

**DECYZJA KOMISJI (UE) 2015/248****z dnia 15 października 2014 r.****w sprawie środków SA.23008 (2013/C) (ex 2013/NN) wdrożonych przez Republikę Słowacką na rzecz Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (SZP) i Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VZP)***(notyfikowana jako dokument nr C(2014)7277)***(Jedynie tekst w języku słowackim jest autentyczny)****(Tekst mający znaczenie dla EOG)**

KOMISJA EUROPEJSKA,

uwzględniając Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (zwany dalej „TFUE”), w szczególności pierwszy akapit art. 108 ust. 2,

uwzględniając Porozumienie o Europejskim Obszarze Gospodarczym, w szczególności jego art. 62 ust. 1 lit. a),

po wezwaniu zainteresowanych stron do przedstawienia uwag zgodnie z przywołanymi artykułami <sup>(1)</sup>,

a także mając na uwadze, co następuje:

**1. PROCEDURA**

- (1) W dniu 2 kwietnia 2007 r. Komisja otrzymała skargę od prywatnego zakładu ubezpieczeń zdrowotnych Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s. („Dôvera” lub „skarżący”) w sprawie domniemanej pomocy państwa na rzecz państwowego ubezpieczyciela zdrowotnego Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. („SZP”) w formie zwiększenia w dniu 26 stycznia 2006 r. kapitału zakładowego o 450 mln SKK (około 15 mln EUR).
- (2) W dniu 21 sierpnia 2009 r. Komisja wysłała do Republiki Słowackiej wezwanie do udzielenia informacji. Po przedłużeniu terminu odpowiedzi władze słowackie przekazały wymagane informacje w dniu 24 września 2009 r.
- (3) Pismem z dnia 26 lutego 2010 r. Komisja wystąpiła do Republiki Słowackiej o przekazanie dalszych informacji na temat zwiększenia kapitału oraz wezwała do złożenia wyjaśnień w sprawie słowackiego systemu wyrównywania ryzyka (RES), stanowiącego inny środek, który prawdopodobnie można zakwalifikować jako pomoc państwa. Pismem z dnia 25 marca 2010 r. władze słowackie wystąpiły z wnioskiem o przedłużenie terminu odpowiedzi na wspomniane wezwanie. Wniosek został zaakceptowany przez Komisję pismem z dnia 31 marca 2010 r. Po przesłaniu przez Komisję przypomnienia w dniu 16 czerwca 2010 r. władze słowackie odpowiedziały pismem z dnia 9 lipca 2010 r. Zgodnie z wezwaniem wystosowanym przez Komisję w piśmie z dnia 4 listopada 2010 r. Republika Słowacka w dniu 3 grudnia 2010 r. przedłożyła wersję tej odpowiedzi nieopatrzoną klauzulą poufności.
- (4) W dniu 1 stycznia 2010 r. SZP został połączony z innym państwowym zakładem ubezpieczeń zdrowotnych Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. („VZP”). Od 1998 r. do co najmniej 2005 r. te dwie jednoosobowe spółki Skarbu Państwa otrzymały portfele innych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych.
- (5) Podczas dwóch posiedzeń Komisji i ubezpieczyciela Dôvera, odbywających się w dniach 10 października 2010 r. oraz 15 marca 2011 r., omówiono przedmiot skargi oraz sposób funkcjonowania sektora ubezpieczeń zdrowotnych na Słowacji. W dniu 15 lipca 2011 r. Dôvera przekazał dalsze informacje na temat charakteru sektora ubezpieczeń zdrowotnych na Słowacji oraz rozszerzył zakres skargi przez uwzględnienie domniemanych dodatkowych środków przyjętych na rzecz SZP i VZP: (i) spłatę zadłużenia SZP przez państwowe przedsiębiorstwo Veriteľ a. s. w latach 2004–2005 w formie dwóch transz w wysokości 52,7 mln EUR i 28 mln EUR; (ii) dotację w wysokości 7,6 mln EUR przyznaną SZP w 2006 r. przez Ministerstwo Zdrowia; oraz (iii) finansowane z budżetu państwa zwiększenie kapitału VZP w dniu 1 stycznia 2010 r. o kwotę 65,1 mln EUR. W związku z powyższym Komisja poprosiła władze słowackie o ustosunkowanie się do skargi rozszerzonej o dodatkowe zarzuty. Po przedłużeniu terminu odpowiedzi władze słowackie przekazały swoje uwagi w piśmie z dnia 11 listopada 2011 r.

<sup>(1)</sup> Dz.U. C 278 z 26.9.2013, s. 28.

- (6) Po posiedzeniu z udziałem służb Komisji w dniu 15 grudnia 2011 r. pismem z dnia 16 stycznia 2012 r. ubezpieczyciel Dôvera przekazał dalsze informacje na temat charakteru krajowego sektora ubezpieczeń zdrowotnych.
- (7) Pismem z dnia 2 lipca 2013 r. Komisja poinformowała Republikę Słowacką o swojej decyzji w sprawie wszczęcia formalnego postępowania wyjaśniającego przewidzianego w art. 108 ust. 2 Traktatu („decyzja o wszczęciu postępowania”). Decyzja o wszczęciu postępowania została opublikowana w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej* <sup>(2)</sup>, z zaproszeniem zainteresowanych stron do zgłaszania uwag.
- (8) Pismem z dnia 24 lipca 2013 r. władze słowackie wystąpiły z wnioskiem o przedłużenie terminu zgłaszania uwag dotyczących decyzji o wszczęciu postępowania. Komisja zaakceptowała wniosek pismem z dnia 30 lipca 2013 r. Pismem z dnia 27 sierpnia 2013 r. Republika Słowacka przedstawiła swoje uwagi na temat decyzji o wszczęciu postępowania.
- (9) Komisja otrzymała uwagi dotyczące decyzji o wszczęciu postępowania od następujących zainteresowanych stron trzecich: Instytut Reform Ekonomiczno-Społecznych (INEKO) pismem z dnia 15 października 2013 r., Union zdravotná poisťovňa, a. s. („Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Union”) pismem z dnia 25 października 2013 r., Health Policy Institute („HPI”) pismem z dnia 28 października 2013 r., Združenie zdravotných poisťovní SR („ZZP” – Stowarzyszenie Zakładów Ubezpieczeń Zdrowotnych na Słowacji) pismem z dnia 28 października 2013 r. oraz od ubezpieczyciela Dôvera pismem z dnia 11 listopada 2013 r.
- (10) Wspomniane uwagi przekazano władzom słowackim pismami z dnia 20 listopada oraz 20 grudnia 2013 r. W dniu 20 grudnia 2013 r. władze słowackie wystąpiły z wnioskiem o przedłużenie terminu odpowiedzi na uwagi do 31 stycznia 2014 r. Komisja zaakceptowała wniosek tego samego dnia. Pismem z dnia 29 stycznia 2014 r. Słowacja odpowiedziała na przedłożone przez strony trzecie uwagi dotyczące decyzji o wszczęciu postępowania.
- (11) W dniu 2 kwietnia 2014 r. odbyło się spotkanie służb Komisji i władz słowackich.
- (12) W dniach 11 kwietnia 2014 r. i 25 sierpnia 2014 r. Komisja wysłała dodatkowe wezwania do udzielenia informacji, na które Słowacja odpowiedziała odpowiednio 15 maja 2014 r. i 27 sierpnia 2014 r.

## 2. KONTEKST

### 2.1. EWOLUCJA OBOWIĄZKOWEGO SYSTEMU UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH NA SŁOWACJI

- (13) W 1994 r. jednorodny państwowy system ubezpieczeń na Słowacji został zastąpiony przez model pluralistyczny, w ramach którego mogły działać podmioty publiczne i prywatne. Dogłębna reforma obejmująca ustawy nr 581/2004 i 580/2004, które weszły w życie w dniu 1 stycznia 2005 r. („reforma z 2005 r.”), umożliwiła modyfikację zasad redystrybucji pobranych składek na ubezpieczenie zdrowotne i zmianę formy prawnej wszystkich zakładów ubezpieczeniowych (państwowych i prywatnych) z podmiotów prawnych *sui generis* na spółki akcyjne (tj. spółki akcyjne prawa prywatnego nastawione na osiąganie zysków). Powołano niezależny słowacki organ regulacyjny, Urząd Nadzoru Zdrowotnego („UNZ”), do wydawania koncesji i kontroli przestrzegania stosownych przepisów przez zakłady ubezpieczeniowe. W zasadzie celem tych reform było zwiększenie efektywności wykorzystania dostępnych zasobów oraz poprawa jakości opieki zdrowotnej <sup>(3)</sup>.
- (14) W Słowacji wszystkie zakłady ubezpieczeń zdrowotnych, publiczne i prywatne, zapewniają słowackim rezydentom obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne <sup>(4)</sup>. Przewidziana w ustawie 580/2004 możliwość oferowania również indywidualnego ubezpieczenia zdrowotnego jako uzupełnienia pakietu podstawowego w ramach obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych stanowi margines z uwagi na szeroki zakres świadczeń

<sup>(2)</sup> Zob. przypis 1.

<sup>(3)</sup> Zob. także sprawozdanie z 2004 r. Hlavačka S., Wágner R., Riesberg A. „Health care systems in transition: Slovakia” (t. 6, nr 10, 2004), s. 36 i dalsze, wydany przez Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej (dostępny pod adresem [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/95938/E85396.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf)), w szczególności s. 99.

<sup>(4)</sup> Zgodnie z sekcją 3 ustawy nr 580/2004 osoba fizyczna będąca stałym rezydentem Republiki Słowackiej musi być ubezpieczona w ramach publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Prawo przewiduje wyjątki, ale dotyczące tylko tych osób, które mają zapewnione ubezpieczenie zdrowotne w innym kraju. Wspomniana sekcja 3 określa również, które osoby muszą być ubezpieczone w ramach publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, nawet jeśli nie są stałymi rezydentami Republiki Słowackiej. W tej decyzji „rezydent słowacki” odnosi się odpowiednio do wszystkich kategorii osób, które muszą być ubezpieczone w ramach publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

wchodzących w skład systemu obowiązkowego<sup>(5)</sup>. Ponadto w 2005 r. aktem ustawodawczym wprowadzono możliwość zapewniania przez wszystkie zakłady ubezpieczeń zdrowotnych ubezpieczenia dobrowolnego tym osobom, które są wyłączone z ubezpieczenia obowiązkowego<sup>(6)</sup>.

- (15) W 2007 r. ustawą nr 530/2007 zmieniającą ustawę nr 581/2004 zabroniono zakładom ubezpieczeniowym działającym w sektorze obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych wypłacania zysków w postaci dywidend ze skutkiem od dnia 1 stycznia 2008 r., tym samym nakładając obowiązek inwestowania nadwyżek wypracowanych w słowackim systemie zdrowotnym. W konsekwencji zakłady ubezpieczeń zdrowotnych nie mogły w ogóle dokonywać podziału zysku od stycznia 2008 r. Jednak 26 stycznia 2011 r. słowacki Sąd Konstytucyjny orzekł niezgodność zakazu podziału zysków z kilkoma postanowieniami słowackiej konstytucji. W następstwie wspomnianego wyroku w lipcu 2011 r. władze słowackie wprowadziły zmiany w ustawie nr 530/2007 ustawą nr 250/2011 w celu ponownego umożliwienia zakładom ubezpieczeń zdrowotnych podziału zysków (między udziałowców) osiągniętych w ramach działalności związanej z obowiązkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi pod pewnymi warunkami<sup>(7)</sup>. W wyniku wprowadzenia zmian ustawodawczych Komisja zamknęła w grudniu 2011 r. postępowanie w sprawie uchybienia dotyczące ograniczenia wypłat z zysku<sup>(8)</sup>.
- (16) W dniu 31 października 2012 r. władze słowackie zatwierdziły plan projektu ustanowienia w Republice Słowackiej jednolitego, niedochodowego, obowiązkowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, który zostanie wprowadzony poprzez dobrowolny wykup (do dnia 1 stycznia 2014 r.) prywatnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych lub przez ich wyłączenie (do dnia 1 lipca 2014 r.) i utworzenie jednego (państwowego) zakładu ubezpieczeń zdrowotnych<sup>(9)</sup>. W chwili przyjęcia obecnej decyzji żaden z kroków wyżej wymienionego planu projektu nie został jednak wdrożony<sup>(10)</sup>.

## 2.2. ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH NA SŁOWACJI

- (17) Według ustawodawstwa słowackiego zakład ubezpieczeń zdrowotnych określa się jako publiczną spółkę akcyjną z siedzibą w Republice Słowackiej, założoną w celu oferowania obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych na podstawie zezwolenia udzielanego przez UNZ.
- (18) Słowaccy rezydenci mogą zawrzeć umowę na pakiet obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego z jednym z trzech niżej wymienionych ubezpieczycieli do wyboru:
- słowacka państwowa spółka akcyjna VZP założona w dniu 1 lipca 2005 r. Powstała przez przekształcenie publicznego przedsiębiorstwa VŠZP, które zostało powołane na podstawie ustawy nr 273/1994 w dniu 1 listopada 1994 r. jako następcą prawny Państwowego Zakładu Ubezpieczeń (Národná poisťovňa) z Administracji Funduszy Ubezpieczeń Zdrowotnych. W dniu 1 stycznia 2010 r. VZP zostało połączone z państwową spółką SZP na podstawie ustawy nr 533/2009 (w związku z tym połączony podmiot jest w stosownych przypadkach zwany dalej „SZP/VZP”). Jedynym udziałowcem VZP jest skarbnik państwa Republiki Słowackiej;
  - prywatna spółka akcyjna Dôvera (głównym udziałowcem jest środkowoeuropejska grupa finansowa PENTA). Spółka Dôvera została założona w dniu 1 października 2005 r. i połączona z innym prywatnym zakładem ubezpieczeń zdrowotnych ze Słowacji, Apollo, w dniu 31 grudnia 2009 r.; w 2010 r. połączony podmiot był największym prywatnym zakładem ubezpieczeń zdrowotnych na Słowacji.
  - Prywatna spółka akcyjna Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Union, założona w dniu 9 marca 2006 r., członek holenderskiej grupy Achmea, wcześniej znanej pod nazwą Eureko.

<sup>(5)</sup> Zob. także sprawozdanie z 2011 r. Szalay T., Pažitný P., Szalayová A., Frisová S., Morvay K., Petrovič M. i van Ginneken E. „Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition” (t. 13, nr 2, 2011), wydany przez Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej (dostępny pod adresem [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/140593/e94972.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf)), s. 78.

<sup>(6)</sup> Ustawa nr 352/2005, tj. dla osób niemających pobytu stałego i niezatrudnionych na Słowacji oraz mających pobyt stały na Słowacji, ale ubezpieczenie zdrowotne za granicą. Zgodnie z odpowiedzią udzieloną przez władze słowackie na decyzję o wszczęciu postępowania możliwość ubezpieczenia dobrowolnego została zniesiona ze skutkiem od dnia 1 maja 2010 r. ustawą nr 121/2010.

<sup>(7)</sup> Warunki te obejmują: (1) obowiązkowe przeznaczenie zysku na utworzenie rezerwy (funduszu rezerwowego, który może być użyty wyłącznie na pokrycie strat) w wysokości 20 % wpłaconego kapitału zakładowego; oraz (2) obowiązkowe utworzenie rezerw technicznych na opłacenie planowanego leczenia osób ubezpieczonych z listy oczekujących.

<sup>(8)</sup> Postępowanie w sprawie uchybienia nr 2008/4268, w ramach którego Komisja Europejska wysłała do rządu słowackiego pismo z wezwaniem do usunięcia uchybienia na podstawie reguł rynku wewnętrznego, wskazując, że zakaz swobodnego dysponowania w zakładach ubezpieczeń zdrowotnych na Słowacji zyskami pochodzącymi z publicznych ubezpieczeń zdrowotnych, realizowanego na podstawie sekcji 15 ust. 6 ustawy nr 581/2004, stanowi niezasadnione ograniczenie swobody przepływu kapitału gwarantowanego art. 63 Traktatu.

<sup>(9)</sup> Stały Trybunał Rozjemczy ostatnio odrzucił jurysdykcję nad wnioskami zgłoszonymi przeciwko tym planom przez holenderskie przedsiębiorstwo Achmea (właściciela Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych Union). Zob. Achmea przeciwko Republice Słowackiej, sprawa STR nr 2013-12, orzeczenie z dnia 24 maja 2014 r., dostępne pod adresem: <http://news.achmea.nl/achmea-discloses-awards-of-arbitration-tribunals/>.

<sup>(10)</sup> Zob. [http://spectator.sme.sk/articles/view/54162/3/achmea\\_loses\\_against\\_slovakia.html](http://spectator.sme.sk/articles/view/54162/3/achmea_loses_against_slovakia.html).

- (19) Tabela poniżej przedstawia ewolucję udziału w rynku różnych zakładów oferujących obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne w Republice Słowackiej w latach 2008–2013 <sup>(1)</sup>:

Rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013 <sup>(1)</sup>
Zakłady	Liczba osób ubezpieczonych (%)					
VZP	55,4	55,0	66,74	65,79	64,4	64,09
SZP	13,6	12,0	2010: SZP zostaje połączone z VZP			
Apollo	8,4	10,0	2010: Apollo zostaje połączone z Dóvera			
Dóvera	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

<sup>(1)</sup> Zob. także pkt 37 orzeczenia Stałego Trybunału Rozjemczego z dnia 24 maja 2014 r. w sprawie STR nr 2013-12, Achmea przeciwko Republice Słowackiej (zob. przypis 9 powyżej).

- (20) Wszystkie zakłady ubezpieczeń zdrowotnych są spółkami akcyjnymi, przy czym regulacje właścicielskie dopuszczają udziałowców z sektora państwowego i prywatnego. Wszystkie zakłady ubezpieczeń zdrowotnych muszą spełniać pewne kryteria wypłacalności. Przy ścisłych ograniczeniach budżetowych ponoszą pełną odpowiedzialność za wystąpienie niedoborów finansowych. Wydaje się, że jako prywatne spółki akcyjne założone na podstawie ogólnego prawa spółek zakłady ubezpieczeń zdrowotnych mogą autonomicznie zarządzać swoją działalnością i kosztami opieki zdrowotnej.
- (21) Zakłady ubezpieczeń zdrowotnych mogą osiągać i osiągały zyski <sup>(12)</sup>. Zakłady ubezpieczeniowe na Słowacji czerpią przychody ze składek, budżetu państwa (składek na rzecz osób biernych zawodowo oraz dotacji przeznaczonych na pokrycie wzrostu kosztów usług zdrowotnych), wpływów z nieruchomości, darów i innych źródeł. Zakłady ubezpieczeń zdrowotnych mogą osiągać zyski na przykład w wyniku poprawy systemu zarządzania i negocjacji umów ze świadczeniodawcami opieki zdrowotnej.

### 2.3. GŁÓWNE CECHY SŁOWACKIEGO SEKTORA OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

#### 2.3.1. Cel społeczny i interes publiczny

- (22) Słowacki obowiązkowy system ubezpieczeń zdrowotnych ma cel społeczny tj. zapewnienie opieki zdrowotnej i utrzymanie funkcjonującego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Obywatele mają prawo do ubezpieczenia zdrowotnego, a rezydenci słowaccy – obowiązek ubezpieczenia <sup>(13)</sup>. Zagwarantowanie prawa do bezpłatnej opieki zdrowotnej na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego stanowi konstytucyjny obowiązek Republiki Słowackiej <sup>(14)</sup>. Według władz słowackich poprzez zapewnienie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego w Republice Słowackiej zakłady ubezpieczeń zdrowotnych wypełniają w imieniu państwa konstytucyjny obowiązek, tj. zapewniają ubezpieczenie zdrowotne rezydentom słowackim poprzez zarządzanie obowiązkowym systemem ubezpieczeń zdrowotnych na Słowacji. Republika Słowacka jest zobowiązana prawem do finansowania systemu opieki zdrowotnej i pokrywania strat sektora opieki zdrowotnej <sup>(15)</sup>. Zgodnie z przepisami sekcji 2 ustawy nr 580/2004 o ubezpieczeniu zdrowotnym zapewnienie publicznych, obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest działalnością prowadzoną w interesie publicznym, związaną z zarządzaniem funduszami publicznymi.

<sup>(11)</sup> Liczby dla lat 2011–2013 zostały podane przez skarżącego w uwagach do decyzji o wszczęciu postępowania.

<sup>(12)</sup> Decyzja o wszczęciu postępowania, motywy 23 i 24.

<sup>(13)</sup> Obowiązek ubezpieczenia jest określony prawem wobec wszystkich wskazanych osób (sekcja 3 ustawy nr 580/2004). Od wszystkich obywateli określonych przepisami prawo wymaga opłacania składek na publiczne ubezpieczenie zdrowotne (sekcja 11 ustawy nr 580/2004). Nieopłacanie składek jest kwalifikowane jako przestępstwo.

<sup>(14)</sup> Artykuł 40 konstytucji Republiki Słowackiej wśród konstytucyjnie gwarantowanych „fundamentalnych praw i swobód” przewiduje: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatele mają prawo na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego do bezpłatnej opieki zdrowotnej oraz środków medycznych na warunkach określonych prawem”.

<sup>(15)</sup> W szczególności w związku z przyjętymi zmianami ustawodawczymi w 2004 r. Republika Słowacka dokonała spłaty zadłużenia w wysokości prawie 1 mld EUR, powstałego wcześniej w sektorze zdrowotnym, w tym zadłużenia prywatnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych (zgodnie z informacjami przekazanymi Komisji przez władze słowackie w dniu 9 lipca 2010 r.).

### 2.3.2. Obowiązkowe członkostwo, otwarte uczestnictwo i obliczanie stawki ze względu na ryzyko grupowe

- (23) Zgodnie z przepisami ustawy nr 580/2004 oraz ustawy nr 581/2004 uczestnictwo w programie publicznych ubezpieczeń zdrowotnych jest obowiązkowe dla większej części ludności Republiki Słowackiej <sup>(16)</sup>. Obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne na Słowacji obejmują również osoby ubezpieczone zgodnie z rozporządzeniem Rady (EWG) nr 1408/71 <sup>(17)</sup> do dnia 30 kwietnia 2010 r. i od dnia 1 maja 2010 r. zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 883/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady <sup>(18)</sup>.
- (24) Osoby ubezpieczone mają prawo do wyboru zakładu ubezpieczeń zdrowotnych oraz do jego zmiany raz w roku. W ramach obowiązku otwartego uczestnictwa i zasady kalkulowania stawki ze względu na ryzyko grupowe zakłady ubezpieczeń zdrowotnych na Słowacji są prawnie zobowiązane przyjąć każdego rezydenta słowackiego, który tego zażąda, do systemu ubezpieczeń, przy założeniu, że ta osoba spełnia wymogi prawne ubezpieczenia zdrowotnego na Słowacji. W szczególności zakłady ubezpieczeń zdrowotnych nie mogą odmówić ubezpieczenia na podstawie wieku, stanu zdrowia lub zagrożenia chorobą <sup>(19)</sup> oraz muszą zaoferować podstawowe ubezpieczenie zdrowotne w tej samej cenie wszystkim osobom z pominięciem tych czynników.
- (25) Słowacki system ubezpieczeń zdrowotnych obejmuje w związku z tym prawną strukturę służącą sprawiedliwemu podziałowi ryzyka między zakładami ubezpieczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemu wyrównywania ryzyka (RES). W ramach RES <sup>(20)</sup> zakłady ubezpieczeń zdrowotnych obsługujące osoby o wyższym ryzyku otrzymują środki od ubezpieczycieli, których portfel jest powiązany z niższym ryzykiem, przez miesięczne i roczne realokacje składek oraz zarządzanie ich przekazywaniem <sup>(21)</sup>.

### 2.3.3. Świadczenia i składki powiązane z dochodami

- (26) Słowackie obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne są oparte na systemie obowiązkowych składek. Wysokość składek jest określana prawem proporcjonalnie do dochodów ubezpieczonego (podobnie jak podatek od dochodu), a nie na podstawie ryzyka związanego z ubezpieczonym (np. spowodowanego wiekiem czy stanem zdrowia). Wspomniane składki, które władze słowackie traktują jako element funduszy publicznych, są pobierane od: (1) pracowników i pracodawców; (2) samozatrudnionych; (3) dobrowolnie niepracujących; (4) państwa (za „ubezpieczonych przez państwo”, tj. najczęściej grupę osób biernych zawodowo); oraz (5) płatników dywidend.
- (27) Wszystkim ubezpieczonym gwarantuje się taki sam poziom świadczeń podstawowych („pakiet świadczeń podstawowych”). Nie ma bezpośredniego związku między kwotą płaconych składek w systemie a otrzymywanymi świadczeniami <sup>(22)</sup>. Usługi medyczne objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym są świadczone bez względu na wysokość składek płaconych przez osobę ubezpieczoną.
- (28) Pakiet świadczeń podstawowych obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego pokrywa większość procedur medycznych wykonywanych w Republice Słowackiej, co oznacza, że w rzeczywistości w ramach tego pakietu jest zapewniana pełna opieka zdrowotna. Obecnie pakiet świadczeń podstawowych uprawnia każdą osobę do uzyskania bezpłatnej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem jedynie kilku zabiegów leczniczych (np. chirurgii kosmetycznej), oraz do częściowej odpłatności za środki lecznicze i zabiegi sanatoryjne, a także wybrane usługi związane z opieką zdrowotną (np. porady na pogotowiu). Pakiet świadczeń podstawowych może zostać rozszerzony lub zawężony decyzją rządu (bez negocjacji parlamentarnych). Ponieważ konstytucja słowacka gwarantuje każdemu obywatelowi opiekę zdrowotną w ramach obowiązkowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych zgodnie z warunkami ustanowionymi przez prawo, zakłady ubezpieczeniowe nie mają wpływu na zawartość koszyka świadczeń, poziom ochrony czy wysokość składek w pakiecie świadczeń podstawowych.
- (29) Słowackie zakłady ubezpieczeń zdrowotnych mogą ujmować i ujmuje w pakiecie świadczeń podstawowych różnorodne dodatkowe uprawnienia (świadczenia), które pierwotnie nie są nim zawarte. Takie uprawnienia są oferowane klientom przez ubezpieczycieli bezpłatnie, jako element tego samego pakietu opieki zdrowotnej w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Okazuje się, że zgodnie z dostępnymi informacjami zakłady ubezpieczeń zdrowotnych mogą najczęściej zdecydować o oferowaniu dodatkowej ochrony w postaci pewnych uzupełniających, profilaktycznych zabiegów w ramach tego samego pakietu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Te dodatkowe świadczenia różnią się od usług indywidualnego ubezpieczenia zdrowotnego, które są oferowane za opłatą.

<sup>(16)</sup> Zob. przypis 4.

<sup>(17)</sup> Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz.U. L 149 z 5.7.1971, s. 2).

<sup>(18)</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U. L 166 z 30.4.2004, s. 1).

<sup>(19)</sup> Zob. sekcja 6 ust. 9 ustawy nr 580/2004.

<sup>(20)</sup> Sekcja 3 ustawy nr 580/2004.

<sup>(21)</sup> Zob. motywy 45–47 poniżej.

<sup>(22)</sup> Zob. ustawa nr 577/2004.

### 2.3.4. Wybór świadczeniodawców opieki zdrowotnej i usług

- (30) Zakłady ubezpieczeń zdrowotnych mogą dokonywać wyboru świadczeniodawców opieki zdrowotnej oraz prowadzić negocjacje umów z lekarzami i poszczególnymi szpitalami. Zakłady ubezpieczeń zdrowotnych zawierają zatem umowy z poszczególnymi świadczeniodawcami. Takie umowy są zawierane niezależnie z każdym świadczeniodawcą, a dany świadczeniodawca może zawrzeć umowy ze wszystkimi bądź tylko niektórymi ubezpieczycielami. Zakłady ubezpieczeń zdrowotnych zwracają koszty poniesione przez świadczeniodawców państwowych i prywatnych.
- (31) Aby zapewnić odpowiednią dostępność usług zdrowotnych pod względem geograficznym, rząd ustala minimalne wymagania dotyczące sieci świadczeniodawców i w ten sposób zapewnia sobie wpływ na planowanie zdolności do świadczeń. Prawo nakłada na zakłady oferujące obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne wymóg zawarcia umów z minimalną siecią szpitali. Każdy zakład ubezpieczeń zdrowotnych tworzy własną sieć, to znaczy rozszerza sieć minimalną, zawierając selektywnie umowy z dodatkowymi szpitalami oraz pozostałymi świadczeniodawcami opieki zdrowotnej. Usługi opieki zdrowotnej świadczone przez te szpitale lub innych świadczeniodawców uwzględnione w obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym są zatem pokrywane przez ubezpieczyciela zdrowotnego na rzecz osób ubezpieczonych. Zakłady ubezpieczeń zdrowotnych mają pewien zakres swobody w negocjowaniu ze szpitalami cen i jakości usług opieki zdrowotnej świadczonych dla osób ubezpieczonych.

### 2.3.5. Ramy regulacyjne

- (32) Obowiązkowy system ubezpieczeń zdrowotnych w Republice Słowackiej jest regulowany specjalnymi przepisami<sup>(23)</sup>. Wszystkie zakłady zapewniające obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne mają według prawa taki sam status oraz takie same prawa i obowiązki. Celem powołania zakładu ubezpieczeń zdrowotnych musi być obsługa publicznych ubezpieczeń zdrowotnych, a taki zakład nie może wykonywać innej działalności niż wymieniona w sekcji 6 ustawy nr 581/2004. Działalność zakładów ubezpieczeń zdrowotnych dotycząca zarządzania obowiązkowym systemem ubezpieczeń zdrowotnych podlega ogólnej kontroli państwa, w szczególności za pośrednictwem organu regulacyjnego UNZ, który pełni rolę monitorującą i nadzorczą w systemie opieki zdrowotnej. UNZ kontroluje, czy zakłady ubezpieczeń zdrowotnych i świadczeniodawcy stosują się do ram prawnych, oraz interweniuje w wypadku ich naruszenia.

## 3. OPIS KWESTIONOWANYCH ŚRODKÓW

- (33) W ramach obecnej decyzji analizowanych jest sześć następujących środków (łącznie zwanych „kwestionowanymi środkami”)<sup>(24)</sup>:

### 3.1. ZWIĘKSZENIE KAPITAŁU SZP W 2006 R.

- (34) Pismem z dnia 2 kwietnia 2007 r. prywatny zakład ubezpieczeń zdrowotnych Dôvera złożył skargę w Komisji przeciwko dokapitalizowaniu państwowego zakładu SZP przez Republikę Słowacką w wysokości 450 mln SKK (około 15 mln EUR) w trzech transzach między 28 listopada 2005 r. a 18 stycznia 2006 r.
- (35) Zwiększenie kapitału było związane z reformą sektora opieki zdrowotnej oraz reformą w latach 2004–2005 sektora ubezpieczeń zdrowotnych w Republice Słowackiej. W rzeczywistości podczas powoływania SZP w formie spółki akcyjnej w 2005 r., jako następcy prawnego instytucji publicznej<sup>(25)</sup>, zgodnie z prawem konieczne było przejście nie tylko aktywów pierwotnego zakładu ubezpieczeniowego, ale też jego zobowiązań, pochodzących sprzed 2005 r., skutkujących niewłaściwym poziomem wypłacalności, jak określono w wymogach sekcji 14 ust. 1 ustawy w sprawie zakładów ubezpieczeń zdrowotnych (ustawa 581/2004). Te zobowiązania wynosiły na dzień 31 grudnia 2005 r. 467,765 mln SKK (około 15,5 mln EUR).

<sup>(23)</sup> Na przykład powiązanie między osobą ubezpieczoną a ubezpieczycielem zdrowotnym jest tworzone nie w drodze umowy, ale na mocy prawa (zob. sekcja 4 ustawy nr 580/2004). Nadzór nad zakładami ubezpieczeń zdrowotnych i opieką zdrowotną jest również regulowany prawem.

<sup>(24)</sup> Te środki są opisane bardziej szczegółowo w decyzji o wszczęciu postępowania, motywy 44–72.

<sup>(25)</sup> SZP, będąc instytucją publiczną przed dniem 1 maja 2005 r., działał jako zakład ubezpieczeniowy o określonym, stosunkowo ograniczonym portfelu, jednocześnie w przeciwieństwie do innych ubezpieczycieli zdrowotnych był zobowiązany wobec ubezpieczających do pokrywania konkretnych, profilaktycznych zabiegów zdrowotnych oraz specjalnych zabiegów związanych z urazami w miejscu pracy i chorobami zawodowymi.

## 3.2. SPŁATA ZADŁUŻENIA SZP PRZEZ VERITEĽ

- (36) VeriteĽ został powołany w 2003 r. jako nowa agencja państwowa z myślą o konsolidacji zadłużenia sektora opieki zdrowotnej<sup>(26)</sup>. Zadaniem powierzonym przez rząd słowacki było wdrożenie projektu oddłużenia placówek opieki zdrowotnej i zakładów ubezpieczeń zdrowotnych przed przekształceniem do 30 września 2005 r. wszystkich istniejących funduszy ubezpieczeń zdrowotnych w spółki akcyjne. Proces oddłużania został przeprowadzony na podstawie uchwał rządu słowackiego.
- (37) W latach 2003–2005 VeriteĽ uregulował zadłużenie sektora opieki zdrowotnej przekraczające 1 100 mln EUR wartości księgowej, o wartości gotówkowej 644 mln EUR. Po ogłoszeniu przez Ministerstwo Zdrowia, że jest to ostatni wykup w sektorze opieki zdrowotnej, w 2006 r. agencja VeriteĽ została zlikwidowana<sup>(27)</sup>.
- (38) Skarżący utrzymuje, że kwota zadłużenia w wysokości 52,7 mln EUR spłacona przez VeriteĽ na rzecz SZP była wyższa niż to, co uzyskał sam skarżący<sup>(28)</sup>, sugerując nieuzasadnione, dyskryminujące traktowanie w przebiegu procesu spłaty zadłużenia. Skarżącego niepokoi jednak głównie fakt, że dodatkowo w dniu 30 listopada 2005 r. (a więc po przekształceniu) VeriteĽ spłacił kolejne zadłużenie SZP w wysokości 28 mln EUR ze specjalnego konta redystrybucji składek. Tę operację przeprowadzono w drodze przepisania przez SZP na VeriteĽ wierzytelności z tytułu składek i odsetek. SZP przepisał na VeriteĽ około 929 mln SKK w wierzytelnościach z tytułu składek i odsetkach (wynoszących około 343 mln SKK). Z kolei ze strony agencji VeriteĽ nastąpiło uznanie w wysokości 840 mln SKK (około 28 mln EUR) na rzecz SZP poprzez umorzenie zadłużenia na specjalnym koncie redystrybucji składek<sup>(29)</sup>.

## 3.3. DOTACJA UDZIELONA SZP W 2006 R.

- (39) W drugiej połowie 2006 r. Ministerstwo Zdrowia przyznało SZP kolejną dotację, wykorzystując częściowo saldo z likwidacji agencji VeriteĽ w lipcu 2006 r. Zdaniem skarżącego kwota dotacji wynosiła około 7,6 mln EUR.
- (40) Skarżący utrzymuje, że ta dotacja została przyznana w celu uregulowania zobowiązań SZP wobec świadczeniodawców opieki zdrowotnej sprzed 2005 r., chociaż nie jest pewne, czy zadłużenie to istniało jeszcze w momencie udzielenia dotacji.
- (41) Niemniej według władz słowackich zasoby finansowe z salda likwidacyjnego agencji VeriteĽ nie zostały przekazane SZP, ale placówkom medycznym, które wówczas należały do państwa, na spłatę ich zobowiązań (tj. składek na ubezpieczenie zdrowotne za ich pracowników) wobec SZP. W związku z powyższym według władz słowackich nie przyznano dotacji, ale była to normalna zapłata za niesporne należności przez państwo – niezapłacone składki na ubezpieczenie zdrowotne.

## 3.4. ZWIĘKSZENIE KAPITAŁU VZP W 2010 R.

- (42) Republika Słowacka, za pośrednictwem Ministerstwa Opieki Zdrowotnej, w dniu 1 stycznia 2010 r. zwiększyła kapitał zakładowy VZP. Kapitał zakładowy został zwiększony do około 65,1 mln EUR.
- (43) Zdaniem skarżącego wydaje się, że przy założeniu bliskiej niewypłacalności VZP państwo postąpiło w ten sposób, aby pokryć deficyt dochodowy zakładu. Skarżący stwierdza ponadto, że państwo w żadnym razie nie mogło się spodziewać zwrotu z inwestycji, szczególnie przy założeniu, że Słowacja wprowadziła prawo uniemożliwiające zakładom ubezpieczeń zdrowotnych podział zysków.
- (44) Według władz słowackich zwiększenie kapitału VZP w 2010 r. miało na celu wyeliminowanie skutków finansowego kryzysu i wsparcie VZP w odpieraniu nacisków na zwiększanie poziomu zadłużenia z rosnącym popytem na opiekę zdrowotną.

<sup>(26)</sup> VeriteĽ, a. s. powołano na podstawie uchwały rządu słowackiego nr 262 z dnia 2 kwietnia 2003 r.

<sup>(27)</sup> Zob. sprawozdanie z 2011 r. Szalay T., Pažitný P., Szalayová A., Frisová S., Morvay K., Petrovič M. i van Ginneken E. „Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition” (t. 13, nr 2, 2011), wydany przez Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej (dostępny pod adresem [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/140593/e94972.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf)), s. 142.

<sup>(28)</sup> W opinii skarżącego poprzednicy ubezpieczyciela Dôvera, łącznie przewyższający wielkością SZP, deklarowali, dla porównania, wysokość spłaconego długu jedynie na poziomie 27,25 mln EUR.

<sup>(29)</sup> Według skarżącego, zgodnie ze sprawozdaniem dotyczącym dochodzenia w sprawie działalności agencji VeriteĽ, a. s. w ciągu całego okresu jej istnienia, słowackie Ministerstwo Finansów, wrzesień 2007 r.

## 3.5. SYSTEM WYRÓWNYWANIA RYZYKA (RES)

- (45) Podczas wstępnej oceny Komisja stwierdziła również, że finansowanie zakładów w Republice Słowackiej wiąże się ze mechanizmem współdzielenia i regulacji ryzyka – systemem wyrównywania ryzyka (RES).
- (46) RES<sup>(30)</sup> ma zastosowanie w pełni do wszystkich zakładów ubezpieczeń zdrowotnych zapewniających obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne w Republice Słowackiej. Choć składki na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne są pobierane bezpośrednio przez zakłady ubezpieczeń zdrowotnych od pracowników, samozatrudnionych, samodzielnich płatników (dobrowolnie niezatrudnionych), państwa i płatników dywidend, podział przychodów i wydatków między zakładami ubezpieczeń zdrowotnych jest nierówny ze względu na odmienną strukturę osób ubezpieczanych. Aby złagodzić finansowe obciążenie, któremu podlegają zakłady ubezpieczeń zdrowotnych z portfelem o większym ryzyku oraz ograniczyć możliwość wyboru ryzyka, składki są redystrybuowane między tymi zakładami z zastosowaniem RES, według obliczeń określonych przez UNZ<sup>(31)</sup>. Parametry zastosowane w RES to wiek, płeć i, od 2010 r., status aktywności zawodowej ubezpieczonego.
- (47) Władze słowackie uznają RES nie za pomoc państwa, ale za sposób wyrównywania funduszy zgodnie z kryteriami RES mającymi zastosowanie do osób ubezpieczonych, tzn. za kwestię solidarności między osobami ubezpieczonymi.

## 3.6. PRZENIESIENIE PORTFELI DO SZP I VZP

- (48) Innym środkiem, na który Komisja zwróciła uwagę podczas wstępnej oceny, jest bezpośrednie przeniesienie, z interwencją państwa, do SZP i VZP kilku portfeli innych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych (w szczególności z zakładu Družstevná zdravotná poisťovňa do VZP oraz z Európská zdravotná poisťovňa do SZP), które były z czasem likwidowane.
- (49) Według ubezpieczyciela Dôvera portfel EZP został przeniesiony bezpośrednio do SZP, mimo że na rynku byli również inni zainteresowani, a ograniczenia i warunki przeniesienia były sformułowane niejednoznacznie.
- (50) Republika Słowacka argumentuje, że decyzja UNZ dotycząca przeniesienia portfela EZP do SZP bez uwzględnienia innych zakładów jest zgodna z przepisami ustawy nr 581/2004 przy jednoczesnym poszanowaniu prawa ubezpieczonego do wyboru zakładu ubezpieczeń zdrowotnych. Władze słowackie stwierdzają, że inne zakłady ubezpieczeniowe wyraziły zainteresowanie tym portfelem, ale na warunkach, które spowodowałyby nieproporcjonalne przedłużenie procesu likwidacji. Ponadto ponieważ przeniesienie portfeli dotyczyło wszystkich wierzytelności i zobowiązań likwidowanych zakładów, VZP i SZP nie uzyskały, według władz słowackich, żadnej korzyści.

## 4. PODSTAWY WSZCZĘCIA FORMALNEGO POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO

- (51) W decyzji o wszczęciu postępowania Komisja wyraziła wątpliwości co do stwierdzenia ekonomicznego lub nieekonomicznego charakteru danej działalności i wskazała, że w świetle szczególnych aspektów sprawy SZP/VZP oraz inne zakłady oferujące ubezpieczenia zdrowotne w systemie obowiązkowym Republiki Słowackiej i mogły być zaangażowane w działalność ekonomiczną od dnia 1 stycznia 2005 r. Uznano, że połączenie ekonomicznych i nieekonomicznych cech słowackiego obowiązkowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych wymaga przeprowadzenia dogłębnej analizy różnych elementów i ich znaczenia w systemie w celu stwierdzenia, czy działalność związana z ubezpieczeniami obowiązkowymi, prowadzona i zorganizowana w sposób taki jak na Słowacji, powinna zostać uznana za działalność ekonomiczną (od dnia 1 stycznia 2005 r.), czy też nie.
- (52) Komisja wskazała również, że w wypadku uznania tej działalności za działalność o charakterze ekonomicznym nie dysponuje wystarczającymi danymi, aby zdecydować, czy środki, które są aktualnie poddane kontroli, zapewniają SZP/VZP selektywną przewagę.
- (53) Wnioskując, że nie można zatem wykluczyć istnienia pomocy państwa na tym etapie, w obliczu braku konkretnych argumentów czy wyraźnych oznak co do zgodności z regułami rynku wewnętrznego, Komisja wyraziła również wątpliwości, czy środki te można uznać za zgodne z rynkiem wewnętrznym na podstawie art. 106 ust. 2 lub art. 107 ust. 3 lit. c) Traktatu, gdyby zakwalifikowano je jako pomoc państwa.

<sup>(30)</sup> Część 3 ustawy nr 580/2004.

<sup>(31)</sup> Zob. motywy 60–67 decyzji o wszczęciu postępowania w celu uzyskania bliższych informacji na temat RES.



- (54) W tym kontekście Komisja zauważyła, że ostateczne wnioski dotyczące uznania ekonomicznego lub nieekonomicznego charakteru działalności w zakresie obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz spełnienia wszystkich pozostałych warunków koniecznych do zakwalifikowania środków państwowych jako pomocy państwa, a w przypadku stwierdzenia pomocy państwa, stwierdzenia jej zgodności z regułami rynku wewnętrznego mogą zostać wyciągnięte dopiero w ostatecznej decyzji. Zostanie ona przyjęta po zakończeniu formalnego dochodzenia, zebraniu wszystkich dostępnych informacji (w tym dalszych uwag państwa członkowskiego i stron trzecich) oraz przeprowadzeniu ich dogłębnej oceny.

#### 5. UWAGI ZAINTERESOWANYCH STRON

- (55) Komisja otrzymała następujące uwagi od zainteresowanych stron, zaprezentowane zbiorczo poniżej:

##### 5.1. DÔVERA

- (56) W odpowiedzi na decyzję o wszczęciu postępowania Dôvera, skarżący, dostarczył dalsze informacje o systemie ubezpieczeń zdrowotnych oraz dodatkowe argumenty, w szczególności na poparcie stanowiska, że SZP/VZP są przedsiębiorstwami, które podlegają prawu konkurencji i korzystały z nieuzasadnionej pomocy państwa.
- (57) Ubezpieczyciel Dôvera wskazał, że SZP/VZP konkurują z prywatnymi zakładami ubezpieczeń zdrowotnych oferujących tę samą usługę i nastawionych na osiąganie zysków, odnosząc się do poprzednio złożonych informacji na temat ekonomicznego charakteru wspomnianej działalności oraz do najnowszego orzecznictwa Trybunału<sup>(32)</sup>. W tym kontekście Dôvera stwierdza, że kilka elementów przedstawionych przez Republikę Słowacką w decyzji o wszczęciu postępowania, mających wskazywać na nieekonomiczny charakter działalności VZP/SZP, nie zostało zweryfikowanych. Według ubezpieczyciela Dôvera reforma w latach 2004–2005 miała na celu stworzenie konkurencyjnego rynku, który został uznany i potwierdzony sądownie (tj. przez słowacki Sąd Konstytucyjny), jak również przez same władze słowackie. W tym kontekście Dôvera wskazuje również na fakt, że ubezpieczyciele konkurują o świadczeniodawców opieki zdrowotnej przez selektywne podpisywanie umów i negocjacje dotyczące cen oraz jakości usług, a także wspomina o kampaniach marketingowych prowadzonych przez zakłady ubezpieczeń zdrowotnych w celu przyciągnięcia i zatrzymania klientów. Dôvera odrzuca też wyłącznie społeczny charakter systemu, odnosząc się do możliwości osiągania i podziału zysków przez ubezpieczycieli zdrowotnych oraz do zainteresowania prywatnych inwestorów inwestowaniem w podmioty działające w słowackim sektorze obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych.
- (58) Nawiązując do informacji uprzednio przedłożonych Komisji, przed decyzją o wszczęciu postępowania, ubezpieczyciel Dôvera wnioskuje dalej, że wszystkie środki zidentyfikowane w tej decyzji powinny być zakwalifikowane jako pomoc niezgodna z prawem, ponieważ zostały spełnione wszystkie pozostałe warunki art. 107 ust. 1 Traktatu. W jego opinii postępowanie Republiki Słowackiej, to znaczy zwiększenie kapitału SZP w 2006 r. i VZP w 2010 r., nie może zostać uznane za działanie inwestora w gospodarce rynkowej. Ubezpieczyciel Dôvera argumentuje, że Republika Słowacka dyskryminowała prywatne zakłady ubezpieczeniowe w stosunku do SZP/VZP, traktując bardziej przychylnie SZP w procesie spłaty zadłużenia w latach 2003–2005 oraz wprowadzając dwa nowe parametry w RES w 2009 r. i 2012 r. Odnośnie do przeniesienia portfeli uwagi ubezpieczyciela Dôvera koncentrują się na przeniesieniu portfela ubezpieczeń EZP, ponieważ nie ma on informacji o wcześniejszym przeniesieniu portfela do VZP. W tym względzie Dôvera stwierdza, że Komisja mogła otrzymać od władz słowackich nieprawidłowe informacje o ramach prawnych mających zastosowanie w wypadku przenoszenia portfeli.
- (59) Dôvera argumentuje wreszcie, że władzom słowackim nie udało się dowieść zasadności uznania obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych za usługę interesu ogólnego, zatem kwestionuje zasadniczą ideę analizy na podstawie orzeczenia w sprawie *Altmark*<sup>(33)</sup> oraz założeń pakietu Komisji dotyczącego usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym.

##### 5.2. ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH UNION

- (60) Spostrzeżenia przedłożone przez Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Union, inny prywatny podmiot konkurencyjny wobec SZP/VZP, na temat decyzji o wszczęciu postępowania są w dużym stopniu zgodne z uwagami przekazanymi przez ubezpieczyciela Dôvera i wyrażają przekonanie, że SZP i VZP są przedsiębiorstwami w rozumieniu art. 107 ust. 1 Traktatu. Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Union informuje, że pięć z sześciu środków opisanych w sekcji 3 decyzji kwalifikuje się jako pomoc państwa i jest niezgodna z regułami

<sup>(32)</sup> Sprawa T-347/09, Niemcy przeciwko Komisji, 12 września 2013 r., jeszcze nieopublikowana.

<sup>(33)</sup> Sprawa C-280/00 *Altmark*, ERC 2003, s. I-7747.

rynku wewnętrznego. Odnośnie do szóstego środka, RES, Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Union stwierdza, że może on potencjalnie spełniać warunki orzeczenia w sprawie *Altmark* dotyczące rekompensat z tytułu świadczenia usług publicznych lub może być zgodny z regułami rynku wewnętrznego na podstawie art. 106 ust. 2 Traktatu i w związku z tym wymagać dalszego dochodzenia pod kątem dyskryminującego podejścia na korzyść odbiorcy netto RES, tj. SZP/VZP.

### 5.3. HPI, INEKO I ZZP

- (61) Spostrzeżenia na temat decyzji o wszczęciu postępowania przedłożone przez pozostałe strony trzecie, tj. HPI, INEKO i ZZP, wyrażają głównie poparcie stanowiska skarżącego Dôvera i Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych Union, że wspomniana działalność ma charakter ekonomiczny, a kwestionowane środki stanowią pomoc państwa przez zapewnienie SZP/VZP selektywnej przewagi. Dzielią także przekonanie, że ubezpieczyciele zdrowotni działają w środowisku konkurencyjnym (poprzez zastosowanie różnych sposobów pozyskiwania klientów), oraz twierdzą, że państwo preferencyjnie potraktowało państwowy zakład ubezpieczeń zdrowotnych.

### 6. UWAGI DO DECYZJI O WSZCZĘCIU POSTĘPOWANIA I DODATKOWE INFORMACJE PRZEDŁOŻONE PRZEZ REPUBLIKĘ SŁOWACKĄ

- (62) Republika Słowacka przedłożyła swoje spostrzeżenia na temat decyzji o wszczęciu postępowania i przekazała uwagi dotyczące spostrzeżeń stron trzecich.
- (63) W przekazanych informacjach władze słowackie przedstawiły wyjaśnienie i dodatkowe argumenty na poparcie ich stanowiska, że system obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych nie podlega regułom konkurencji, gdyż nie jest związany z działalnością ekonomiczną. Władze słowackie utrzymują, że obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych na Słowacji nie można zakwalifikować jako działalności ekonomicznej zgodnie z orzecznictwem Trybunału Sprawiedliwości <sup>(34)</sup> w szczególności z następujących przyczyn:
- a) System ma cel społeczny.
  - b) Jest oparty na zasadzie solidarności, w szczególności z uwzględnieniem następujących czynników:
    - i. obowiązkowe uczestnictwo w systemie rezydentów słowackich;
    - ii. zagwarantowanie wszystkim ubezpieczonym takiego samego minimalnego poziomu świadczeń;
    - iii. brak powiązania składek ze świadczeniami na poziomie indywidualnym z uwagi na ustalenie wysokości składek w przepisach (brak konkurencji cenowej);
    - iv. obowiązywanie między ubezpieczonymi zasady solidarnego ponoszenia ryzyka: przez użycie RES i obliczanie stawki ze względu na ryzyko grupowe.
  - c) Istnieją szczegółowe ramy regulacyjne, podlegające nadzorowi państwa: prawem są stanowione status, prawa i obowiązki wszystkich zakładów ubezpieczeń zdrowotnych.
- (64) Republika Słowacka odrzuca przypuszczenie, że w wyniku zmian ustawodawczych z 2005 r. system opieki zdrowotnej został przekształcony w system komercyjny, i twierdzi, że nie stracił on publicznego, nieekonomicznego charakteru. Ponadto zwraca uwagę na fakt, że słowacki system ubezpieczeń zdrowotnych stanowi element systemu zabezpieczenia społecznego i wskazuje na kompetencje państw członkowskich na mocy art. 168 ust. 7 Traktatu dotyczące organizacji i świadczenia usług zdrowotnych.
- (65) Władze słowackie stwierdzają dalej, że reforma ubezpieczeń zdrowotnych nie spowodowała zastąpienia publicznych ubezpieczeń zdrowotnych ubezpieczeniami prywatnymi ani otwarcia dla prywatnych ubezpieczycieli pokrywania jakiegokolwiek ryzyka dotyczącego ustawowego zabezpieczenia społecznego. W opinii Słowacji podstawowym celem reformy sektora zdrowotnego było ustalenie dokładnych reguł dysponowania zasobami finansowymi przydzielonymi na ochronę zdrowia, a przekształcenie do dnia 30 września 2005 r. wszystkich istniejących funduszy ubezpieczeń zdrowotnych w spółki akcyjne z wyraźnie zdefiniowanymi zasadami księgowymi wydawało się właściwym sposobem ustalenia tych reguł. Władze słowackie uznają, że wszyscy ubezpieczyciele zdrowotni na Słowacji są zaangażowani w zarządzanie funduszami publicznymi powierzonymi im w ramach publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

<sup>(34)</sup> W szczególności sprawy połączone C-159/91 i C-160/91 Poucet i Pistre, sprawa C-218/00 Císal i INAIL, sprawy połączone C-264/01, C-306/01, C-354/01 i C-355/01 AOK Bundesverband.

- (66) Według władz słowackich fakt, że słowacki obowiązkowy system ubezpieczeń zdrowotnych uwzględni w ograniczonym zakresie konkurencję jakościową, może być uznany za element, który zachęca zakłady ubezpieczeń zdrowotnych do działań ekonomicznych zgodnie z zasadami prawidłowego zarządzania, w interesie prawidłowego funkcjonowania systemu, ale nie za element, który może mieć wpływ na nieekonomiczny charakter systemu ubezpieczeń zdrowotnych jako całości.
- (67) Władze słowackie wyjaśniają również, że fundusze gromadzone i redystrybuowane w ramach struktury słowackiego publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych za pośrednictwem zakładów ubezpieczeń zdrowotnych stanowią sumę składek na publiczne ubezpieczenia zdrowotne, obowiązkowych na mocy prawa, a w związku z tym są częścią finansów publicznych Słowacji. Zadaniem wszystkich zakładów ubezpieczeń zdrowotnych jest zatem zarządzanie funduszami publicznymi zgromadzonymi ze składek od obywateli zgodnie z odpowiednimi przepisami prawnymi z myślą o pokryciu wydatków na opiekę zdrowotną.
- (68) Na dalsze poparcie swojego stwierdzenia władze słowackie przywołują również fakt, że nawet po wprowadzeniu zakazu podziału zysków w 2011 r. ustawa zmieniająca nr 250/2011 zezwalała zakładom ubezpieczeń zdrowotnych na wypracowywanie zysków wyłącznie pod ściśle zdefiniowanymi warunkami, to znaczy:
- wprowadzenie podatku od zysków zakładów ubezpieczeń zdrowotnych;
  - obowiązkowe przeznaczenie zysków na utworzenie funduszu rezerwowego do wysokości 20 % wpłaconego kapitału zakładowego podmiotu ubezpieczeniowego (funduszu rezerwowego można użyć tylko do pokrycia strat zakładu ubezpieczeniowego);
  - obowiązkowe utworzenie przepisów technicznych dotyczących pokrywania planowanego leczenia osób ubezpieczonych z list oczekujących (w rezultacie zakłady ubezpieczeń zdrowotnych nie mogą wypracowywać zysków kosztem swoich klientów przez umieszczanie ich na listach oczekujących zamiast bezwzględnego opłacenia kosztów ich opieki zdrowotnej – ten warunek jest niezbędny do zapewnienia zgodności z ogólnie przyjętymi standardami księgowymi w sektorze publicznych ubezpieczeń zdrowotnych).
- (69) W tym względzie władze słowackie wyjaśniły, że w wypadku odnotowania przez VZP nadwyżki tworzony był fundusz na pokrycie kosztów korzystania z opieki zdrowotnej i finansowanie szczególnie drogich usług opłacanych z publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. Ponadto w latach, w których odnotowano nadwyżkę, część zysków VZP było również przydzielanych do funduszu rezerwy ustawowej, a ten z kolei był wykorzystany na zmniejszenie zakumulowanych strat. Dlatego według władz słowackich żaden zysk wypracowany przez państwowy zakład ubezpieczeń zdrowotnych nie był nigdy przeznaczony na wypłaty dla udziałowców.
- (70) W tym kontekście Republika Słowacka wskazuje również na dalsze ograniczenia, którym podlegają zakłady ubezpieczeń zdrowotnych, dotyczące możliwości pożyczania funduszy wyłącznie zgodnie z przepisami ustawy 523/2004 w sprawie reguł budżetowych administracji publicznej, po zatwierdzeniu przez UNZ.
- (71) Na dalsze poparcie stwierdzenia, że działalność dotycząca obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych nie podlega regułom konkurencji, władze zwróciły uwagę na prowadzone przez słowacki Urząd Antymonopolowy w 2009 r. dochodzenie, w którym ujawniono, że działalność zakładów ubezpieczeń zdrowotnych odbywa się w ramach systemu charakteryzującego się wysokim stopniem solidarności, bezpłatnym świadczeniem usług zdrowotnych i regulowaniem przez państwo zasadniczych elementów takiej działalności. W związku z tym działalność zakładów ubezpieczeń zdrowotnych w zakresie oferowania publicznych ubezpieczeń zdrowotnych nie może być uznana za działalność ekonomiczną prowadzoną przez przedsiębiorstwa, ograniczającą konkurencję. Stąd według Urzędu Antymonopolowego słowacka ustawa o konkurencji nie ma zastosowania do działalności zakładów ubezpieczeń zdrowotnych prowadzonej w zakresie oferowania publicznych ubezpieczeń zdrowotnych <sup>(35)</sup>.
- (72) Władze słowackie wyjaśniają również, że w 2011 r. Sąd Konstytucyjny stwierdził niekonstytucyjność zakazu podziału zysków od 2007 r., narusza on bowiem słowackie konstytucyjne prawa własności. Sąd nie podtrzymał natomiast opinii, jakoby ustawa o zakładach ubezpieczeń zdrowotnych ograniczała zasady ekonomii rynkowej. Władze słowackie wskazały również w tym względzie na spostrzeżenie Sądu Konstytucyjnego mówiące, że ustawodawstwo dotyczące ubezpieczeń zdrowotnych wykluczające lub znacznie ograniczające wpływ narzędzi ekonomii rynkowej i stąd ograniczające konkurencję jest możliwe do przyjęcia jako zgodne z przepisami konstytucji.

<sup>(35)</sup> Dochodzenie prowadzone przez Urząd Antymonopolowy w związku z proponowanym połączeniem SZP i VZP, zakończone w dniu 3 grudnia 2009 r. Zob. również sprawozdanie roczne z 2009 r. Urzędu Antymonopolowego, dostępne pod adresem <http://www.antimon.gov.sk/data/att/958.pdf>.

- (73) Oprócz stwierdzenia, że działalność dotycząca obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych na Słowacji wykracza poza zakres reguł konkurencji, władze słowackie utrzymują, że wspomniane środki nie mają pozostałych cech pomocy państwa zgodnie z art. 107 ust. 1 Traktatu. W tym kontekście stwierdzają, że dokapitalizowanie w 2006 r. i 2009 r. nie stanowiło pomocy, ponieważ przestrzegane były zasady inwestora w gospodarce rynkowej. Następnie zaprzeczają, że dopuściły się nieuzasadnionego dyskryminującego traktowania w procesie spłaty zadłużenia przez Veritel, oraz utrzymują, że w 2006 r. nie przyznano VZP dotacji, ale była to normalna zapłata za niesporne zobowiązania przez państwo. Władze słowackie podają szczegółowe informacje o przeniesieniu portfeli z DZP do VZP oraz z EZP do SZP i stwierdzają, że również te przeniesienia nie zapewniły SZP/VZP selektywnej przewagi zgodnie z art. 107 ust. 1 Traktatu. I wreszcie władze słowackie podają również dalsze informacje o RES, wyjaśniając w szczególności, w jaki sposób redystrybuowane były składki (miesięcznie i rocznie) w latach 2006–2012, oraz argumentują, że także tego środka nie można zakwalifikować jako pomocy państwa, ponieważ służy on do wyrównywania ryzyka w systemie, powstałego w wyniku jednolitych składek dla wszystkich grup osób ubezpieczonych o różnym stopniu ryzyka.
- (74) Władze słowackie poświęciły miejsce w swoich uwagach do decyzji o wszczęciu postępowania na obronę swojego stanowiska, że SZP/VZP z powodu nieprowadzenia działalności ekonomicznej nie są przedsiębiorstwami oraz że omawiane środki są zgodne z zasadami inwestora w gospodarce rynkowej i nie zapewniają SZP/VZP żadnej przewagi, stąd nie stanowią pomocy. Dlatego nie uznano za konieczne przedstawienie jakichkolwiek argumentów za zgodnością domniemych środków pomocy.

## 7. OCENA ŚRODKÓW POMOCY

- (75) Artykuł 107 ust. 1 Traktatu stwierdza, że „[...] wszelka pomoc przyznawana przez państwo członkowskie lub przy użyciu zasobów państwowych w jakiegokolwiek formie, która zakłóca lub grozi zakłóceniem konkurencji poprzez sprzyjanie niektórym przedsiębiorstwom lub produkcji niektórych towarów, jest niezgodna z rynkiem wewnętrznym w zakresie, w jakim wpływa na wymianę handlową między państwami członkowskimi”.
- (76) Na podstawie art. 107 ust. 1 Traktatu zasady pomocy państwa mają zastosowanie wyłącznie tam, gdzie beneficjent środka stanowi „przedsiębiorstwo”. Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej („TSUE”) określa przedsiębiorstwo do celów art. 107 ust. 1 Traktatu jako dowolny podmiot zaangażowany w działalność ekonomiczną, bez względu na jego status prawny czy sposób finansowania<sup>(36)</sup>. Kwalifikacja określonego podmiotu jako przedsiębiorstwa zależy więc całkowicie od ekonomicznego lub nieekonomicznego charakteru jego działalności.
- (77) Jak wyjaśniono w decyzji o wszczęciu postępowania, kwestia, czy środki przyznane na rzecz SZP/VZP stanowią pomoc państwa, zależy zatem najpierw od tego, czy i w jakim zakresie SZP/VZP działają w ramach słowackiego obowiązkowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych jako przedsiębiorstwa, można bowiem uznać, że są one zaangażowane w działalność ekonomiczną według definicji orzecznictwa.
- (78) W opinii TSUE działalność ekonomiczną może stanowić dowolna działalność polegająca na oferowaniu towarów lub usług na danym rynku<sup>(37)</sup>. W tym kontekście pytanie, czy istnieje rynek pewnych usług, może zależeć od konkretnego sposobu, w jaki te usługi są zorganizowane i świadczone w danym państwie członkowskim<sup>(38)</sup>. Zasady pomocy państwa mają zastosowanie wyłącznie wtedy, gdy dana działalność jest prowadzona w środowisku rynkowym. Ekonomiczny charakter tego samego rodzaju usługi może zatem być odmienny w poszczególnych państwach członkowskich. Ponadto z powodu politycznych wyborów czy wydarzeń ekonomicznych kwalifikacja danej usługi może się zmienić wraz z upływem czasu. Działalność, która nie ma obecnie charakteru rynkowego, może zyskać taki charakter w przyszłości lub go utracić<sup>(39)</sup>.
- (79) W odniesieniu do świadczenia opieki zdrowotnej kwalifikacja systemów jako działalności ekonomicznej zależy od ich politycznej i ekonomicznej specyfiki oraz od konkretnego sposobu ich tworzenia oraz organizacji w danym państwie członkowskim. W istocie orzecznictwo TSUE rozróżnia systemy oparte na zasadzie solidarności i systemy ekonomiczne<sup>(40)</sup>.

<sup>(36)</sup> Zob. np. sprawy połączone od C-180/98 do C-184/98 Pavlov i in., Rec. 2000, s. I-6451, pkt 74.

<sup>(37)</sup> Sprawa 118/85 Komisja przeciwko Włochom, Rec. 1987 s. 2599, pkt 7, sprawa C-35/96 Komisja przeciwko Włochom, Rec. 1998 s. I-3851, pkt 36, sprawy połączone od C-180/98 do C-184/98 Pavlov i in., pkt 75.

<sup>(38)</sup> Sprawy połączone C-159/91 i C-160/91 Poucet i Pistre, Rec. 1993 s. I-637.

<sup>(39)</sup> Zob. również komunikat Komisji w sprawie stosowania zasad Unii Europejskiej w dziedzinie pomocy państwa w odniesieniu do rekompensaty z tytułu usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym („Komunikat UOIG z 2012 r.”), (Dz.U. C 8 z 11.1.2012, s. 5), pkt 12.

<sup>(40)</sup> Komisja podsumowała właściwe orzecznictwo TSUE w odniesieniu do użycia tych zasad w zakresie finansowania zabezpieczenia społecznego i systemów opieki zdrowotnej w swoim komunikacie z 2012 r. w sprawie stosowania zasad Unii Europejskiej w dziedzinie pomocy państwa w odniesieniu do rekompensaty z tytułu usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym („Komunikat UOIG z 2012 r.”).

- (80) W orzecznictwie TSUE wykorzystuje się szereg kryteriów do ustalenia, czy system zabezpieczenia społecznego opiera się na zasadach solidarności, a zatem nie jest związany z działalnością ekonomiczną. W tym względzie może być istotnych kilka czynników: (i) czy przystąpienie do systemu jest obowiązkowe <sup>(41)</sup>; (ii) czy system służy wyłącznie celowi społecznemu <sup>(42)</sup>; (iii) czy system jest niedochodowy <sup>(43)</sup>; (iv) czy świadczenia są niezależne od wpłaconych składek <sup>(44)</sup>; (v) czy kwota płaconych świadczeń nie musi być proporcjonalna do wynagrodzeń osób ubezpieczonych <sup>(45)</sup> oraz (vi) czy system jest nadzorowany przez państwo <sup>(46)</sup>.
- (81) W przeciwieństwie do systemów opartych na zasadzie solidarności systemy ekonomiczne zwykle mają następujące cechy: (i) opcjonalne członkostwo <sup>(47)</sup>; (ii) zasada kapitalizacji – tj. zależność uprawnień od płaconych składek oraz wyników finansowych programu <sup>(48)</sup>; (iii) ukierunkowanie na osiągnięcie zysków <sup>(49)</sup>; oraz (iv) oferowanie uprawnień, które stanowią uzupełnienie świadczeń z systemu podstawowego <sup>(50)</sup>.
- (82) Pewne systemy łączą w sobie elementy z obydwu kategorii (systemów opartych na solidarności i systemów ekonomicznych) <sup>(51)</sup>, więc w celu stwierdzenia ekonomicznego lub nieekonomicznego charakteru danego systemu Komisja musi zweryfikować obecność w nim każdego z elementów wymienionych w dwóch poprzednich motywach i określić odpowiednio ich wagę <sup>(52)</sup>.
- (83) Ostateczna decyzja, czy oferowanie obowiązkowych usług ubezpieczeń zdrowotnych w Republice Słowackiej stanowi działalność ekonomiczną lub nieekonomiczną, będzie zatem zależała od dokładnej analizy konkretnego sposobu organizacji i prowadzenia działalności w tym państwie członkowskim oraz będzie odpowiednia dla panującego w nim obowiązkowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. W świetle omówionych ogólnych spostrzeżeń Komisja oceni, czy kwestionowane środki rzekomo przyznane SZP/VZP stanowią pomoc państwa jako środki przyznane „przedsiębiorstwu” w rozumieniu art.107 ust. 1 Traktatu.
- (84) Kilka czynników wskazuje na nieekonomiczny charakter słowackiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, w szczególności odnośnie do cech i celów społecznych, które przeważają w działalności tego systemu, a system jest w głównej części oparty na zasadzie solidarności.
- (85) Po pierwsze, udział w publicznym programie ubezpieczeń zdrowotnych jest wymagany prawem w wypadku większości mieszkańców Republiki Słowackiej, a usługi medyczne objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym są świadczone bez względu na wysokość składek opłaconych przez osobę ubezpieczoną. Osoba ubezpieczona ma swobodny wybór zakładu ubezpieczeń zdrowotnych oraz, w ramach obowiązku otwartego uczestnictwa, wybrany zakład nie może odmówić takiej osobie ubezpieczenia ze względu na wiek, stan zdrowia czy ryzyko chorobowe <sup>(53)</sup>.

<sup>(41)</sup> Sprawy połączone C-159/91 i C-160/91 Poucet i Pistre, Rec. 1993 s. I-637, pkt 13.

<sup>(42)</sup> Sprawa C-218/00 Cisal i INAIL, Rec. 2002 s. I-691, pkt 45.

<sup>(43)</sup> Sprawy połączone C-264/01, C-306/01, C-354/01 i C-355/01 AOK Bundesverband, Zb.Orz. 2004 s. I-2493, pkt 47–55.

<sup>(44)</sup> Sprawy połączone C-159/91 i C-160/91 Poucet i Pistre (cytowane powyżej), pkt 15–18.

<sup>(45)</sup> Sprawa C-218/00 Cisal i INAIL (cytowana powyżej), pkt 40.

<sup>(46)</sup> Sprawy połączone C-159/91 i C-160/91 Poucet i Pistre (cytowane powyżej), pkt 14, sprawa C-218/00 Cisal i INAIL (cytowane powyżej), pkt 43–48, sprawy połączone C-264/01, C-306/01, C-354/01 i C-355/01 AOK Bundesverband (cytowane powyżej), pkt 51–55.

<sup>(47)</sup> Sprawa C-67/96 Albany, Rec. 1999 s. I-5751, pkt 80–87.

<sup>(48)</sup> Sprawa C-244/94 FFSA i in. (cytowana powyżej), pkt 9 i 17–20, sprawa C-67/96 Albany (cytowana powyżej), pkt 81–85. Zob. również sprawy połączone od C 115/97 do C 117/97 Brentjens, Rec. 1999 s. I 6025, pkt 81–85, sprawa C 219/97 Drijvende Bokken, Rec. 1999 s. I 6121, pkt 71–75 oraz sprawy połączone od C-180/98 do C-184/98 Pavlov (cytowane powyżej), pkt 114 i 115.

<sup>(49)</sup> Sprawy połączone od C 115/97 do C 117/97 Brentjens (cytowane powyżej).

<sup>(50)</sup> Sprawy połączone od C -180/98 do C-184/98 Pavlov i in. (cytowane powyżej).

<sup>(51)</sup> Zob. np. sposób określania wagi zastosowany przez Trybunał Sprawiedliwości w sprawie C-350/07 Kattner Stahlbau, Zb.Orz. 2009 s. I-1513, w szczególności pkt 33–68.

<sup>(52)</sup> W tym względzie należy również zauważyć, że najnowszy wyrok (T-347/09 Niemcy przeciwko Komisji, wyrok z dnia 12 września 2013 r., jeszcze nieopublikowany) wspomniany przez ubezpieczyciela Dôvera w uwagach do decyzji o wszczęciu postępowania jedynie potwierdza fakt, że organizacje niedochodowe mogą także oferować towary i usługi na rynku (zob. również komunikat UOIG z 2012 r., pkt 9 odnoszący się do orzecznictwa). Nie zmienia to jednak faktu, że wniosek co do ekonomicznego lub nieekonomicznego charakteru działalności w danej sprawie należy oprzeć na stwierdzeniu obecności i określeniu wagi każdego ze wspomnianych elementów.

<sup>(53)</sup> Zob. motywy 23–25.

- (86) Po drugie, słowackie obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne jest oparte na składkach ustalonych w przepisach proporcjonalnie do dochodów ubezpieczonego, a nie do ryzyka dotyczącego ubezpieczonego (związanego z wiekiem, stanem zdrowia, ryzykiem zachorowania osoby ubezpieczonej). Ponadto brak jest bezpośredniego powiązania między kwotą składek wpłaconych przez daną osobę do systemu a wartością świadczeń otrzymanych przez tę osobę z systemu. W konsekwencji zakłady ubezpieczeniowe nie mają możliwości wpływania ani na kwotę składek, ani na minimalny poziom ochrony, do którego są uprawnione osoby ubezpieczone, ponieważ te kwestie są ustalone w prawodawstwie krajowym.
- (87) Po trzecie, prawo gwarantuje wszystkim ubezpieczonym ten sam podstawowy poziom świadczeń, które w rzeczywistości jest bardzo wysoki, gdyż obejmuje niemal wszystkie procedury medyczne wykonywane w Republice Słowackiej, co oznacza, że za pośrednictwem obowiązkowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych jest praktycznie świadczona całość opieki zdrowotnej<sup>(54)</sup>. Słowacki system wyrównywania ryzyka (RES) zapewnia podział ryzyka ubezpieczeniowego i dlatego jeszcze bardziej uwypukla znaczenie solidarności. W dodatku system słowacki narzuca zasadę kalkulowania stawki ze względu na ryzyko grupowe, to znaczy ubezpieczycielom nie zezwala się na różnicowanie składek według ryzyka ubezpieczenia, jednocześnie wyrównywanie ryzyka umożliwia częściową rekompensatę na rzecz tych ubezpieczycieli, których portfel obejmuje profil demograficzny o większym ryzyku, przez redystrybucję środków od ubezpieczycieli wypłacających świadczenia poniżej przeciętnej do tych wypłacających osobom ubezpieczonym wyższe świadczenia niż przeciętna<sup>(55)</sup>.
- (88) I wreszcie Komisja przypomina, że oprócz posiadania wszystkich wymienionych cech społecznych i solidarnościowych słowackie obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne są zorganizowane i prowadzone w wyraźnie wyznaczonych ramach regulacyjnych: status, prawa i obowiązki wszystkich zakładów ubezpieczeń zdrowotnych są ustanowione ustawami określającymi szczegółowe warunki, a same zakłady działają pod ścisłym nadzorem państwa<sup>(56)</sup>.
- (89) Na podstawie tych cech Komisja wnioskuję, że słowacki obowiązkowy system ubezpieczeń zdrowotnych ma charakter nieekonomiczny, zatem SZP/VZP nie można uznać za „przedsiębiorstwo” w rozumieniu art. 107 ust. 1 Traktatu<sup>(57)</sup>.
- (90) Komisja uznaje, że pewne cechy słowackiego obowiązkowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych mogą wskazywać na ekonomiczny charakter działalności prowadzonej w jego ramach: (i) obecność kilku podmiotów ubezpieczeniowych (publicznych i prywatnych) w słowackim sektorze obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych; (ii) pewien zakres konkurencji między tymi ubezpieczycielami, którzy są (iii) zaangażowani w działalność niedochodową; oraz (iv) fakt, że działalność została uznana przez słowacki Sąd Konstytucyjny za otwartą na konkurencję. Niemniej Komisja jest zdania, że obecność tych cech nie podważa wniosku, że obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne na Słowacji nie są związane z działalnością ekonomiczną.
- (91) Po pierwsze Komisja uważa, że istnienie kilku (publicznych i prywatnych) podmiotów aktywnych w sektorze obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych nie nadaje charakteru ekonomicznego ich działalności w systemie, w którym, jak wyjaśniono w motywach 85–87, dominują cechy i cele społeczne, główne miejsce w działaniu tego systemu zajmuje zasada solidarności, a nad systemem państwo sprawuje ścisły nadzór. Taka interpretacja powodowałaby nadanie nieproporcjonalnego znaczenia wybranej przez państwo członkowskie organizacji działania systemu zabezpieczenia społecznego, a nie istocie omawianego systemu<sup>(58)</sup>.
- (92) Po drugie, z orzecznictwa TSUE wynika, że również pozostawienie miejsca na konkurencję w systemie ubezpieczeń zdrowotnych i rzeczywiste jej występowanie, nawet jeśli takie było zamierzenie ustawodawcy, potwierdzone sądownie, nie musi nadać omawianej działalności charakteru ekonomicznego. TSUE wyjaśnił, że w wypadku wyciągania wniosku o ekonomicznym lub nieekonomicznym charakterze działalności w ustawowym systemie ubezpieczeń zdrowotnych, takim jak system słowacki, w którym istnieje pewna swoboda konkurencji,

<sup>(54)</sup> Zob. motywy 26–29.

<sup>(55)</sup> Zob. motywy 23–25.

<sup>(56)</sup> Zob. motyw 32.

<sup>(57)</sup> Cechy słowackiego obowiązkowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych są podobne do cech niemieckiego ustawowego, publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych poddanego ocenie TSUE w sprawach połączonych C-264/01, C-306/01, C-354/01 i C-355/01 AOK Bundesverband. TSUE uznał, że system niemiecki ma charakter nieekonomiczny, i zauważył w szczególności, że niemieckie fundusze zdrowotne zostały zmuszone przepisami do oferowania ich członkom w zasadzie takich samych świadczeń obowiązkowych, ustalonych przez państwo, niezależnie od kwoty składek zapłaconych przez osoby ubezpieczone. Fundusze te nie stanowią zatem dla siebie konkurencji w zakresie przyznawania ustawowych, obowiązkowych świadczeń i uczestniczą w systemie wyrównywania ryzyka (zob. pkt 52–54 wspomnianego wyroku).

<sup>(58)</sup> Zob. również sprawa C-350/07 Kattner Stahlbau (cytowana powyżej), pkt 53, w szczególności opinia rzecznika generalnego Jana Mazaka w tej sprawie (pkt 59).

decydujące są charakter i zakres tej konkurencji, okoliczności, w jakich się ona ujawnia, oraz obecność i waga pozostałych stosownych czynników<sup>(59)</sup>. W omawianej sprawie ten rodzaj konkurencji, który najbardziej interesuje konsumentów – konkurencja cenowa w odniesieniu do poziomu składek – jest wykluczony, ponieważ słowaccy ubezpieczyciele zdrowotni nie mogą modyfikować poziomu składek ubezpieczonego, jako że są one ustalane przepisami. Ponadto zasięg konkurencji jakościowej jest raczej ograniczony, słowacki obowiązkowy system ubezpieczeń zdrowotnych przewiduje bowiem szeroki zakres świadczeń ustawowych jednakowych dla wszystkich osób ubezpieczonych, pozostawiając w ten sposób ubezpieczycielom niewiele miejsca na konkutowanie o klientów na podstawie oferty dodatkowych (ponadstandardowych) uprawnień. Ubezpieczyciele zdrowotni nie mają zatem możliwości wywierania wpływu na świadczenia ustawowe i dlatego nie stanowią dla siebie nawzajem konkurencji odnośnie do przyznawania obowiązkowych, ustawowych świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej, co stanowi ich główną funkcję.

- (93) Po trzecie, Komisja uznaje, że na nieekonomiczny charakter działalności dotyczącej obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych nie ma wpływu fakt zaangażowania zakładów ubezpieczeniowych w konkutowanie o jakość oraz o efektywne zamówienia poprzez zakupy usług zdrowotnych i innych usług powiązanych dobrej jakości po konkurencyjnych cenach. W ten sposób zakłady ubezpieczeniowe, poprzez działania niepowiązane z umowami zawieranymi z osobami ubezpieczonymi w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, pozyskują wpływy niezbędne do spełniania swojej roli w systemie. Z orzecznictwa TSUE wynika, że jeśli system obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych z powodu jego nieodłącznych cech ma charakter nieekonomiczny, wówczas działalność związana z pozyskiwaniem wpływów koniecznych do działania tego systemu ma również charakter nieekonomiczny<sup>(60)</sup>.
- (94) Po czwarte, fakt, że regulacja obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych na Słowacji pozwala ubezpieczycielom na wypracowywanie zysków oraz podział pewnych zysków między udziałowców, nie zmienia nieekonomicznego charakteru ich działalności, ponieważ jest ona prowadzona w systemie o wyraźnej obecności wszystkich wyżej wymienionych cech, które wskazują na jego nieekonomiczny charakter. Wyłączny fakt, że ubezpieczycielom zdrowotnym zezwala się na wypracowywanie zysków i podział pewnych zysków, nie może podważać dominujących cech i celów społecznych systemu, głównej roli zasady solidarności, a także ścisłego zakresu regulacji oraz nadzoru przez państwo nad działaniem tego systemu. W odniesieniu do regulacji przez państwo Komisja przypomina, że możliwość wypracowywania, wykorzystywania i podziału zysków jest ograniczona zobowiązaniami prawnymi nałożonymi przez państwo na słowackie zakłady ubezpieczeniowe, których zadaniem jest zapewnienie rentowności i ciągłości obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych ze wszystkimi dominującymi celami społecznymi oraz solidarnościowymi<sup>(61)</sup>. Swoboda wypracowywania, wykorzystywania i podziału zysków jest zatem znacznie bardziej ograniczona w sektorze słowackich obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych niż w normalnych sektorach komercyjnych oraz podporządkowana osiągnięciu celów społecznych i solidarnościowych.
- (95) W rezultacie z powodu ograniczonego charakteru konkurencji wprowadzonej w słowackim obowiązkowym systemie ubezpieczeń zdrowotnych (tj. tylko konkurencja jakościowa w zawężonym zakresie i całkowity brak konkurencji cenowej), jak również ograniczeń w zakresie wypracowywania i wykorzystywania zysków, elementy konkurencji oraz ukierunkowanie na osiągnięcie zysków, obecne w słowackim systemie obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, nie podważają dominujących społecznych, solidarnościowych i regulacyjnych cech wskazujących na nieekonomiczny charakter działalności prowadzonej przez zakłady ubezpieczeń zdrowotnych w tym systemie. Raczej elementy konkurencji i ukierunkowanie na osiągnięcie zysków obecne w słowackim systemie obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych powinny być uznane za dążenie do podstawowego celu, jakim jest zachęcenie zakładów ubezpieczeniowych do działania zgodnie z zasadami prawidłowego zarządzania w interesie właściwego funkcjonowania systemu zabezpieczeń społecznych i w ten sposób przyczynienie się do osiągnięcia celów społecznych oraz solidarnościowych tego systemu<sup>(62)</sup>.
- (96) Wreszcie Komisja uważa, że uznanie przez słowacki Sąd Konstytucyjny (w ramach oceny możliwego naruszenia prawa zgodnie z postanowieniami konstytucji słowackiej do prowadzenia działalności gospodarczej) faktu „włączenia w obszar konkurencji” słowackiego obowiązkowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, nie oznacza, że ten system obejmuje działalność o charakterze ekonomicznym w rozumieniu zasad pomocy państwa. W tej sprawie słowacki Sąd Konstytucyjny został poproszony o zweryfikowanie, czy zakaz ustawodawczy z 2007 r. podziału zysku przez zakłady ubezpieczeń zdrowotnych był zgodny z postanowieniami konstytucji słowackiej (naruszenie prawa własności, ochrony własności oraz prawa do prowadzenia działalności gospodarczej) oraz

<sup>(59)</sup> Komisja przypomina w tym względzie, że nawet zaangażowanie niemieckich funduszy zdrowotnych, opisanych w sprawie AOK (w sprawach połączonych C-264/01, C-306/01, C-354/01 i C-355/01 AOK Bundesverband), w konkurencję cenową poprzez zróżnicowane składki członków w pewnym zakresie, nie podważa stanowiska Trybunału, że fundusze te nie prowadzą działalności ekonomicznej. Według TSUE wprowadzenie elementu konkurencji w odniesieniu do składek w celu zachęcenia funduszy zdrowotnych do działania zgodnie z zasadami prawidłowego zarządzania, to znaczy w najbardziej efektywny i najmniej kosztowny sposób, leżało w interesie odpowiedniego funkcjonowania niemieckiego systemu zabezpieczenia społecznego. W opinii TSUE dążenie do tego celu w żaden sposób nie zmienia charakteru działalności funduszy zdrowotnych (zob. pkt 56 wspomnianego wyroku).

<sup>(60)</sup> Zob. sprawa T-319/99 FENIN, Rec. 2003 s. II-357 (w szczególności pkt 37).

<sup>(61)</sup> Motywy 84–88.

<sup>(62)</sup> Również w świetle głównego celu (efektywności) reformy wspomnianej w motywie 13.

zgodny z art. 18, 49, 54 i 63 Traktatu. Słowacki Sąd Konstytucyjny orzekł, że ten zakaz narusza postanowienia konstytucji słowackiej, i dlatego nie ma powodu do omawiania istotnych elementów reguł rynku wewnętrznego UE czy wydania orzeczenia na temat ich ewentualnego naruszenia.

- (97) Uwzględniając na tym tle szczególne aspekty bieżącej sprawy oraz obecność i wagę odpowiednich wskaźników, działalności dotyczącej obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych zorganizowanej i prowadzonej w sposób taki jak na Słowacji nie można uznać za działalność ekonomiczną.
- (98) W świetle powyższego Komisja stwierdza, że SZP/VZP, jako odbiorców kwestionowanych środków, nie można uznać za przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 Traktatu, i w związku z tym środki te nie stanowią pomocy państwa w rozumieniu tego postanowienia.
- (99) Dlatego też nie ma potrzeby analizowania innych warunków istnienia pomocy państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE ani oceny zgodności kwestionowanych środków.

#### 8. PODSUMOWANIE

- (100) W świetle powyższych rozważań Komisja stwierdza, że kwestionowane środki nie stanowią pomocy państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 Traktatu,

PRZYJMUJE NINIEJSZĄ DECYZJĘ:

#### Artykuł 1

Niżej wymienione środki przyznane przez Republikę Słowacką na rzecz Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (SZP) i/lub Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VZP) nie stanowią pomocy w rozumieniu art. 107 ust. 1 Traktatu:

- a) zwiększenie kapitału SZP o 450 mln SKK pomiędzy dniem 28 listopada 2005 r. a dniem 18 stycznia 2006 r.;
- b) spłata zadłużenia SZP za pośrednictwem agencji Veritel' a. s. w latach 2003–2006;
- c) dotacja przyznana SZP przez Ministerstwo Zdrowia w 2006 r.;
- d) zwiększenie kapitału VZP o 65,1 mln EUR w dniu 1 stycznia 2010 r.;
- e) system wyrównywania ryzyka ustanowiony na mocy przepisów części 3 ustawy nr 580/2004 oraz
- f) przeniesienie portfeli likwidowanych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych, w szczególności zakładu Družstevná zdravotná poisťovňa do VZP oraz z Európská zdravotná poisťovňa do SZP.

#### Artykuł 2

Niniejsza decyzja skierowana jest do Republiki Słowackiej.

Sporządzono w Brukseli dnia 15 października 2014 r.

W imieniu Komisji  
Joaquín ALMUNIA  
Wiceprzewodniczący