN ESLOVAQUIA

(13) En 1994, Eslovaquia abandonó su sistema estatal único de seguros y adoptó un modelo pluralista, con entidades públicas y privadas. Con la profunda reforma introducida por las Leyes nos 581/2004 y 580/2004, que entraron en vigor el 1 de enero de 2005 (en lo sucesivo, «reforma de 2005»), se modificaron las normas de redistribución de las cotizaciones al seguro de enfermedad y la forma jurídica de todas las compañías de seguros (tanto de propiedad estatal como privada), que dejaron de ser entidades jurídicas *sui generis* para convertirse en sociedades anónimas de responsabilidad limitada (es decir, sociedades anónimas de Derecho privado con fines de lucro). Se creó un organismo regulador independiente, la autoridad eslovaca de vigilancia de las prestaciones sanitarias (Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, en lo sucesivo, «UDZS»), responsable de expedir licencias de explotación y controlar el cumplimiento de la normativa aplicable por parte de las compañías aseguradoras. El objetivo esencial de las reformas era contribuir a una utilización más eficiente de los recursos disponibles y a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria ([3]).

(14) En Eslovaquia, todas las compañías de seguros de salud, públicas y privadas, ofrecen un seguro médico obligatorio a los residentes eslovacos ([4]). La posibilidad contemplada en la Ley nº 580/2004 de ofrecer también seguros de salud individuales complementarios de las prestaciones básicas del seguro médico obligatorio sigue

([2]) Véase la nota 1 a pie de página.

([3]) Véase también el Informe de 2004, Hlavačka S, Wágner R, Riesberg A. «Health care systems in transition: Slovakia» (vol. 6 nº 10 2004), p. 36 y ss., publicado por el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias (disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf), en particular la p. 99.

([4]) De conformidad con el artículo 3 de la Ley nº 580/2004, una persona física con residencia permanente en la República Eslovaca debe estar afiliada al sistema público de seguro de salud. La Ley prevé excepciones, pero solo son aplicables a las personas aseguradas en otro país. Ese mismo artículo también establece las personas que deben estar cubiertas por el sistema público de seguro de salud, aunque no tengan su residencia permanente en la República Eslovaca. En la presente Decisión, el término «residente eslovaco» se refiere, según proceda, a todas las categorías de personas que deben estar cubiertas por el sistema público de seguro de salud.

siendo marginal, debido a las amplias prestaciones sanitarias que abarca el sistema obligatorio ([5]). Por otra parte, en virtud de un acto legislativo de 2005, se autorizó a todas las compañías de seguros de salud a ofrecer un seguro médico voluntario a las personas excluidas del seguro obligatorio ([6]).

(15) En 2007, la Ley nº 530/2007 modificó la Ley nº 581/2004 y prohibió a las compañías de seguros que ejercen su actividad en el sector del seguro de salud obligatorio distribuir beneficios en forma de dividendos, con efecto a partir del 1 de enero de 2008, obligando a reinvertir los superávits generados en el sistema sanitario eslovaco. Como consecuencia de ello, a partir de enero de 2008 estas compañías de seguros no pudieron repartir beneficios. No obstante, el 26 de enero de 2011, el Tribunal Constitucional eslovaco declaró esa prohibición incompatible con varias disposiciones de la Constitución eslovaca. A raíz de esta sentencia, en julio de 2011 las autoridades eslovacas modificaron la Ley nº 530/2007 mediante la Ley nº 250/2011, a fin de permitir a las compañías de seguros de salud volver a distribuir (entre sus accionistas) los beneficios obtenidos de la actividad del seguro obligatorio, con sujeción a determinadas condiciones ([7]). Como consecuencia de estos cambios legislativos, la Comisión archivó en diciembre de 2011 un procedimiento de infracción en relación con la restricción de la distribución de beneficios ([8]).

(16) El 31 de octubre de 2012, las autoridades eslovacas aprobaron un plan de creación de un sistema unitario sin ánimo de lucro para el seguro de salud obligatorio en la República Eslovaca, que se introduciría a través de la adquisición voluntaria de acciones (hasta el 1 de enero de 2014) de las compañías de seguros de salud privadas, o bien a través de su expropiación (hasta el 1 de julio de 2014) y que establecería una única compañía de seguros de salud (de titularidad estatal) ([9]). Sin embargo, en el momento de la adopción de la presente Decisión, no se había aplicado ninguna de las medidas del citado plan ([10]).

2.2. LOS SEGUROS DE SALUD EN ESLOVAQUIA

(17) Según la legislación eslovaca, se entiende por «compañía de seguros de salud» una sociedad anónima con domicilio social en la República Eslovaca que, previa autorización de la UDZS, ofrece seguros de salud públicos obligatorios.

(18) Los residentes eslovacos pueden elegir afiliarse a cualquiera de las tres aseguradoras siguientes para beneficiarse del conjunto de servicios del seguro de salud obligatorio:

a) la sociedad anónima estatal eslovaca VZP, constituida el 1 de julio de 2005; se formó mediante transformación de la empresa pública VšZP, establecida con arreglo a la Ley nº 273/1994, el 1 de noviembre de 1994, como sucesora de la compañía de seguros nacional (Národná poisťovňa) de la Administración nacional del fondo de seguro médico; VZP se fusionó con la empresa pública SZP el 1 de enero de 2010 en virtud de la Ley nº 533/2009 (así pues, en su caso, el ente resultante de la fusión se denominará en lo sucesivo «SZP/VZP»); la República Eslovaca es el único accionista de VZP;

b) la empresa privada de responsabilidad limitada Dôvera (su principal accionista es PENTA, un grupo financiero de Europa Central), que fue creada el 1 de octubre de 2005 y se fusionó con otra compañía eslovaca privada de seguros médicos, Apollo, el 31 de diciembre de 2009; en 2010, el ente resultante de la fusión era la mayor compañía privada de seguros de salud de Eslovaquia;

c) la sociedad anónima privada UZP, establecida el 9 de marzo de 2006 y miembro del grupo Achmea, con sede en los Países Bajos, anteriormente Eureko.

([5]) Véase también el Informe de 2011, Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M and van Ginneken E., «Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition» (vol. 13 nº 2 2011), publicado por el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias (disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), p. 78.

([6]) Ley nº 352/2005, aplicable a las personas sin residencia permanente y no empleadas en Eslovaquia y a aquellas con residencia permanente en Eslovaquia, pero con seguro médico en el extranjero. De acuerdo con la respuesta de las autoridades eslovacas a la decisión de incoación, esta posibilidad de seguro voluntario fue derogada por la Ley nº 121/2010, con efecto a partir del 1 de mayo de 2010.

([7]) Estas condiciones son las siguientes: 1) la utilización obligatoria de los beneficios para la constitución de una reserva de hasta el 20 % del desembolso del capital registrado (el fondo de reserva solo podrá destinarse a cubrir pérdidas), y 2) la constitución obligatoria de reservas técnicas para el pago de la asistencia sanitaria prevista de las personas aseguradas en listas de espera.

([8]) Infracción nº 2008/4268: la Comisión Europea envió al Gobierno eslovaco una carta de emplazamiento, con arreglo a las normas del mercado interior, señalando que la prohibición impuesta a las compañías de seguros médicos de disponer libremente de todos los beneficios derivados de la prestación del seguro de salud en Eslovaquia en virtud del artículo 15, apartado 6, de la Ley nº 581/2004, constituía una restricción injustificada de la libre circulación de capitales garantizada por el artículo 63 del Tratado.

([9]) El Tribunal Permanente de Arbitraje (TPA) se ha inhibido recientemente en las demandas de la empresa neerlandesa Achmea (propietaria de UZP) contra esos planes; véase Achmea/República Eslovaca, asunto TPA nº 2013-12, sentencia de 24 de mayo de 2014, disponible en: http://news.achmea.nl/achmea-discloses-awards-of-arbitration-tribunals/.

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

(19) El cuadro muestra la evolución de las cuotas de mercado de las diferentes sociedades que ofrecían seguros de salud obligatorios en la República Eslovaca durante el período 2008-2013 ([11]):

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ([1])
Sociedades	Número de asegurados (%)					
VZP	55,4	55,0	66,74	65,79	64,4	64,09
SZP	13,6	12,0	2010: fusión de SZP y VZP			
Apollo	8,4	10,0	2010: fusión de Apollo y Dôvera			
Dôvera	16,2	16,0	26,37	26,8	27,75	27,49
UZP	6,4	7,0	6,89	7,41	7,85	8,42

([1]) Véase también el apartado 37 de la sentencia del Tribunal Permanente de Arbitraje, de 24 de mayo de 2014, en el asunto TPA nº 2013-12, Achmea/República Eslovaca (véase la nota 9 a pie de página).

(20) Todas las compañías de seguros de salud son sociedades anónimas, mientras que las disposiciones en materia de propiedad permiten que tanto el Estado como el sector privado sean accionistas. Todas estas sociedades deben cumplir determinados criterios de solvencia. Al estar sujetas a estrictas limitaciones presupuestarias, son plenamente responsables de los déficits financieros. Como sociedades anónimas privadas establecidas con arreglo al Derecho general de sociedades, parecen gestionar de manera autónoma sus costes de explotación y de asistencia sanitaria.

(21) Las compañías de seguros de salud pueden obtener beneficios y, de hecho, los obtienen ([12]). Los ingresos de las compañías de seguros eslovacas proceden de las cotizaciones al seguro, del presupuesto del Estado (cotizaciones en nombre de las personas económicamente inactivas y una subvención para cubrir el aumento de los costes de los servicios de salud), las rentas de la propiedad, las donaciones y otras rentas. Las compañías de seguros de salud pueden obtener beneficios, por ejemplo mediante la mejora de su sistema de gestión y a través de sus negociaciones contractuales con los prestadores de asistencia sanitaria.

2.3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SECTOR DE LOS SEGUROS DE SALUD OBLIGATORIOS DE ESLOVAQUIA

2.3.1. **Objetivo social e interés público**

(22) El régimen eslovaco de seguros de salud obligatorios persigue un objetivo social, a saber: la prestación de asistencia sanitaria y el mantenimiento de un sistema de seguro de salud viable. Los ciudadanos tienen derecho al seguro de salud y los residentes eslovacos tienen la obligación de estar asegurados ([13]). El derecho a la atención sanitaria gratuita sobre la base del seguro de salud constituye una obligación constitucional de la República Eslovaca ([14]). Según las autoridades eslovacas, al ofrecer el seguro de salud obligatorio, se considera que las compañías de seguros de salud cumplen una obligación constitucional en nombre del Estado, a saber: la prestación del seguro de salud a los residentes eslovacos a través de la gestión del régimen del seguro obligatorio en Eslovaquia. La República Eslovaca es legalmente responsable de financiar el sistema de asistencia sanitaria y de sufragar las pérdidas en este sector ([15]). En virtud del artículo 2 de la Ley nº 580/2004, relativa al seguro de salud, la prestación del seguro de salud público obligatorio es una actividad de interés público que implica la gestión de fondos públicos.

([11]) Las cifras correspondientes al período 2011-2013 las proporcionó el denunciante en sus observaciones a la decisión de incoación.
([12]) Decisión de incoación, considerandos 23 y 24.
([13]) La ley establece las personas que deben estar aseguradas (artículo 3 de la Ley nº 580/2004). Todos los ciudadanos que determina la ley están legalmente obligados a pagar las cotizaciones del seguro de salud público (artículo 11 de la Ley nº 580/2004). El impago de las cotizaciones constituye un delito.
([14]) En el artículo 40 de la Constitución de la República Eslovaca, entre los «derechos y libertades fundamentales» garantizados por la misma, se establece lo siguiente: «Todas las personas tienen derecho a la protección de su salud. Sobre la base del seguro de salud, los ciudadanos tienen derecho a una atención sanitaria gratuita y a suministros médicos, en las condiciones definidas por la Ley».
([15]) Concretamente, y en relación con los cambios legislativos introducidos en 2004, la República Eslovaca pagó deudas por un importe de casi 1 000 millones EUR en que había incurrido anteriormente el sector sanitario, incluidas las deudas de compañías privadas de seguros de salud (según la información facilitada por las autoridades eslovacas a la Comisión el 9 de julio de 2010).

2.3.2. **Afiliación obligatoria, acceso libre y tarificación común**

(23) De conformidad con lo dispuesto en la Ley nº 580/2004 y la Ley nº 581/2004, la participación en el régimen público eslovaco del seguro de salud es obligatoria para la mayoría de la población de la República Eslovaca ([16]). El seguro obligatorio también cubre, hasta el 30 de abril de 2010, a las personas aseguradas de conformidad con el Reglamento (CEE) nº 1408/71 del Consejo ([17]), y, a partir del 1 de mayo de 2010, a las personas aseguradas de conformidad con el Reglamento (CE) nº 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo ([18]).

(24) Los asegurados tienen derecho a elegir su compañía de seguros médicos y a cambiar de compañía una vez al año. En virtud de la obligación de facilitar el acceso libre y del principio de tarificación común, las compañías de seguros de salud de Eslovaquia tienen la obligación legal de admitir en su régimen de seguro a todo residente eslovaco que lo solicite, siempre que cumpla los requisitos legales aplicables a estos seguros en Eslovaquia. En particular, las compañías de seguros de salud no pueden negarse a asegurar a una persona por motivos de edad, estado de salud o riesgos de enfermedad ([19]) y han de ofrecer un seguro médico básico al mismo precio a todas las personas, con independencia de estos factores.

(25) Por consiguiente, el sistema eslovaco de seguros de salud también incluye una estructura jurídica para el reparto equitativo de riesgos entre las compañías de seguros de salud a través de un sistema de igualación de riesgos (SIR). En virtud del SIR ([20]), las compañías que aseguran a personas de mayor riesgo reciben fondos de las compañías de seguros cuyas carteras tienen un riesgo menor, a través de una reasignación mensual y anual de las cotizaciones y la administración de transferencias ([21]).

2.3.3. **Prestaciones y cotizaciones vinculadas a los ingresos**

(26) El seguro de salud obligatorio eslovaco se basa en un sistema de cotizaciones obligatorias. Los tipos de cotización se establecen por ley y son proporcionales a los ingresos del asegurado (de forma similar al impuesto sobre la renta), en lugar de basarse en el riesgo asegurado (como la edad o el estado de salud del asegurado). Esas cotizaciones, que las autoridades eslovacas consideran parte de los fondos públicos, proceden de: 1) los asalariados y empleadores; 2) los trabajadores autónomos; 3) las personas en situación de desempleo voluntario; 4) el Estado (cobertura de los «asegurados por el Estado», es decir, principalmente las personas económicamente inactivas), y 5) los pagadores de dividendos.

(27) A todos los asegurados se les garantiza el mismo nivel básico de prestaciones («paquete de prestaciones básicas»). No existe relación directa entre el importe de las cotizaciones pagadas y las prestaciones recibidas ([22]). Los servicios médicos cubiertos por el seguro de salud obligatorio se prestan con independencia de las cotizaciones pagadas por el asegurado.

(28) El paquete de prestaciones básicas del seguro de salud obligatorio abarca casi todos los actos médicos realizados en la República Eslovaca, lo que significa que prácticamente toda la asistencia sanitaria se presta a través de dicho paquete. En la actualidad, el paquete básico permite el acceso universal a una sanidad gratuita, con la excepción únicamente de algunos tratamientos (por ejemplo, cirugía estética) y copagos en el caso de productos farmacéuticos, tratamientos termales y determinados servicios relacionados con la asistencia sanitaria (por ejemplo, consultas a servicios de urgencias). Este paquete puede reducirse o ampliarse mediante decreto gubernamental (sin negociaciones parlamentarias). Puesto que la Constitución eslovaca garantiza la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos en el marco del régimen obligatorio del seguro de salud con arreglo a los requisitos establecidos por la ley, las compañías de seguros no pueden influir en la determinación del paquete de prestaciones, el nivel de cobertura o las cotizaciones del paquete de prestaciones básicas, ya que todo ello queda fijado por ley.

(29) Las compañías de seguros de salud eslovacas pueden añadir, y de hecho añaden, al paquete de prestaciones básicas diferentes derechos adicionales (prestaciones) de su elección, que cubren servicios no incluidos en él, pero que son ofrecidos gratuitamente a sus clientes dentro del mismo paquete de asistencia sanitaria, en el marco del seguro de salud obligatorio. Así, por ejemplo, según la información facilitada, parece que las compañías de seguros de salud pueden decidir ofrecer una cobertura adicional para determinados tratamientos preventivos y complementarios dentro del mismo paquete del seguro obligatorio. Estas prestaciones adicionales son distintas de los servicios del seguro médico que pueden obtenerse mediante pago.

([16]) Véase la nota 4 a pie de página.
([17]) Reglamento (CEE) nº 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad (DO L 149 de 5.7.1971, p. 2).
([18]) Reglamento (CE) nº 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social (DO L 166 de 30.4.2004, p. 1).
([19]) Véase también el artículo 6, apartado 9, de la Ley nº 580/2004.
([20]) Parte 3 de la Ley nº 580/2004.
([21]) Véanse los considerandos 45 a 47.
([22]) Véase la Ley nº 577/2004.

2.3.4. **Selección de proveedores y servicios de asistencia sanitaria**

(30) Las compañías de seguros de salud pueden seleccionar a los proveedores de asistencia sanitaria y negociar contratos con médicos y hospitales. Celebran, por tanto, contratos con los diferentes proveedores de asistencia sanitaria. Estos contratos son independientes y un determinado proveedor puede contratar con la totalidad o solo algunas de las compañías de seguros de salud y viceversa. Las compañías reembolsan los servicios prestados tanto por el Estado como por proveedores de asistencia sanitaria privados.

(31) A fin de garantizar la accesibilidad geográfica de los servicios sanitarios, el Gobierno establece una exigencia de red mínima para influir en la planificación de la capacidad. En la prestación de sus servicios de seguro de salud obligatorio, las aseguradoras están obligadas por ley a contratar una red mínima de hospitales. Cada compañía crea su propia red y mejora la red mínima mediante una contratación selectiva de hospitales adicionales y otros proveedores de servicios de asistencia sanitaria. Así, los servicios de asistencia sanitaria que prestan esos hospitales y/u otros proveedores que se incluyen en la cobertura del seguro de salud obligatorio están cubiertos por el seguro médico de los asegurados. Las compañías de seguros de salud disponen de cierto margen de discrecionalidad a la hora de negociar con los hospitales sobre el precio y la calidad de los servicios sanitarios prestados a los asegurados.

2.3.5. **Marco reglamentario**

(32) El seguro de salud obligatorio de la República Eslovaca está regulado por una normativa especial ([23]). Todas las compañías que proporcionan este tipo de seguro tienen, por ley, idéntico estatuto y los mismos derechos y obligaciones. Deben constituirse con la finalidad de ofrecer estos seguros públicos y solo deben llevar a cabo las actividades enumeradas en el artículo 6 de la Ley nº 581/2004. Las actividades de las compañías de seguros de salud que gestionan el seguro obligatorio están sujetas al control global del Estado, en particular a través de la autoridad reguladora (UDZS), que tiene un papel de seguimiento y supervisión en el sistema sanitario. La UDZS supervisa si las compañías y proveedores de seguros de salud observan este marco legislativo e interviene en caso de incumplimiento.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS CONTROVERTIDAS

(33) La presente Decisión examina las siguientes seis medidas (denominadas las «medidas controvertidas») ([24]):

3.1. LA AMPLIACIÓN DE CAPITAL DE 2006 DE SZP

(34) Mediante carta de 2 de abril de 2007, la compañía de seguros de salud de propiedad privada Dôvera presentó ante la Comisión una denuncia por la aportación de capital de la República Eslovaca a la compañía de propiedad estatal SZP de un importe de 450 millones SKK (aproximadamente 15 millones EUR), efectuada en tres tramos, entre el 28 de noviembre de 2005 y el 18 de enero de 2006.

(35) Esta ampliación de capital estaba vinculada a la reforma del sector de la asistencia sanitaria y la reforma de 2004-2005 del sector de los seguros de salud en la República Eslovaca. De hecho, en el momento de su constitución como sociedad anónima en 2005, SZP, como sucesora jurídica de una entidad pública ([25]), estaba obligada por ley a asumir no solo los activos de la compañía de seguros original, sino también sus pasivos, contraídos antes de 2005 y cuyo importe comprometía el nivel de solvencia, con arreglo a las exigencias del artículo 14, apartado 1, de la Ley sobre las compañías de seguros de salud (Ley 581/2004). A 31 de diciembre de 2005, los pasivos ascendían a 467 765 millones SKK (aproximadamente 15,5 millones EUR).

([23]) Por ejemplo, la relación entre el asegurado y el seguro médico no se regula por contrato sino por ley (véase el artículo 4 de la Ley nº 580/2004). La supervisión de las aseguradoras y la prestación de la asistencia sanitaria también se regulan por ley.

([24]) Las medidas se describen con más detalle en la decisión de incoación, considerandos 44 a 72.

([25]) Como entidad pública antes del 1 de mayo de 2005, SZP funcionaba como compañía de seguros con una cartera específica y relativamente restringida, mientras que, a diferencia de otras aseguradoras sanitarias, también debía ofrecer asistencia sanitaria preventiva específica y asistencia sanitaria específica relacionada con los accidentes laborales y las enfermedades profesionales.

3.2. LIQUIDACIÓN DE LAS DEUDAS DE SZP POR VERITEĽ

(36) Veriteľ se constituyó en 2003 como nuevo organismo estatal para la consolidación de las deudas de asistencia sanitaria ([26]). El Gobierno eslovaco le encomendó la tarea de ejecutar un proyecto para saldar las deudas de los centros de asistencia sanitaria y las compañías de seguros de salud antes de la transformación de todos los fondos de seguros de salud existentes en sociedades anónimas a más tardar el 30 de septiembre de 2005. La liquidación de la deuda se llevó a cabo con arreglo a las resoluciones del Gobierno eslovaco.

(37) En el período 2003-2005, Veriteľ pagó la deuda del sector sanitario, que ascendía a más de 1 100 millones EUR en valor contable, al coste de 644 millones EUR en efectivo. Puesto que el Ministerio de Sanidad anunció que este sería el último rescate del sistema sanitario, Veriteľ se suprimió en 2006 ([27]).

(38) El denunciante alega que al ser el importe de 52,7 millones EUR pagado por Veriteľ para liquidar la deuda de SZP más elevado que el que el propio denunciante había recibido ([28]), existe un trato discriminatorio injustificado en el proceso de liquidación. Pero, sobre todo, el denunciante subraya que, además, el 30 de noviembre de 2005 (es decir, después de la transformación), Veriteľ reembolsó aproximadamente 28 millones EUR suplementarios de otra deuda de SZP con la cuenta especial de redistribución de las cotizaciones. Para ello, se realizó una transferencia de créditos de cotizaciones e intereses de SZP a Veriteľ. SZP transfirió a Veriteľ alrededor de 929 millones SKK en forma de créditos de cotizaciones e intereses (de los cuales aproximadamente 343 millones SKK en forma de intereses). Como contraprestación, Veriteľ abonó a SZP 840 millones SKK (aproximadamente 28 millones EUR) compensando su deuda con la cuenta especial de redistribución de cotizaciones ([29]).

3.3. SUBVENCIÓN DE 2006 A SZP

(39) En el segundo semestre de 2006, el Ministerio de Sanidad concedió a SZP una nueva subvención utilizando parte del balance de liquidación de Veriteľ, que se disolvió en julio de 2006. Según el denunciante, la subvención ascendía a 7,6 millones EUR aproximadamente.

(40) El denunciante alega que esta subvención se concedió para liquidar deudas de SZP con proveedores de asistencia sanitaria que databan de antes de 2005, a pesar de que no estaba claro si dichas deudas seguían existiendo en el momento de conceder la subvención.

(41) No obstante, según las autoridades eslovacas, los recursos financieros procedentes del balance de liquidación de Veriteľ no se entregaron a SZP, sino a los servicios médicos, que, en ese momento, eran propiedad del Estado, para el pago de su pasivo (es decir, las cotizaciones al seguro de enfermedad de sus trabajadores) a SZP. Por consiguiente, según las autoridades eslovacas, no se trató de una subvención, sino más bien de un pago normal de pasivos reconocidos por el Estado (cotizaciones no abonadas del seguro de enfermedad).

3.4. AMPLIACIÓN DE CAPITAL DE VZP EN 2010

(42) La República Eslovaca, a través del Ministerio de Sanidad, amplió su capital social en VZP el 1 de enero de 2010. El importe de la ampliación fue de aproximadamente 65,1 millones EUR.

(43) Según el denunciante, dado que VZP estaba casi en situación de insolvencia, parece que el Estado actuó de esta forma para colmar el déficit de ingresos de VZP. El denunciante también alega que el Estado no tenía ninguna esperanza de rentabilizar su inversión en un plazo de tiempo razonable, habida cuenta, en particular, de que Eslovaquia acababa de adoptar una ley que impedía a las compañías de seguros de salud distribuir beneficios.

(44) Según las autoridades eslovacas, la finalidad de la ampliación de capital de 2010 fue eliminar los efectos de la crisis financiera y ayudar a VZP a resistir la presión para aumentar el nivel de endeudamiento con una demanda creciente de asistencia sanitaria.

([26]) Veriteľ, a.s. se creó en virtud de la Resolución nº 262 del Gobierno eslovaco, de 2 de abril de 2003.

([27]) Véase el Informe de 2011: Szalay T., Pažitný P., Szalayová A., Frisová S., Morvay K., Petrovič M. y van Ginneken E.; «Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition» (vol. 13 nº 2 2011), publicado por el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias (disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), p. 142.

([28]) Según el denunciante, a los predecesores de Dôvera, que en conjunto eran de mayor tamaño que SZP, solo se les redujeron las deudas por un importe de 27,25 millones EUR.

([29]) Según el denunciante, citando un informe del Ministerio de Finanzas eslovaco, de septiembre de 2007 («Report on Inquiry into the Activities of Veriteľ, a.s. Throughout its Existence»).

3.5. SISTEMA DE IGUALACIÓN DE RIESGOS (SIR)

(45) Durante su investigación preliminar, la Comisión también tuvo conocimiento de que la financiación de las compañías de seguros de salud en la República Eslovaca incluía un mecanismo de puesta en común y corrección de riesgos: el sistema de igualación de riesgos (SIR).

(46) El SIR ([30]) se aplica plenamente a todas las compañías de seguros que ofrecen un seguro de salud obligatorio en la República Eslovaca. Si bien las compañías recaudan las cotizaciones al seguro obligatorio directamente de los empresarios, de los trabajadores por cuenta propia, de las personas en situación de desempleo voluntario, del Estado y de los pagadores de dividendos, el reparto de los ingresos y gastos entre las compañías de seguros de salud es desigual debido a las diferencias en la estructura de la población de sus asegurados. Para aligerar la carga financiera de las compañías con una cartera de mayor riesgo y reducir las posibilidades de selección de los riesgos, las cotizaciones se redistribuyen entre las compañías de seguros de salud mediante el SIR, aplicando un cálculo diseñado por la UDZS ([31]). Los parámetros utilizados en el SIR son la edad, el sexo y, desde 2010, la actividad económica del asegurado.

(47) Las autoridades eslovacas consideran que el SIR no constituye ayuda estatal, sino que es una forma de compensación financiera, de acuerdo con los criterios del SIR aplicables; se trata de una cuestión de solidaridad entre los asegurados y, por tanto, no constituye ayuda estatal.

3.6. TRANSFERENCIA DE CARTERAS A SZP Y VZP

(48) Otra medida de la que ha tenido conocimiento la Comisión durante su investigación preliminar es la existencia de varias transferencias directas a SZP y a VZP, mediante la intervención del Estado, de carteras de otras compañías de seguros de salud [en particular, transferencia de la cartera de *Družstevná zdravotná poisťovňa* (DZP) a VZP y de la cartera de Európská zdravotná poisťovňa (EZP) a SZP] que fueron liquidadas progresivamente.

(49) Según Dôvera, la cartera de EZP se transfirió directamente a SZP, pese a que había otros operadores interesados en el mercado, sin que quedaran claros los límites y condiciones de la transferencia.

(50) La República Eslovaca alega que la decisión de la UDZS de transferir la cartera de EZP a SZP sin ninguna contrapartida está en consonancia con las disposiciones de la Ley nº 581/2004, al tiempo que respeta el derecho de los asegurados a elegir su compañía de seguros de salud. Sostiene que otras compañías de seguros han expresado su interés por esta cartera, pero con condiciones que habrían prolongado excesivamente el proceso de liquidación. Por otra parte, según las autoridades eslovacas, dado que la transferencia de carteras concernía a todos los activos y pasivos de las compañías liquidadas, no se concedió a SZP y VZP ninguna ventaja.

4. **MOTIVOS PARA LA INCOACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN FORMAL**

(51) En su decisión de incoación, la Comisión expresó sus dudas a la hora de determinar el carácter económico o no económico de la actividad en cuestión e indicó que, a la luz de las particularidades del asunto, SZP/VZP y las demás compañías que ofrecen seguros médicos en el sistema obligatorio de seguros de salud de la República Eslovaca pueden haber ejercido una actividad económica a partir del 1 de enero de 2005. Consideró que la mezcla de elementos económicos y no económicos del sistema obligatorio de seguros de salud eslovaco hacía necesario efectuar un análisis detallado de sus diferentes elementos y su respectiva importancia dentro del régimen, con el fin de determinar si la actividad del seguro de salud obligatorio, en la forma específica en que se organiza y realiza en Eslovaquia, tiene carácter económico (desde el 1 de enero de 2005) o no económico.

(52) La Comisión indicó asimismo que, en caso de que la actividad debiera considerarse de naturaleza económica, no disponía de información suficiente para determinar si las medidas examinadas otorgaban a SZP/VZP una ventaja selectiva.

(53) Tras haber llegado a la conclusión de que no cabía descartar en consecuencia la existencia de ayuda estatal en esa fase, a falta de argumentos específicos o indicaciones claras sobre su compatibilidad con el mercado interior, la Comisión expresó también sus dudas sobre la compatibilidad de esas medidas con el mercado interior a tenor del artículo 106, apartado 2, o del artículo 107, apartado 3, letra c), del Tratado, en caso de que se determinara que las medidas constituyen ayuda estatal.

([30]) Parte 3 de la Ley nº 580/2004.
([31]) Véanse los considerandos 60 a 67 de la decisión de incoación para más detalles sobre el SIR.

(54) En ese contexto, la Comisión señaló que solo podrá determinarse definitivamente si la actividad del seguro de salud obligatorio en la República Eslovaca es de naturaleza económica o no económica, si las medidas estatales cumplen todos los demás requisitos para constituir ayuda estatal y, en caso afirmativo, si son compatibles con el mercado interior, en la decisión final que se adoptará tras la finalización de la investigación formal, cuando se haya reunido toda la información disponible (en particular, las observaciones de los Estados miembros y de terceros) y se haya evaluado exhaustivamente toda la información.

5. **OBSERVACIONES DE LAS PARTE INTERESADAS**

(55) La Comisión ha recibido las siguientes observaciones de las partes interesadas que se resumen a continuación:

5.1. DÔVERA

(56) En respuesta a la decisión de incoación, Dôvera, el denunciante, facilitó información suplementaria sobre el sistema de seguros de salud y argumentos adicionales en apoyo de su tesis de que SZP/VZP son compañías sujetas al Derecho de competencia y se han beneficiado de ayuda estatal incompatible.

(57) Dôvera señala que SZP/VZP compiten con compañías de seguros de salud privadas que ofrecen el mismo servicio con ánimo de lucro, y remite a sus escritos anteriores sobre la naturaleza económica de la actividad y a la jurisprudencia reciente del Tribunal de Justicia ([32]). En este contexto, Dôvera alega que los datos presentados por la República Eslovaca en la decisión de incoación en cuanto a la naturaleza no económica de las actividades de SZP/VZP no resisten un examen riguroso. Según Dôvera, la finalidad de la reforma de 2004-2005 fue crear un mercado competitivo, lo que ha sido reconocido y confirmado por el poder judicial eslovaco (concretamente por el Tribunal Constitucional eslovaco), así como por las propias autoridades eslovacas. Dôvera señala también el hecho de que las aseguradoras compiten por los proveedores de asistencia sanitaria a través de contratación selectiva y negociaciones sobre el precio y la calidad de los servicios, y menciona también campañas de marketing de las compañías de seguros de salud para atraer y retener clientes. Dôvera niega además la naturaleza exclusivamente social del sistema, aludiendo a la posibilidad existente para las compañías aseguradoras de generar y distribuir beneficios y a la voluntad de los inversores privados de invertir en operadores activos del sector eslovaco de los seguros de salud obligatorios.

(58) Por otra parte, remitiéndose a sus anteriores escritos a la Comisión antes de la decisión de incoación, Dôvera sostiene que todas las medidas previstas en la citada decisión deberían considerarse ayudas ilegales, al cumplirse todos los demás elementos del artículo 107, apartado 1, del Tratado. En su opinión, no puede considerarse que la República Eslovaca haya actuado como inversor en una economía de mercado al ampliar el capital de SZP en 2006 y de VZP en 2010. Asimismo, alega que la República Eslovaca discrimina entre SZP/VZP y las compañías de seguros privadas, al dispensar un trato más favorable a SZP en el procedimiento de liquidación de la deuda (2003-2005) y al adoptar dos nuevos criterios en el SIR en 2009 y 2012. Por lo que se refiere a la transferencia de carteras, las observaciones de Dôvera se centran en la transferencia de la cartera de seguros de EZP, ya que no dispone de información sobre la anterior transferencia a VZP. A este respecto, considera que las autoridades eslovacas pueden haber informado mal a la Comisión sobre el marco jurídico aplicable a esa transferencia.

(59) Por último, Dôvera alega que las autoridades eslovacas no han demostrado que la prestación de seguros de salud obligatorios sea un servicio de interés general, por lo que cuestiona la misma base del análisis con arreglo a la jurisprudencia Altmark ([33]) y al paquete SIEG (servicios de interés económico general) de la Comisión.

5.2. UZP

(60) Las observaciones sobre la decisión de incoación presentadas por UZP, la otra sociedad privada competidora de SZP/VZP, coinciden en líneas generales con las de Dôvera, al sostener que SZP y VZP son empresas a tenor del artículo 107, apartado 1, del Tratado. UZP alega que cinco de las seis medidas descritas en el punto 3 de la presente Decisión pueden calificarse de ayuda estatal y son incompatibles con el mercado interior. Por lo que se refiere a la sexta medida, el SIR, considera que podría cumplir las condiciones de la jurisprudencia Altmark para

([32]) Asunto T-347/09, Alemania/Comisión, de 12 de septiembre de 2013, pendiente de publicación.
([33]) Asunto C-280/00, Altmark, Rec. [2003], p. I-7747.

la compensación por servicio público o que podría ser compatible con el mercado interior a tenor del artículo 106, apartado 2, del Tratado, aunque debe examinarse más a fondo su posible enfoque discriminatorio en favor del beneficiario neto del SIR, a saber: SZP/VZP.

5.3. HPI, INEKO Y ZZP

(61) Las observaciones sobre la decisión de incoación presentadas por los otros tres terceros, es decir, HPI, INEKO y ZZP, corroboran la opinión de Dôvera y de UZP de que la actividad es de naturaleza económica y las medidas constituyen ayuda estatal, ya que conceden a SZP/VZP una ventaja selectiva; dichos terceros expresan su convencimiento de que las compañías de seguros de salud operan en un entorno competitivo (utilizando diferentes medios para atraer clientes) y alegan que el Estado ha dado un trato preferente a las compañías de seguros de salud de propiedad estatal.

6. OBSERVACIONES SOBRE LA DECISIÓN DE INCOACIÓN Y OBSERVACIONES ADICIONALES DE LA REPÚBLICA ESLOVACA

(62) La República Eslovaca presentó sus observaciones sobre la decisión de incoación y formuló comentarios sobre las observaciones transmitidas por terceros.

(63) En sus observaciones, las autoridades eslovacas presentaron aclaraciones y argumentos adicionales para reforzar su posición de que el sistema obligatorio de seguros de salud no está sujeto a las normas de competencia, en la medida en que no implica una actividad económica. Alegan que la actividad de dicho sistema no puede calificarse de económica, conforme a jurisprudencia reiterada del Tribunal de Justicia ([34]), especialmente por las siguientes razones:

a) El sistema tiene un objetivo social.

b) El sistema está basado en la solidaridad, habida cuenta, en particular, de lo siguiente:

i) la afiliación es obligatoria para los residentes eslovacos,

ii) a todos los asegurados se les garantiza el mismo nivel mínimo de prestaciones,

iii) las cotizaciones no están relacionadas con las prestaciones a nivel individual, ya que las fija la legislación (no hay competencia de precios),

iv) existe solidaridad respecto al riesgo entre aseguradoras: SIR y tarificación común.

c) Existe un marco reglamentario detallado, sometido a la supervisión del Estado: la ley establece el estatuto y los derechos y obligaciones de todas las compañías de seguros de salud.

(64) La República Eslovaca rechaza la alegación de que, como consecuencia de los cambios legislativos de 2005, el sistema sanitario eslovaco se haya convertido en un sistema comercial y sostiene que el sistema nunca ha perdido su carácter público no económico. Asimismo, llama la atención sobre el hecho de que el sistema de seguros de salud forma parte del régimen de seguridad social e indica las competencias de los Estados miembros en virtud del artículo 168, apartado 7, del Tratado en materia de organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica.

(65) Las autoridades eslovacas señalan, además, que la reforma del seguro de salud no sustituyó el seguro público de salud por un seguro privado ni abrió la cobertura de los riesgos pertenecientes a la seguridad social obligatoria a aseguradoras privadas. Según Eslovaquia, el objetivo principal de la reforma del sector fue establecer normas precisas para gestionar los recursos financieros asignados a la salud, y la transformación de todas las compañías de seguros médicos existentes en sociedades anónimas, a más tardar el 30 de septiembre de 2005, con normas contables claramente definidas, pareció ser la mejor forma de establecer dichas normas. Las autoridades eslovacas consideran que todas las compañías de seguros de salud del país participan en la gestión de los fondos públicos que se les confían en el sistema público del seguro de salud.

([34]) En particular, asuntos acumulados C-159/91 y C-160/91, Poucet y Pistre; asunto C-218/00, Cisal e INAIL; asuntos acumulados C-264/01, C-306/01, C-354/01 y C-355/01, AOK Bundesverband.

(66) Según las autoridades eslovacas, el hecho de que su sistema obligatorio de seguros de salud permita un grado limitado de competencia en cuanto a calidad podría considerarse un incentivo para que las compañías funcionen de manera económica, de acuerdo con los principios de buena gestión, y en aras del correcto funcionamiento del sistema, pero no un factor que pueda influir en la naturaleza no económica del conjunto del sistema de seguros de salud.

(67) Las autoridades eslovacas también explican que los fondos acumulados y redistribuidos dentro de la estructura del sistema eslovaco del seguro de salud a través de las compañías de seguros de salud son la suma de las cotizaciones a este sistema, que son obligatorias en virtud de la ley y que forman parte, por tanto, de la hacienda pública eslovaca. Por ello, todas las compañías de seguros de salud son responsables de la gestión de los fondos públicos recaudados, de conformidad con las disposiciones legales pertinentes, con vistas a su utilización en la cobertura de la asistencia sanitaria.

(68) En apoyo de sus alegaciones, las autoridades eslovacas recuerdan el hecho de que incluso después de la abolición en 2011 de la prohibición de distribuir beneficios, la Ley modificadora nº 250/2011 únicamente permite a las compañías de seguros de salud obtener beneficios en condiciones muy precisas, a saber:

a) la introducción de un impuesto sobre los beneficios de las compañías de seguros de salud;

b) el uso obligatorio de los beneficios para crear un fondo de reserva de hasta el 20 % del capital social desembolsado de la aseguradora (el fondo de reserva solo podrá utilizarse para cubrir las pérdidas de esa aseguradora);

c) la constitución obligatoria de provisiones técnicas para cubrir la asistencia sanitaria planificada de asegurados en listas de espera (por consiguiente, las compañías de seguros de salud no pueden obtener beneficios a expensas de sus clientes, incluyéndolos en listas de espera en lugar de prestarles la asistencia sanitaria con prontitud; ello es esencial para el cumplimiento de las normas contables generalmente aceptadas en el ámbito del seguro público de salud).

(69) A este respecto, las autoridades eslovacas explicaron que, cuando VZP registró un superávit, creó un fondo para pagar la utilización de los servicios de asistencia sanitaria y financiar la asistencia sanitaria particularmente costosa cubierta por el seguro público de salud. Además, en los años de superávit, una parte de los beneficios de VZP también se asignó al fondo de reserva legal, el cual se utilizó ulteriormente para reducir las pérdidas acumuladas. Así pues, según las autoridades eslovacas, en ningún momento se distribuyeron a los accionistas los beneficios realizados por las compañías de seguros de salud de propiedad estatal.

(70) En este contexto, la República Eslovaca también menciona otra limitación aplicable a estas compañías: solo pueden tomar prestados fondos de conformidad con la Ley nº 523/2004 relativa a las reglas presupuestarias de la administración pública, previa aprobación de la UDZS.

(71) Para apoyar su alegación de que la actividad del seguro de salud obligatorio no está comprendida en el ámbito regulado por las normas de competencia, las autoridades también destacan una investigación realizada en 2009 por la Oficina de defensa de la competencia de Eslovaquia, que puso de manifiesto que esta actividad se lleva a cabo en el marco de un sistema caracterizado por un elevado grado de solidaridad, en el que la asistencia sanitaria se presta de manera gratuita y los elementos esenciales de tales actividades están regulados por el Estado; así pues, la actividad desarrollada por estas compañías en la prestación de seguros públicos de salud no puede considerarse una actividad económica que restrinja la competencia. Por tanto, según la Oficina de defensa de la competencia, la Ley de Competencia eslovaca no es aplicable a la actividad de las compañías de seguros de salud realizada en el ámbito de los seguros públicos de salud ([35]).

(72) Las autoridades eslovacas explican igualmente que, en 2011, el Tribunal Constitucional declaró inconstitucional la prohibición de distribuir beneficios a partir de 2007, porque violaba los derechos constitucionales en materia de propiedad, pero no compartía la opinión de que la Ley de las compañías de seguros de salud limitaba los principios de una economía de mercado. Asimismo, destacaron el hecho de que el Tribunal Constitucional hiciera constar, a este respecto, que la legislación relativa a los seguros de salud, que excluye o restringe significativamente el impacto de las herramientas de la economía de mercado y, por ende, limita la competencia, es admisible desde el punto de vista constitucional.

([35]) Investigación de la Oficina de defensa de la competencia en relación con la propuesta de fusión entre SZP y VZP, completada el 3 de diciembre de 2009; véase también el informe anual de 2009 de la Oficina de defensa de la competencia, disponible en: http://www.antimon.gov.sk/data/att/958.pdf.

(73) Además de sostener que la actividad del seguro de salud obligatorio en Eslovaquia queda fuera del ámbito de aplicación de las normas de competencia, las autoridades eslovacas alegan que las medidas no cumplen las demás condiciones para ser consideradas ayuda estatal con arreglo al artículo 107, apartado 1, del Tratado. En este contexto, defienden que las aportaciones de capital de 2006 y 2009 no constituyeron ayudas, ya que respetaban el principio del inversor en una economía de mercado. Niegan, por otra parte, la existencia de un trato discriminatorio injustificado en el proceso de reducción de la deuda por parte de Veriteľ y mantienen que no se concedió una subvención a VZP en 2006, sino que se trató de un pago normal de pasivos reconocidos por el Estado. Las autoridades eslovacas han proporcionado más detalles sobre las transferencias de carteras de DZP a VZP y de EZP a SZP, afirmando que tampoco dichas transferencias confirieron a SZP/VZP una ventaja selectiva con arreglo al artículo 107, apartado 1, del Tratado. Por último, también han facilitado información adicional sobre el SIR, aclarando, en particular, la forma en que se distribuyeron las cotizaciones (mensualmente y anualmente) en los años 2006 a 2012, y han alegado que esta medida no puede considerarse ayuda estatal, ya que permite igualar los riesgos inherentes al sistema debido a la existencia de tipos de cotización uniformes para todos los grupos de asegurados con distintos grados de riesgo.

(74) Las autoridades eslovacas centraron sus observaciones sobre la decisión de incoación en la defensa de su posición de que SZP/VZP no son empresas, debido a la ausencia de actividad económica, y las medidas son conformes con el principio del inversor en una economía de mercado y no confieren a SZP/VZP una ventaja, por lo que no constituyen ayuda. Por consiguiente, no consideraron necesario presentar argumentos sobre la compatibilidad de las supuestas medidas de ayuda.

7. **EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS**

(75) El artículo 107, apartado 1, del TFUE establece que «[…] serán incompatibles con el mercado interior, en la medida en que afecten a los intercambios comerciales entre Estados miembros, las ayudas otorgadas por los Estados o mediante fondos estatales, bajo cualquier forma, que falseen o amenacen falsear la competencia, favoreciendo a determinadas empresas o producciones».

(76) Sobre la base de esta disposición, las normas sobre ayudas estatales solo se aplican cuando el beneficiario de la ayuda es una «empresa». La jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (en lo sucesivo, «TJUE») define «empresa» a efectos del artículo 107, apartado 1, del Tratado como toda entidad que ejerce una actividad económica, con independencia de su naturaleza jurídica y de su modo de financiación ([36]). La clasificación de una entidad concreta como empresa depende, pues, totalmente de la naturaleza económica o no económica de sus actividades.

(77) Como se explica en la decisión de incoación, para dilucidar si las medidas en favor de SZP/VZP constituyen ayudas estatales hay que tener en cuenta, en primer lugar, si, cuando operan dentro del sistema obligatorio de seguros de salud eslovaco SZP/VZP, actúan como empresas, y en qué medida, ya que podría considerarse que ejercen una actividad económica en el sentido de la jurisprudencia.

(78) Según el TJUE, constituye una actividad económica cualquier actividad consistente en ofrecer bienes o servicios en un determinado mercado ([37]). En este contexto, determinar si existe un mercado para determinados servicios puede depender de cómo se organicen y se presten dichos servicios en el Estado miembro en cuestión ([38]). Las normas sobre ayudas estatales solo se aplican cuando una determinada actividad se realiza en un entorno de mercado. La naturaleza económica de un mismo tipo de servicios puede, por tanto, variar de un Estado miembro a otro. Además, por decisión política o por la evolución económica, la clasificación de un servicio determinado puede cambiar con el tiempo. Lo que hoy no es una actividad de mercado puede serlo en el futuro, y viceversa ([39]).

(79) En lo que atañe a la prestación de asistencia sanitaria, determinar que los regímenes de asistencia sanitaria implican una actividad económica depende de sus particularidades políticas y económicas y de la manera en que estos regímenes se han creado y estructurado en el Estado miembro de que se trate. Básicamente, la jurisprudencia del TJUE distingue entre regímenes basados en el principio de solidaridad y regímenes económicos ([40]).

([36]) Véanse, por ejemplo, los asuntos acumulados C-180/98 a C-184/98, Pavlov y otros, Rec. [2000], p. I-6451, apartado 74.
([37]) Asunto 118/85, Comisión contra Italia, Rec. [1987] p. 2599, apartado 7; Asunto C-35/96, Comisión contra Italia, Rec. [1998] p. I-3851, apartado 36; asuntos acumulados C-180/98 a C-184/98, Pavlov y otros, apartado 75.
([38]) Asuntos acumulados C-159/91 y C-160/91, Poucet y Pistre, Rec. [1993], p. I-637.
([39]) Véase también la Comunicación de la Comisión relativa a la aplicación de las normas de la Unión Europea en materia de ayudas estatales a las compensaciones concedidas por la prestación de servicios de interés económico general (en lo sucesivo, «Comunicación SIEG de 2012») (DO C 8 de 11.1.2012, p. 5, punto 12)
([40]) La Comisión ha resumido en su Comunicación SIEG de 2012 la jurisprudencia pertinente del TJUE en relación con la aplicación de estas normas a la financiación de los regímenes de seguridad social y asistencia sanitaria.

(80) La jurisprudencia del TJUE aplica una serie de criterios para determinar si un régimen de seguridad social se basa en el principio de solidaridad y, por consiguiente, no implica una actividad económica. A este respecto, pueden ser pertinentes una serie de factores: i) si la afiliación al régimen es obligatoria ([41]), ii) si el régimen persigue una finalidad de carácter exclusivamente social ([42]), iii) si el régimen no tiene ánimo de lucro ([43]), iv) si las prestaciones son independientes de la cuantía de las cotizaciones ([44]), v) si importe de las prestaciones pagadas no es necesariamente proporcional a los ingresos del asegurado ([45]), y vi) si el régimen está sometido al control del Estado ([46]).

(81) A diferencia de los regímenes solidarios, los regímenes económicos habitualmente se caracterizan por: i) la afiliación facultativa ([47]), ii) el principio de capitalización (el derecho a las prestaciones depende de las cotizaciones pagadas y de los resultados financieros de las inversiones) ([48]), iii) su carácter lucrativo ([49]), y iv) la existencia de prestaciones complementarias a las del régimen básico ([50]).

(82) Algunos regímenes combinan elementos de ambas categorías (regímenes solidarios y económicos) ([51]), de modo que, a fin de determinar si un régimen es de naturaleza económica o no económica, la Comisión deberá verificar la presencia de cada uno de los elementos enumerados en los dos considerandos anteriores, sopesando su importancia relativa, en el régimen de que se trate ([52]).

(83) La decisión final sobre si la prestación de los servicios del seguro de salud obligatorio en la República Eslovaca es una actividad económica o no económica dependerá, por consiguiente, de un análisis exhaustivo del modo específico en que dicha actividad se organiza y se lleva a cabo en dicho Estado miembro y, por lo tanto, será específica del régimen obligatorio del seguro de salud de ese Estado miembro. A la luz de estas observaciones de carácter general, la Comisión evaluará si las medidas controvertidas supuestamente concedidas a SZP/VZP constituyen ayuda estatal como medidas concedidas a una «empresa» a tenor del artículo 107, apartado 1, del Tratado.

(84) Diversos indicadores apuntan a la naturaleza no económica del sistema de seguros de salud eslovaco, en particular en lo que se refiere a sus características y objetivos sociales, que son predominantes en el funcionamiento de dicho sistema, ya que este se basa sobre todo en el principio de solidaridad.

(85) En primer lugar, la participación en el régimen público de seguros de salud es obligatoria para la mayor parte de la población de la República Eslovaca y los servicios médicos que cubre el seguro obligatorio se prestan con independencia de las cotizaciones pagadas por el asegurado. El asegurado puede elegir cualquier compañía de seguros de salud y, en virtud de la obligación de facilitar el acceso libre, la compañía elegida no puede denegar a dicha persona el seguro por razón de su edad, estado de salud o riesgos de enfermedad ([53]).

([41]) Asuntos acumulados C-159/91 y C-160/91, Poucet y Pistre, Rec. [1993], p. I-637, apartado 13.
([42]) Asunto C-218/00, Cisal e INAIL, Rec. [2002], p. I-691, apartado 45.
([43]) Asuntos acumulados C-264/01, C-306/01, C-354/01 y C-355/01, AOK Bundesverband, Rec. [2004], p. I-2493, apartados 47 a 55.
([44]) Asuntos acumulados C-159/91 y C-160/91, Poucet y Pistre (citados *supra*), apartados 15 a 18.
([45]) Asunto C-218/00, Cisal e INAIL (citado *supra*), apartado 40.
([46]) Asuntos acumulados C-159/91 y C-160/91, Poucet y Pistre, (citados *supra*), apartado 14; asunto C-218/00, Cisal e INAIL (citado *supra*), apartados 43-48; asuntos acumulados C-264/01, C-306/01, C-354/01 y C-355/01, AOK Bundesverband (citados *supra*), apartados 51-55.
([47]) Asunto C-67/96, Albany, Rec. [1999], p. I-5751, apartados 80-87.
([48]) Asunto C-244/94, FFSA y otros (citado *supra*), apartados 9 y 17 a 20; asunto C-67/96, Albany (citado *supra*), apartados 81 a 85; véanse también los asuntos acumulados C-115/97 a C-117/97 Brentjens, Rec. [1999], p. I-6025, apartados 81 a 85; asunto C-219/97, Drijvende Bokken, Rec. [1999], p. I-6121, apartados 71 a 75; y asuntos acumulados C-180/98 a C-184/98, Pavlov (citados *supra*), apartados 114 y 115.
([49]) Asuntos acumulados C-115/97 a C-117/97 Brentjens (citados *supra*).
([50]) Asuntos acumulados C-180/98 a C-184/98, Pavlov y otros (citados *supra*).
([51]) Véase, por ejemplo, la ponderación efectuada por el Tribunal de Justicia en el asunto C-350/07, Kattner Stahlbau, Rec. [2009], p. I-1513, en particular los apartados 33-68.
([52]) A este respecto, se ha de observar también que una sentencia reciente (T-347/09, Alemania/Comisión, sentencia de 12 de septiembre de 2013, aún no publicada), a la que se refería el denunciante Dôvera en sus observaciones a la decisión de incoación simplemente confirma el hecho de que las entidades sin ánimo de lucro también pueden ofrecer bienes y servicios en un mercado (véase asimismo la Comunicación SIEG de 2012, punto 9, en relación con la jurisprudencia). Sin embargo, ello no altera el hecho de que la conclusión sobre el carácter económico o no económico de la actividad en un caso determinado debe basarse en la presencia y ponderación de la importancia respectiva de cada uno de los diferentes elementos.
([53]) Véanse los considerandos 23 a 25.

(86) En segundo lugar, el seguro de salud obligatorio eslovaco no se basa en el riesgo cubierto (edad, estado de salud, riesgos de enfermedad del asegurado), sino en las cotizaciones fijadas por la ley, proporcionalmente a los ingresos del asegurado. Por otra parte, no existe vínculo directo entre la cuantía de las cotizaciones pagadas y el valor de las prestaciones recibidas. Como consecuencia de ello, las compañías de seguros no tienen ninguna posibilidad de influir en el importe de las cotizaciones o en el nivel mínimo de cobertura al que el asegurado tiene derecho, ya que todo ello lo establece la legislación nacional.

(87) En tercer lugar, la ley garantiza a todos los asegurados el derecho a recibir el mismo nivel básico de prestaciones, que, de hecho, es muy elevado, puesto que cubre prácticamente la totalidad de los actos médicos realizados en la República Eslovaca, lo que significa que, a través del seguro de salud obligatorio, se ofrece asistencia sanitaria casi completa ([54]). El sistema de igualación de riesgos (SIR) garantiza el reparto de los riesgos del seguro y, por ende, refuerza aún más la solidaridad. El sistema eslovaco impone además el principio de tarificación común, es decir, las compañías de seguros no están autorizadas a diferenciar las cotizaciones en función del riesgo cubierto, mientras que la igualación de riesgos compensa parcialmente a las aseguradoras que tienen un perfil demográfico de mayor riesgo en su cartera, redistribuyendo los fondos de las compañías que pagan prestaciones por debajo de la media a aquellas que pagan a sus asegurados prestaciones por encima de la media ([55]).

(88) Por último, además de las citadas características sociales y solidarias, la Comisión recuerda que el seguro de salud obligatorio eslovaco se organiza y se lleva a cabo con arreglo a un estricto marco reglamentario: el estatuto, los derechos y las obligaciones de todas las compañías de seguros de salud están establecidos en disposiciones legales, que prevén condiciones detalladas, y su funcionamiento está sujeto a una estrecha supervisión por parte del Estado ([56]).

(89) Sobre la base de estas características, la Comisión llega a la conclusión de que el sistema obligatorio de seguros de salud eslovaco es de naturaleza no económica, de modo que SZP/VZP no puede considerarse «empresa» a tenor del artículo 107, apartado 1, del Tratado ([57]).

(90) La Comisión admite que algunas características del sistema obligatorio de seguros de salud eslovaco podrían apuntar al carácter económico de las actividades desarrolladas en el marco de dicho sistema: i) la presencia de varios operadores (públicos y privados) en el sector de los seguros de salud obligatorios en Eslovaquia, ii) cierto grado de competencia entre estas aseguradoras, que iii) ejercen una actividad con ánimo de lucro; y iv) el hecho de que el Tribunal Constitucional eslovaco considerara la actividad abierta a la competencia. No obstante, la Comisión es de la opinión de que esas características no cuestionan su conclusión de que el seguro de salud obligatorio en Eslovaquia es una actividad no económica.

(91) En primer lugar, la Comisión observa que el hecho de que existan varios operadores (públicos y privados) en este sector no confiere por sí mismo naturaleza económica a sus actividades en un sistema en el que, tal como se explica en los considerandos 85 a 87, predominan las características y objetivos sociales del sistema, el principio de solidaridad es fundamental para el funcionamiento del mismo y el control estatal es estricto. Tal interpretación otorgaría una importancia inapropiada a la forma de organización elegida por un Estado miembro para el funcionamiento de una parte de su régimen de seguridad social, en lugar de atribuirla a la esencia del régimen del que se trate ([58]).

(92) En segundo lugar, de la jurisprudencia del TJUE se desprende que la existencia de un margen para la competencia en el régimen del seguro de salud y el hecho de que efectivamente exista competencia, aunque ello responda a la voluntad del legislador y sea confirmado por el poder judicial, no confiere necesariamente carácter económico a la actividad de que se trate. El TJUE ha indicado claramente que, para determinar el carácter económico o no económico de las actividades del régimen obligatorio del seguro de salud, que, al igual que el sistema eslovaco, ofrece cierto margen para la competencia, son elementos decisivos la naturaleza y el grado de esta competencia,

([54]) Véanse los considerandos 26 a 29.
([55]) Véanse los considerandos 23 a 25.
([56]) Véase el considerando 32.
([57]) Las características del régimen obligatorio eslovaco son similares a las del régimen público obligatorio del seguro de enfermedad alemán, evaluado por el TJUE en los asuntos acumulados C-264/01, C-306/01, C-354/01 y C-355/01, AOK Bundesverband. El Tribunal de Justicia consideró que el sistema alemán era de naturaleza no económica y observó, en particular, que las cajas alemanas del seguro de enfermedad están obligadas por ley a ofrecer a sus afiliados prestaciones obligatorias, esencialmente idénticas, fijadas por el Estado, e independientes de la cuantía de las cotizaciones; estas cajas no compiten, por tanto, entre sí para la administración de las prestaciones obligatorias; además, participan en un sistema de igualación de riesgos (véanse los apartados 52 a 54 de dicha sentencia).
([58]) Véase también el asunto C-350/07, Kattner Stahlbau (citado *supra*), apartado 53, y, en particular, las conclusiones del Abogado General Mazak en este asunto (apartado 59).

las circunstancias en las que se desarrolla y la presencia y el peso de los demás factores pertinentes ([59]). En el caso que nos ocupa, el tipo de competencia que más interesa a los consumidores —la competencia de precios por lo que respecta al nivel de las cotizaciones— queda excluido, ya que las compañías eslovacas de seguros de salud no pueden modificar el nivel de las cotizaciones de los afiliados, que se fijan por ley. Por otra parte, el margen para la competencia en términos de calidad es bastante limitado, ya que el régimen obligatorio eslovaco prevé una gama muy amplia de prestaciones legales que son idénticas para todos los asegurados, dejando así poco margen a las aseguradoras para competir por los clientes sobre la base de la oferta gratuita de prestaciones adicionales. Por lo tanto, las compañías de seguros de salud no tienen posibilidad alguna de influir en tales prestaciones legalmente determinadas ni compiten entre sí o en lo que respecta a la concesión de las prestaciones obligatorias en materia de asistencia sanitaria, que constituye su función esencial.

(93) En tercer lugar, la Comisión considera que el carácter no económico de la actividad del seguro de salud obligatorio no se ve afectado por el hecho de que las compañías de seguros compitan en cuanto a calidad y eficiencia de la contratación adquiriendo servicios sanitarios y servicios conexos de buena calidad a precios competitivos. De esta forma, las compañías de seguros, a través de una actividad que puede disociarse de sus contratos con los asegurados en el marco del seguro obligatorio, adquieren los insumos necesarios para cumplir su función en este sistema. De la jurisprudencia del TJUE se desprende que si el sistema obligatorio de seguros de salud, debido a sus características inherentes, no tiene carácter económico, la actividad de compra de los productos necesarios para el funcionamiento del sistema tampoco lo tiene ([60]).

(94) En cuarto lugar, el hecho de que la normativa que regula el seguro de salud obligatorio en Eslovaquia permita a las aseguradoras obtener beneficios y distribuir una parte entre sus accionistas no modifica la naturaleza no económica de sus actividades, puesto que se llevan a cabo en el marco de un sistema con una fuerte presencia de todas las características anteriormente mencionadas que apuntan a la naturaleza no económica. El mero hecho de que las aseguradoras estén autorizadas a obtener beneficios y a distribuir una parte de los mismos no puede, por sí solo, invalidar el predominio de las características y objetivos sociales del sistema, el papel central del principio de solidaridad en el mismo ni el rigor de la regulación y supervisión del Estado en la que desarrolla su actividad. Por lo que se refiere a la regulación estatal, la Comisión recuerda que la posibilidad de generar, utilizar y distribuir beneficios queda enmarcada y limitada por las obligaciones jurídicas que impone el Estado a las compañías de seguros de Eslovaquia para garantizar la viabilidad y la continuidad del seguro obligatorio de salud con todos sus objetivos de solidaridad y sociales predominantes ([61]). La libertad de generar, utilizar y distribuir beneficios es, por tanto, considerablemente más limitada en el ámbito del seguro de salud obligatorio eslovaco que en los sectores comerciales normales y está sujeta a la consecución de objetivos sociales y de solidaridad.

(95) En consecuencia, habida cuenta del carácter limitado de la competencia introducida en el sistema obligatorio de seguros de salud eslovaco (es decir, competencia limitada en cuanto a calidad y ausencia de competencia de precios), así como de las restricciones existentes para la generación y distribución de beneficios, los elementos de competencia y ánimo de lucro presentes en el sistema obligatorio eslovaco no desvirtúan las características sociales, solidarias y reglamentarias predominantes que apuntan al carácter no económico de la actividad desarrollada por las compañías de seguros de salud en dicho sistema. Debe considerarse, por el contrario, que estos elementos persiguen el objetivo primordial de incitar a las compañías de seguros a ejercer su actividad de acuerdo con los principios de buena gestión en aras del correcto funcionamiento de dicho régimen de seguridad social, contribuyendo así a garantizar la consecución de los objetivos sociales y de solidaridad de dicho régimen ([62]).

(96) Por último, en opinión de la Comisión, el hecho de que el Tribunal Constitucional eslovaco (al evaluar una posible violación del derecho a la libertad de empresa en virtud de la Constitución eslovaca) considerara que el sistema obligatorio de seguros de salud eslovaco está «incluido en el ámbito de la competencia» no significa que

([59]) A este respecto, la Comisión recuerda que el hecho de que las cajas del seguro de enfermedad alemanas en el asunto AOK (asuntos acumulados C-264/01, C-306/01, C-354/01 y C-355/01, AOK Bundesverband) entablaran cierta competencia de precios a través de la posibilidad de diferenciar los tipos de cotización de los afiliados no desvirtuó la declaración del Tribunal de Justicia de que no participaban en una actividad económica. Según el TJUE, se introdujo un elemento de competencia en materia de cotizaciones para incitar a las cajas del seguro de enfermedad a ejercer su actividad conforme a los principios de una buena administración, es decir, de la manera más eficaz y menos costosa posible, en aras del buen funcionamiento del sistema de seguridad social alemán. El que se persiga este objetivo no modifica en absoluto la naturaleza de la actividad de las cajas del seguro de enfermedad (véase el apartado 56 de dicha sentencia).

([60]) Véase el asunto T-319/99, FENIN, Rec. [2003], p. II-357 (en particular, el apartado 37).

([61]) Considerandos 84 a 88.

([62]) También a la luz del principal objetivo (eficiencia) de la reforma expuesta en el considerando 13.

comporte actividades de carácter económico en el sentido de las normas en materia de ayudas estatales. En realidad, al Tribunal Constitucional eslovaco se le solicitó que examinara si la disposición legislativa de 2007 por la que se prohibía a las compañías de seguros de salud distribuir beneficios era compatible con la Constitución eslovaca (violación del derecho de propiedad, el derecho a la protección de la propiedad y la libertad de empresa) y con los artículos 18, 49, 54 y 63 del Tratado. El Tribunal Constitucional eslovaco dictaminó que esa prohibición violaba la Constitución eslovaca, y que, por tanto, no había razón alguna para debatir sobre los elementos fundamentales de las normas del mercado interior de la UE ni pronunciarse sobre su infracción.

(97) En este contexto, teniendo en cuenta las particularidades del caso que nos ocupa y la presencia y la ponderación de los indicadores pertinentes, la actividad del seguro de salud obligatorio, organizada y llevada a cabo en Eslovaquia no puede considerarse una actividad económica.

(98) En vista de lo anterior, la Comisión llega a la conclusión de que SZP/VZP, como beneficiarias de las medidas controvertidas, no pueden considerarse empresas a tenor del artículo 107, apartado 1, del Tratado y, por ende, dichas medidas no constituyen ayuda estatal a tenor de esa disposición.

(99) Por consiguiente, no es necesario examinar las demás condiciones relativas a la existencia de ayuda estatal a tenor del artículo 107, apartado 1, del TFUE, ni evaluar la compatibilidad de las medidas controvertidas.

8. **CONCLUSIÓN**

(100) A la luz de las consideraciones anteriores, la Comisión llega a la conclusión de que las medidas controvertidas no constituyen ayudas estatales a tenor del artículo 107, apartado 1, del Tratado,

HA ADOPTADO LA PRESENTE DECISIÓN:

Artículo 1

Las siguientes medidas concedidas por la República Eslovaca a *Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s.* (SZP) y/o *Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s* (VZP) no constituyen ayudas a tenor del artículo 107, apartado 1, del Tratado:

a) la ampliación de capital de SZP en 450 millones SKK realizada entre el 28 de noviembre de 2005 y el 18 de enero de 2006;

b) la liquidación de las deudas de SZP a través de Veriteľ a.s. entre 2003 y 2006;

c) la subvención concedida a SZP por el Ministerio de Sanidad en 2006;

d) la ampliación de capital de VZP de 65,1 millones EUR el 1 de enero de 2010;

e) el sistema de igualación de riesgos establecido en la parte 3 de la Ley nº 580/2004, y

f) la transferencia de carteras de las compañías de seguros de salud liquidadas, en particular la transferencia de la cartera de la compañía *Družstevná zdravotná poisťovňa* a VZP y de la cartera de la compañía *Európská zdravotná poisťovňa* a SZP.

Artículo 2

El destinatario de la presente Decisión será la República Eslovaca.

Hecho en Bruselas, el 15 de octubre de 2014.

Por la Comisión
Joaquín ALMUNIA
Vicepresidente