

V

(Ogłoszenia)

POSTĘPOWANIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ POLITYKI KONKURENCJI

KOMISJA EUROPEJSKA

POMOC PAŃSTWA – REPUBLIKA SŁOWACKA

Pomoc państwa SA.23008 (2013/C) (ex 2013/NN) Domniemana pomoc państwa na rzecz Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s (SZP) oraz Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s (VZP)

Zaproszenie do zgłaszania uwag zgodnie z art. 108 ust. 2 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

(2013/C 278/03)

Pismem z dnia 2 lipca 2013 r., zamieszczonym w autentycznej wersji językowej na stronach następujących po niniejszym streszczeniu, Komisja powiadomiła Republikę Słowacką o swojej decyzji w sprawie wszczęcia postępowania określonego w art. 108 ust. 2 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej dotyczącego wyżej wspomnianego środka pomocy.

Zainteresowane strony mogą zgłaszać uwagi w terminie jednego miesiąca od daty publikacji niniejszego streszczenia i następującego po nim pisma. Uwagi należy kierować do Kancelarii ds. Pomocy Państwa w Dyrekcji Generalnej ds. Konkurencji Komisji Europejskiej na następujący adres:

European Commission
Directorate-General for Competition
Directorate F
State Aid Greffe
MADO 12/063
1049 Bruxelles/Brussel
BELGIQUE/BELGIË

Faks: +32 2 296 12 42
E-mail: stateaidgreffe@ec.europa.eu

Otrzymane uwagi zostaną przekazane Republice Słowackiej. Zainteresowane strony zgłaszające uwagi mogą wystąpić z odpowiednio uzasadnionym pisemnym wnioskiem o objęcie ich tożsamości klauzulą poufności.

PROCEDURA

Pismem z dnia 2 kwietnia 2007 r. Komisja otrzymała skargę od słowackiego prywatnego zakładu ubezpieczeń zdrowotnych Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s (zwanego dalej „Dôvera”) w sprawie domniemanej pomocy państwa na rzecz państwowego ubezpieczyciela zdrowotnego Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s. (zwanego dalej „SZP”).

W dniu 21 sierpnia 2009 r. Komisja wysłała odpowiednie wezwanie do udzielenia informacji. Pismem z dnia 24 września

2009 r. władze słowackie przekazały wymagane informacje. Pismem z dnia 18 marca 2008 r. Komisja poinformowała skarżącego o bieżącej sytuacji.

Pismem z dnia 26 lutego 2010 r. Komisja wystąpiła do władz słowackich o przekazanie dalszych informacji. Pismem z dnia 9 lipca 2010 r. władze słowackie przekazały wymagane informacje.

W dniu 15 lipca 2011 r. Dôvera przekazał dodatkowe informacje dotyczące charakteru rynku ubezpieczeń zdrowotnych na Słowacji oraz dodatkowych środków przyjętych przez Republikę Słowacką na rzecz SZP oraz zakładu Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s (zwanego dalej „VZP”, drugiego, państwowego ubezpieczyciela zdrowotnego, który połączył się z SZP w dniu 1 stycznia 2010 r.).

Pismem z dnia 6 września 2011 r. Komisja wezwała władze słowackie do przekazania uwag na temat skargi dotyczącej wspomnianych środków dodatkowych. Pismem z dnia 11 listopada 2011 r. władze słowackie przekazały wymagane informacje.

W dniu 16 stycznia 2012 r. Dôvera przekazał wymagane informacje dotyczące kształtu rynku ubezpieczeń zdrowotnych na Słowacji.

ŚRODKI BĘDĄCE PRZEDMIOTEM OCENY

W 2007 r. Komisja otrzymała skargę od ubezpieczyciela Dôvera w sprawie domniemanej pomocy państwa na rzecz SZP w formie zwiększenia kapitału zakładowego SZP o 450 mln SKK (około 15 mln EUR) w dniu 26 stycznia 2006 r. W lipcu 2011 r. skarżący poszerzył zakres skargi o następujące, dodatkowe środki pomocy państwa na rzecz SZP i VZP: i) spłatę zadłużenia SZP przez państwowe przedsiębiorstwo Veriteľ w latach 2004–2005 w formie dwóch płatności 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 czasie trwania dochodzenia wstępnego dotyczącego wyżej wspomnianych środków, których dotyczyła skarga, Komisja dowiedziała się również o innych, potencjalnych źródłach dochodu SZP i VZP, tzn. (i) o rekompensatach przyznanych SZP lub VZP z systemu wyrównywania ryzyka (RES) obecnie istniejącego w słowackim systemie obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz (ii) o bezpośrednim przeniesieniu do SZP/VZP kilku portfeli innych przedsiębiorstw oferujących ubezpieczenia zdrowotne (według informacji dostępnych w 1999 r., 2005 r. i 2009 r.) bez zastosowania otwartej i przejrzystej procedury konkurencyjnej.

W ramach formalnego postępowania wyjaśniającego Komisja dokona oceny wszelkich odnośnych środków publicznych przekazanych SZP i VZP, o których wie w chwili obecnej, w tym: zwiększenia kapitału SZP w 2006 r., spłaty zadłużenia SZP przez Veriteľ, dotacji na rzecz SZP z 2006 r., zwiększenia kapitału VZP w 2010 r., rekompensaty z systemu wyrównywania ryzyka oraz przeniesienia portfeli do SZP i VZP.

OCENA

Władze słowackie twierdzą przede wszystkim, że słowacki obowiązkowy system ubezpieczeń zdrowotnych (zwany dalej „OSUZ”) nie korzysta z żadnej pomocy państwa, ponieważ jego działalność ma charakter nieekonomiczny ze względu na

społeczne i solidarnościowe cechy systemu. Niemniej jednak, zdaniem skarżącego, OSUZ cechują pewne elementy konkurencyjności rynkowej, które uzasadniają zastosowanie wobec niego reguł dotyczących pomocy państwa.

Komisja uważa, że połączenie cech ekonomicznych i nieekonomicznych OSUZ na Słowacji wymaga przeprowadzenia dogłębnej analizy różnych elementów tego sektora oraz roli, jaką w nim odgrywają, aby ocenić, czy ze względu na specyficzny sposób funkcjonowania OSUZ na Słowacji należy uznać, że ma on charakter ekonomiczny (od dnia 1 stycznia 2005 r.) czy też nieekonomiczny. Na podstawie aktualnie dostępnych informacji Komisja ma wątpliwości dotyczące ustalenia ekonomicznego lub nieekonomicznego charakteru omawianej działalności.

Uwzględniając dostępne na obecnym etapie informacje, należy wątpić, czy środki podlegające ocenie, o ile ich zastosowanie powodowałoby działania o charakterze ekonomicznym, można uznać za nieprzyczyniające się do powstania nienależnej przewagi na rzecz SZP/VZP. W szczególności Komisja ma wątpliwości co do tego, czy zwiększenie kapitału SZP/VZP w latach 2006 i 2010 nie naruszyło zasady inwestora rynkowego. Odnosnie do spłaty w 2006 r. zadłużenia SZP przez Veriteľ, dotacji przyznanej SZP w 2006 r. oraz bezpłatnego przeniesienia portfeli innych ubezpieczycieli zdrowotnych do SZP/VZP Komisja w chwili obecnej również nie może wykluczyć, że środki te nie mogą oznaczać przyznania selektywnej korzyści za pośrednictwem zasobów państwowych. Wreszcie, system wyrównywania ryzyka, prowadzący do podziału dochodów między zakłady ubezpieczeń zdrowotnych na mocy krajowego ustawodawstwa, może stanowić formę pomocy państwa w oparciu o utrwalone orzecznictwo i praktykę Komisji.

Ponadto, nawet jeśli rekompensata władz słowackich odnosi się do zobowiązań dotyczących usług publicznych, nałożonych na SZP i VZP, polegających na świadczeniu usług w zakresie obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, Komisja ma wątpliwości co do spełnienia czterech warunków określonych przez Europejski Trybunał Sprawiedliwości w orzeczeniu w sprawie *Altmark* (C-280/00).

W związku z tym, uwzględniając fakt, iż beneficjent prowadzi działalność konkurencyjną wobec innych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych w UE, środki podlegające ocenie mogą zostać uznane za pomoc państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE.

Komisja uważa, że system wyrównywania ryzyka mógł potencjalnie stać się istniejącą pomocą państwa w dniu 1 stycznia 2005 r. w rozumieniu przepisu określonego w art. 1 lit. b) pkt v) rozporządzenia Rady 659/1999. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę fakt, iż system wyrównywania ryzyka uległ znacznym zmianom w dniu 1 stycznia 2010 r., zmiany te spowodowały przekształcenie systemu wyrównywania ryzyka w nową pomoc w rozumieniu art. 1 lit. c) rozporządzenia proceduralnego, począwszy od tego dnia, z zastrzeżeniem, że słowacki obowiązkowy system ubezpieczeń zdrowotnych można uznać za działalność o charakterze gospodarczym.

Ponieważ środki będące przedmiotem oceny wprowadzono w życie przed formalnym zatwierdzeniem przez Komisję, jeśli środki te kwalifikują się jako pomoc państwa, władze słowackie nie dopełniły obowiązku stosowania okresu zawieszenia, o którym mowa w art. 108 ust. 3 TFUE.

Uwzględniając brak konkretnych i szczegółowych argumentów lub precyzyjnych dowodów na zgodność środków z regułami rynku wewnętrznego, na obecnym etapie procedury istnieją wątpliwości, czy środki te można uznać za zgodne z rynkiem wewnętrznym na podstawie art. 106 ust. 2 lub art. 107 ust. 3 lit. c) TFUE.

Dlatego też zgodnie z art. 4 ust. 4 rozporządzenia (WE) nr 659/1999 Komisja podjęła decyzję o wszczęciu formalnego postępowania wyjaśniającego i zaprasza osoby trzecie do zgłaszania uwag.

Zgodnie z art. 14 rozporządzenia Rady (WE) nr 659/1999 można wystąpić do beneficjenta o zwrot wszelkiej bezprawnie przyznanej pomocy.

PISMO

„Komisia si dovoľuje informovať Slovenskú republiku, že sa na základe preskúmania informácií, ktoré jej orgány Vášho štátu poskytli v súvislosti s uvedeným opatrením, rozhodla začať konanie stanovené v článku 108 ods. 2 Zmluvy o fungovaní Európskej únie (ďalej len „ZFEÚ“).

1. POSTUP

- (1) Listom z 2. apríla 2007 (A/32990) Komisia dostala podnet⁽¹⁾, ktorý predložila jedna z konkurenčných spoločností štátneho poskytovateľa zdravotného poistenia – Spoločnej zdravotnej poisťovne, a.s. (ďalej len „SZP“), Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len „poisťovňa Dôvera“), v súvislosti s údajnou štátnou pomocou poskytnutou SZP vo forme zvýšenia základného imania SZP vo výške 450 mil. SKK (približne 15 mil. EUR⁽²⁾), ktoré bolo zapísané do obchodného registra k 26. januáru 2006. Komisia listom z 18. marca 2008 informovala navrhovateľa o aktuálnom stave predmetného prípadu.
- (2) Dňa 21. augusta 2009 poslala Komisia slovenským orgánom súvisiacu žiadosť o poskytnutie informácií (D/53590). Listom z 22. septembra 2009 (A/20342) slovenské orgány požiadali o predĺženie lehoty na predloženie informácií do 25. septembra 2009 a Komisia ich žiadosti vyhovelá. Listom z 24. septembra 2009 (A/20491) slovenské orgány poskytli požadované informácie.
- (3) Listom z 26. februára 2010 (D/5818) Komisia požiadala slovenské orgány o poskytnutie ďalších informácií, pokiaľ ide o údajnú štátnu pomoc poskytnutú SZP. V tom istom liste Komisia žiadala slovenské orgány o informácie o slovenskom mechanizme zhromažďovania zdrojov a úpravy rizík – systém vyrovnávania rizík (Risk Equalisation Scheme – RES), o ktorých sa dozvedela. Listom z 25. marca 2010 (A/5189) slovenské orgány požiadali o predĺženie lehoty na predloženie doplňujúcich informácií a Komisia tejto žiadosti 31. marca 2010 (D/6532) vyhovelá. Listom zo 16. júna 2010 Komisia slovenským orgánom pripomenula povinnosť predložiť chýbajúce informácie. Listom z 9. júla 2010 (A/10762) slovenské orgány poskytli požadované informácie.
- (4) Listom zo 4. novembra 2010 (D/9915) Komisia požiadala slovenské orgány o predloženie verzie časti materiálov poskytnutých 6. júla 2010, ktorá nemá dôverný charakter. Listom z 3. decembra 2010 (2010/116457) slovenské orgány poskytli požadované informácie.
- (5) Dňa 1. januára 2010 sa SZP zlúčila s druhým štátnym poskytovateľom zdravotného poistenia v Slovenskej republike, so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, a.s. (ďalej len „VŠZP“).
- (6) Dňa 14. októbra 2010 a 15. marca 2011 sa konali dve stretnutia Komisie so zástupcami poisťovne Dôvera s cieľom prerokovať predmet podnetu, ako aj fungovanie trhu zdravotného poistenia v Slovenskej republike.
- (7) Dňa 15. júla 2011 poisťovňa Dôvera poskytla doplňujúce informácie o povahe trhu zdravotného poistenia v Slovenskej republike a o dodatočných opatreniach prijatých zo strany Slovenskej republiky v prospech SZP a VŠZP, ktoré údajne takisto predstavujú nezákonnú štátnu pomoc. Navrhovateľ tak rozšíril rozsah svojich predchádzajúcich tvrdení o tieto dodatočné opatrenia v prospech SZP a VŠZP: i) splatenie dlhu SZP štátnou spoločnosťou Veriteľ, a.s. v rokoch 2004 – 2005 v dvoch splátkach vo výške 52,7 mil. EUR a 28 mil. EUR; ii) dotácia poskytnutá SZP v roku 2006 ministerstvom zdravotníctva vo výške 7,6 mil. EUR a iii) štátom financované zvýšenie základného imania VŠZP k 1. januáru 2010 vo výške 65,1 mil. EUR.
- (8) Listom zo 6. septembra 2011 (2011/88155) Komisia vyzvala slovenské orgány, aby uviedli svoje pripomienky k podnetu rozšírenému o dodatočné opatrenia.
- (9) Listom z 12. októbra 2011 (2011/109188) slovenské orgány podali žiadosť o predĺženie lehoty na predloženie pripomienok, ktorej Komisia listom zo 17. októbra 2011 (2011/109707) vyhovelá. Listom z 11. novembra 2011 (2011/120441) slovenské orgány poskytli požadované informácie.
- (10) V nadväznosti na stretnutie Komisie so zástupcami poisťovne Dôvera, ktoré sa konalo 16. decembra 2011, poisťovňa Dôvera poskytla 16. januára 2012 (2012/004764) dodatočné informácie o povahe trhu zdravotného poistenia v Slovenskej republike.

2. OPIS

2.1. Opis systému zdravotného poistenia v slovenskej republike

2.1.1. Vývoj trhu povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike

- (11) Po rozdelení sa Českej a Slovenskej federatívnej republiky v roku 1993 sa všeobecný daňový systém zdravotníctva v Slovenskej republike nahradil sociálnym systémom povinného zdravotného poistenia (ďalej len „systém povinného zdravotného poistenia“ alebo „PZP“). V roku 1993 bola zriadená Národná poisťovňa na financovanie zdravotného, nemocenského a dôchodkového poistenia. Dňa 1. januára 1995 nadobudol účinnosť zákon č. 273/1994 o zdravotnom poistení, ktorým sa menil predchádzajúci unitárny systém jednej zdravotnej poisťovne na pluralitný model, ktorý umožňoval viacerým spoločnostiam poskytovať služby zdravotného poistenia v rámci systému povinného zdravotného poistenia.

⁽¹⁾ Tento podnet bol zaregistrovaný pod číslom CP 105/2007.

⁽²⁾ Výmenný kurz k 31. decembru 2008: 1 EUR = 30,126 SKK (zdroj ECB); ďalej sa všetky prepočty z SKK na EUR vykonávajú s použitím uvedeného výmenného kurzu.

Uvedeným zákonom sa zaviedol systém povinného zdravotného poistenia financovaný kombináciou príspevkov, ktoré platí pracujúce obyvateľstvo, a príspevkov, ktoré sa platia za ekonomicky neaktívnych poistencov zo štátneho rozpočtu. Systém PZP vychádzal zo zásad solidarity, nedosahovania zisku a plurality, ktoré umožnili vznik značného počtu zdravotných poisťovní⁽¹⁾. Na začiatku, v roku 1996, na Slovensku pôsobilo 13 zdravotných poisťovní. Od roku 1995 do povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike investovali aj súkromní investori (napríklad poisťovňa Dôvera)⁽²⁾. Čoskoro potom sa právne predpisy zmenili a doplnili s cieľom zaviesť prísnejšie kritériá pre zriaďovanie a prevádzku zdravotných poisťovní. Uvedené skutočnosti mali v rokoch 1995 – 2004 za následok, že niektoré zdravotné poisťovne sa zlúčili a iné zanikli.

(12) V rokoch 2004 – 2005 Slovenská republika vykonala významnú reformu zdravotníctva. Podľa viacerých správ OECD bola reforma nevyhnutná, pretože deficit vo fondoch sociálneho zabezpečenia sa od polovice 90. rokov 20. storočia do roku 2002 zvýšil na úroveň okolo 0,8 % HDP, čo malo za následok hromadenie dlhu aj u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, keďže zdravotné poisťovne uhrádzali platby oneskorene⁽³⁾. Hlavným cieľom uvedenej reformy teda zjavne bolo nahradiť štátom kontrolovaný systém zdravotníctva trhovo orientovanejším systémom.

(13) Zákonmi č. 581/2004 Z. z. a č. 580/2004 Z. z., ktoré nadobudli účinnosť 1. januára 2005, sa zmenili pravidlá prerozdelenia vybraných príspevkov na zdravotné poistenie, ale aj právna forma všetkých poisťovateľov. Následne sa päť zdravotných poisťovní, ktoré v roku 2005 pôsobili na trhu, dve z nich štátne (SZP a VŠZP) a tri v súkromnom vlastníctve, pretransformovalo z neziskových inštitúcií organizovaných ako verejnoprávne orgány na ziskové akciové spoločnosti, tzv. „a.s.“, založené podľa predpisov obchodného práva. Prostredníctvom týchto reforiem sa povinné zdravotné poistenie v Slovenskej republike pretransformovalo na ziskovú činnosť, čo zahŕňalo rozdeľovanie zisku medzi akcionárov zdravotných poisťovní tým spôsobom, že sa im umožnilo vyplácanie dividend.

(14) Ako súčasť reformy v rokoch 2004 – 2005 vznikla všetkým poisťovniam zo zákona možnosť poskytovať

okrem povinného zdravotného poistenia aj dobrovoľné zdravotné poistenie⁽⁴⁾. Dobrovoľné zdravotné poistenie sa považuje za úplne nezávislé od verejného povinného zdravotného poistenia, ktoré v Slovenskej republike tvorí súčasť systému sociálneho zabezpečenia. Zdá sa však, že dobrovoľné zdravotné poistenie je do dnešného dňa mimoriadne okrajovou záležitosťou, a to z dôvodu veľmi komplexných dávok zdravotnej starostlivosti, ktoré sú plne kryté z povinného zdravotného poistenia⁽⁵⁾.

(15) Niektoré z opatrení zavedených reformou v rokoch 2004 – 2005 boli s nástupom novej vlády v roku 2006 opäť upravované. Najmä pokiaľ ide o zdravotné poisťovne, v roku 2007 bol prijatý zákon č. 530/2007 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z.⁽⁶⁾, pričom týmto zákonom sa zdravotným poisťovniam pôsobiacim v sektore povinného zdravotného poistenia znemožňuje použitie dosiahnutý zisk inak ako na účely poskytovania zdravotnej starostlivosti na území Slovenskej republiky. V dôsledku účinnosti uvedeného zákona neboli zdravotné poisťovne v rokoch 2008 – 2011 oprávnené rozdeliť zisk svojim akcionárom.

(16) V tejto súvislosti poisťovňa Dôvera formálne predložila Európskej komisii podnet, pokiaľ ide o údajné porušovanie pravidiel vnútorného trhu, a v novembri 2009 Európska komisia poslala slovenskej vláde formálnu výzvu podľa pravidiel vnútorného trhu, v ktorej sa uvádza zistenie, že zákaz uložený zdravotným poisťovniam voľne disponovať s akýmkoľvek ziskom dosiahnutým pri poskytovaní verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike podľa § 15 ods. 6 zákona č. 581/2004 Z. z. predstavuje neodôvodnené obmedzenie voľného pohybu kapitálu, ktorý sa zaručuje v článku 56 Zmluvy o ES (teraz článok 63 ZFEÚ)⁽⁷⁾.

⁽¹⁾ Colombo, F. a Tapay N.: The Slovak Health Insurance System and the Potential Role for Private Health Insurance: Policy Challenges (Slovenský systém zdravotného poistenia a potenciálna úloha súkromného zdravotného poistenia: politické výzvy), pracovné dokumenty OECD z oblasti zdravotníctva, 2004, č. 11, OECD Publishing (<http://dx.doi.org/10.1787/561285317408>).

⁽²⁾ Podľa správy z roku 2004: Hlavačka, S., Wágner, R., Riesberg, A.: Health care systems in transition: Slovakia (Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu: Slovensko) (zv. 6 č. 10 2004), str. 36, ktorú vydalo Európske observatórium pre systémy a politiky v oblasti zdravia (dostupné na http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf).

⁽³⁾ Pozri napríklad správu OECD z roku 2011: Hüfner, F.: Increasing Public Sector Efficiency in Slovakia (Zvyšovanie efektívnosti verejného sektora na Slovensku), pracovné dokumenty oddelenia OECD pre ekonomické záležitosti, 2011, č. 839, OECD Publishing (dostupné na: <http://dx.doi.org/10.1787/5kgj310m0q0r-en>), s. 14.

⁽⁴⁾ Dobrovoľné zdravotné poistenie môže poskytovať ktorákoľvek zdravotná poisťovňa, keďže sa to umožňuje v zmysle § 6 ods. 12 zákona č. 581/2004 Z. z. pod podmienkou, že poisťovateľ splní podmienky zákona č. 8/2008 o poisťovníctve, t. j. je potrebné osobitné povolenie (povolenie udeľuje Úrad pre finančný trh Slovenskej republiky). Dobrovoľné zdravotné poistenie predstavuje priame platby na zdravotnú starostlivosť mimo základného balíka dávok, ktoré využívajú poistenci vylúčení zo systému povinného zdravotného poistenia (t. j. poistenci bez trvalého bydliska, poistenci, ktorí na území Slovenska nie sú zamestnaní, alebo poistenci s trvalým bydliskom na území Slovenskej republiky, ale so zdravotným poistením v zahraničí).

⁽⁵⁾ Podľa Národnej banky Slovenska v roku 2009 predstavovala celková výška predpísaného poistného z dobrovoľného zdravotného poistenia približne 1 mil. EUR (s podielom len 0,02 % celkových zdravotníckych výdavkov a 0,2 % celkovej výšky predpísaného poistného pre neživotné poistenie), pozri správu z roku 2011: Szalay, T.; Pažitný, P.; Szalayová, A.; Frisová, S.; Morvay, K.; Petrovič, M. a van Ginneken, E.: „Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition“ (Slovensko: Revízia systému zdravotníctva. Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu) (zv. 13 č. 2 2011), s. 78, ktorú vydalo Európske observatórium pre systémy a politiky v oblasti zdravia (dostupné na http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf).

⁽⁶⁾ Zákon č. 530/2007 Z. z. z 25. októbra 2007, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (2007) (ktorým sa zakazuje rozdelenie zisku akcionárom a ktorým sa znižuje hranica prevádzkových výdavkov zo 4 % na 3,5 %).

⁽⁷⁾ Porušenie č. 2008/4268.

(17) Dňa 26. januára 2011 vydal Ústavný súd Slovenskej republiky nález, že zákaz rozdelenia zisku akcionárom, ktorý sa zavádza zákonom č. 530/2007 Z. z., je protiústavný, a zrušil ho. V náleze sa uvádza, že v roku 2005⁽¹⁾ prešiel trh zdravotného poistenia v Slovenskej republike zásadnou reformou, že sa touto reformou zmenila predchádzajúca organizácia povinného zdravotného poistenia a že následne bola uvedená činnosť „zahrnutá do sféry hospodárskej súťaže“. V dôsledku vydania nálezu Ústavného súdu Slovenskej republiky slovenské orgány v júli 2011 vydali zákon č. 250/2011 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 530/2007 Z. z., s cieľom umožniť poskytovateľom zdravotného poistenia vykazovať a rozdeľovať (svojim akcionárom) zisk dosiahnutý v rámci činnosti povinného zdravotného poistenia, a to za určitých podmienok⁽²⁾. V nadväznosti na uvedené zmeny právnych predpisov Komisia v novembri 2011 zastavila uvedené konanie vo veci porušenia právnych predpisov o vnútornom trhu.

(18) Dňa 31. októbra 2012 slovenské orgány schválili projekt zavedenia unitárneho neziskového systému povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike, ktorý by mal byť zavedený buď prostredníctvom dobrovoľného odkúpenia súkromných zdravotných poisťovní (do 1. 1. 2014), alebo prostredníctvom ich vyvlastnenia (do 1. 7. 2014), čím by sa mala vytvoriť jediná (štátna) zdravotná poisťovňa⁽³⁾.

2.1.2. Zdravotné poisťovne v Slovenskej republike

(19) Podľa platných vnútroštátnych predpisov sa zdravotná poisťovňa vymedzuje ako akciová spoločnosť so sídlom na území Slovenskej republiky, založená na účely poskytovania povinného verejného zdravotného poistenia, ktorá túto činnosť vykonáva na základe povolenia vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“)⁽⁴⁾. V súčasnosti všetky zdravotné poisťovne v Slovenskej republike poskytujú povinné zdravotné poistenie bez ohľadu na to, či sú štátne alebo súkromné.

(20) Občania dnes majú pri výbere balíka povinného zdravotného poistenia možnosť zvoliť si medzi tromi poskytovateľmi poistenia, ktorými sú⁽⁵⁾:

⁽¹⁾ Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach a zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení.

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

⁽³⁾ <http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?Material=21664>.

⁽⁴⁾ § 2 zákona č. 581/2004 Z. z. Uvedené ustanovenie je v súčasnosti predmetom konania vo veci porušenia predpisov, ktoré začala Komisia (č. 2012/2175); formálna výzva zaslaná 23. novembra 2012, v ktorej Komisia vyslovuje podozrenie z porušenia slobody usadiť sa (článok 49 ZFEÚ) a voľného poskytovania služieb (článok 59 ZFEÚ) vzhľadom na neúplné dodržiavanie prvej a tretej smernice o neživotnom poistení (smernica 73/239/EHS, Ú. v. ES L 228, 16.8.1973, s. 3 – 19 a smernica 88/357/EHS, Ú. v. ES L 172, 4.7.1988, s. 1 – 14).

⁽⁵⁾ V roku 2009 viedlo zlúčenie poskytovateľov zdravotného poistenia k ďalšej konsolidácii trhu a zníženiu počtu poskytovateľov poistenia na troch, pozri Hüfner, F. (2011), už citované (v poznámke pod čiarou 5), s. 23.

— štátna akciová spoločnosť VŠZP, ktorá bola zriadená k 1. júlu 2005. VŠZP sa transformovala z verejnej spoločnosti VŠZP, ktorá bola zriadená 1. novembra 1994 v zmysle zákona č. 273/1994 Z. z. ako následnícka spoločnosť Správy fondu zdravotného poistenia Národnej poisťovne. V zmysle zákona č. 533/2009 Z. z. došlo 1. januára 2010 k zlúčeniu VŠZP so štátnou poisťovňou SZP. Slovenská republika je jediným akcionárom VŠZP⁽⁶⁾;

— súkromná akciová spoločnosť Dôvera zdravotná poisťovňa (ďalej len „poisťovňa Dôvera“, navrhovateľ), ktorá je vo vlastníctve investorov so sídlom v EÚ (hlavným akcionárom je stredoeurópska finančná skupina PENTA). Poisťovňa Dôvera bola zriadená k 1. októbru 2005 a k 31. decembru 2009 sa zlúčila s inou súkromnou poisťovňou („poisťovňa Apollo“). V roku 2010 bola nová poisťovňa Dôvera najväčšou súkromnou zdravotnou poisťovňou v Slovenskej republike;

— súkromná akciová spoločnosť Union zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len „poisťovňa Union“), ktorá je súkromnou poisťovňou vo vlastníctve investorov so sídlom v EÚ, zriadenou k 9. marcu 2006 (člen skupiny Achmea, predtým Eureko, so sídlom v Holandsku).

(21) Podľa dostupných informácií je vývoj trhových podielov jednotlivých poisťovní poskytujúcich povinné zdravotné poistenie v Slovenskej republike v priebehu obdobia 2008 – 2010 takýto⁽⁷⁾:

Rok	2008	2009	2010
Poisťovne	Počet poistencov (%)	Počet poistencov (%)	Počet poistencov (%)
VŠZP	55,4	55,0	66,74
SZP	13,6	12,0	V roku 2010 sa SZP zlúčila so VŠZP
Apollo	8,4	10,0	V roku 2010 sa poisťovňa Apollo zlúčila s poisťovňou Dôvera
Dôvera	16,2	16,0	26,37
Union	6,4	7,0	6,89

⁽⁶⁾ Zdá sa, že do roku 2004 štát zaručoval platobnú schopnosť VŠZP a SZP. Podľa správy z roku 2004: Hlavačka, S., Wágner, R., Riesberg, A.: *Health care systems in transition: Slovakia* (Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu: Slovensko), už citovanej (v poznámke pod čiarou 4), s. 36, by sa VŠZP a SZP dali označiť za „verejnoprávne“ inštitúcie. Ostatné tri zdravotné poisťovne (Apollo, ZP Dôvera a Sideria, pričom každá z nich v roku 2000 poisťovala približne 7 % obyvateľstva) boli „súkromné“, tzn., že ich platobnú schopnosť nezaručoval štát.

⁽⁷⁾ Číselné údaje poskytli slovenské orgány v dokumentácii predloženej 9. júla 2010.

- (22) Všetky zdravotné poisťovne sú akciovými spoločnosťami, pričom podľa predpisov upravujúcich vlastnícke práva ich akcionárom môže byť štát aj súkromný sektor. Všetky zdravotné poisťovne sú povinné splniť určité kritériá platobnej schopnosti. Keďže sa na ne vzťahujú prísne rozpočtové obmedzenia, plne zodpovedajú za akýkoľvek nedostatok finančných prostriedkov⁽¹⁾. Zdá sa, že ako súkromné akciové spoločnosti zriadené podľa všeobecnej právnej úpravy obchodných spoločností **autonómne** riadia svoje prevádzkové náklady a náklady na zdravotnú starostlivosť.
- (23) Zdravotné poisťovne môžu dosahovať a aj dosahujú **zisk**. Príjmy poisťovní v Slovenskej republike pochádzajú z príspevkov na poistenie, štátneho rozpočtu (príspevky za ekonomicky neaktívnych poistencov a dotácia na pokrytie zvýšenia nákladov na služby zdravotnej starostlivosti), z rôznych sankčných poplatkov (penále), príjmy z majetku, z darov a iných príjmov. Zisk môžu zdravotné poisťovne dosahovať napríklad zlepšením systému riadenia a vo významnej miere aj prostredníctvom rokovaní pri uzatváraní zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ako sa vysvetľuje ďalej v texte (pozri body 35 – 37). Zisk je pre zdravotné poisťovne odmenou za znášanie finančného rizika, za nákup zdravotnej starostlivosti a za správu zdravotného poistenia. Keďže percento výdavkov na zdravotnú starostlivosť nie je stanovené zákonom, majú zdravotné poisťovne veľký priestor na vyjednávanie s nemocnicami a inými partnermi s cieľom ušetriť náklady a dosiahnuť tak vyšší zisk.
- (24) V tejto tabuľke sa uvádza stručný prehľad vývoja výsledku hospodárenia zdravotných poisťovní v období 2005 – 2009⁽²⁾.

Zdravotná poisťovňa	Výsledok hospodárenia (v mil. EUR)				
	2005	2006	2007	2008	2009
VZP (štátna)	- 83	7	- 14	0	- 27
SZP (štátna)	3	7	7	0	- 11
Apollo	3	21	7	1	nevzťahuje sa
Dôvera	0	17	14	16	8
Sideria	0	14	nevzťahuje sa	nevzťahuje sa	nevzťahuje sa
Európska (EZP)	0	- 21	- 7	nevzťahuje sa	nevzťahuje sa
Union	—	- 3	- 7	- 11	- 17
Spolu	- 77	42	0	6	- 47
Celková výška príspevkov na poistenie	2 363	2 570	2 954	3 185	3 310
Výsledok hospodárenia v % príspevkov na poistenie	3,2	1,6	0,0	0,2	- 1,4

⁽¹⁾ Pozri správu z roku 2011: *Health Systems in Transition Vol. 13 No.2 2011 – Slovakia Health System Review* (Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu, zv. 13 č. 2 2011 – Slovensko: Revízia systému zdravotníctva), citované vyššie (v poznámke pod čiarou 7), s. 23.

⁽²⁾ Uvedené informácie vychádzajú zo správy z roku 2011: *Health Systems in Transition Vol.13 No.2 2011 – Slovakia Health System Review* (Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu, zv. 13 č. 2 2011 – Slovensko: Revízia systému zdravotníctva), už citovanej (v poznámke pod čiarou 7), uvádzajú sa tu údaje získané od zdravotných poisťovní za obdobie 2006 – 2010.

2.1.3. Hlavné znaky systému povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike

Sociálny cieľ a verejný záujem

- (25) Systém povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike sleduje **sociálny cieľ**, t. j. umožniť poskytovanie zdravotnej starostlivosti a udržanie životaschopného systému zdravotného poistenia. Občania majú právo na zdravotné poistenie a povinnosť byť zdravotne poistení⁽¹⁾. Slovenská republika zo zákona zodpovedá za financovanie systému zdravotnej starostlivosti, ako aj za krytie strát v sektore zdravotnej starostlivosti⁽²⁾. Zabezpečiť právo na zdravotné poistenie a na bezplatnú zdravotnú starostlivosť je ústavnou povinnosťou Slovenskej republiky⁽³⁾. Podľa slovenských orgánov sa vykonávanie povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike zdravotnými poisťovňami považuje za plnenie ústavnej povinnosti v mene štátu, ktorou je poskytovanie zdravotného poistenia občanom prostredníctvom riadenia systému povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike.
- (26) Podľa § 2 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení je vykonávanie povinného verejného zdravotného poistenia činnosťou vo verejnom záujme, pri ktorej sa vykonáva riadenie verejných finančných prostriedkov.

Povinné členstvo, slobodný vstup a spoločná tarifikácia

- (27) V súlade s ustanoveniami zákona č. 580/2004 Z. z. a zákona č. 581/2004 Z. z. je v Slovenskej republike účasť na programe verejného zdravotného poistenia **povinná** pre všetkých obyvateľov Slovenskej republiky⁽⁴⁾.
- (28) Poistenec má právo **slobodne si vybrať** zdravotnú poisťovňu. Poistenci majú právo zvoliť si zdravotnú poisťovňu podľa vlastného výberu a raz ročne môžu zdravotnú poisťovňu zmeniť. Uvedená skutočnosť je spúšťacím mechanizmom pre začatie každoročných marketingových kampaní/stratégií, počas ktorých zdravotné poisťovne investujú značné prostriedky do reklám, marketingu a prezentácií po celom Slovensku⁽⁵⁾. Modely sprá-

vania poistencov pri zmene poskytovateľa sú aktívne, keďže sa ich mobilita v priebehu času výrazne mení, pričom ju ovplyvňujú marketingové činnosti, ako aj miera, do akej poistenci uplatňujú svoje právo na slobodný výber⁽⁶⁾.

- (29) Podľa povinnosti umožniť slobodný vstup a zásady a spoločnej tarifikácie majú zdravotné poisťovne v Slovenskej republike **právny záväzok prijať** do svojho systému poistenia každého občana, ktorý o to požiada, pod podmienkou, že tento občan spĺňa právne požiadavky na uzatvorenie zdravotného poistenia v Slovenskej republike. Zdravotné poisťovne predovšetkým nemôžu poistenca odmietnuť pre jeho vek, zdravotný stav či riziko chorobnosti⁽⁷⁾ a sú povinné poskytovať základné zdravotné poistenie všetkým osobám za rovnaké ceny bez ohľadu na uvedené faktory.
- (30) Historické okolnosti, povinnosť umožniť slobodný vstup a zásada spoločnej tarifikácie môžu mať za následok situácie, keď majú jednotlivé zdravotné poisťovne portfóliá značne rozdielnej povahy z hľadiska veku, pohlavia, zdravotného stavu a rizika chorobnosti ich poistencov a z hľadiska súvisiacich poistných rizík. Systém zdravotného poistenia v Slovenskej republike preto obsahuje právnu štruktúru pre spravodlivé **rozdelenie rizika medzi zdravotné poisťovne** prostredníctvom systému vyrovnávania rizík („Risk equalisation scheme“, ďalej len „RES“). Podľa systému RES⁽⁸⁾ zdravotné poisťovne poisťujúce osoby s vyšším rizikom dostávajú finančné prostriedky od zdravotných poisťovní, ktorých portfólio sa spája s nižším rizikom, a to formou mesačného a ročného prerozdelenia príspevkov a správou prevodov podľa výpočtu, ktorý stanoví ÚDZS. Kritériami, ktoré sa v rámci systému RES uplatňujú, sú vek, pohlavie a od roku 2010 aj stav ekonomickej aktivity poistenca (pre typického „poistenca štátu“)⁽⁹⁾.

Výška príspevkov a dávok určená z príjmu poistenca

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

(1) Povinnosť mať zdravotné poistenie je stanovená zákonom pre všetky vymedzené osoby (§ 3 zákona č. 580/2004 Z. z.). Všetci občania, ktorí majú v zmysle zákona túto povinnosť, sú podľa právnych predpisov povinní odvádzať príspevky na verejné zdravotné poistenie (§ 11 zákona č. 580/2004 Z. z.). Neodvádzanie uvedených príspevkov sa pokladá za trestný čin.

(2) Konkrétne v súvislosti so zmenami právnych predpisov, prijatými v roku 2004, Slovenská republika splatila dlhy vo výške takmer 1 mld. EUR, ktoré vznikli v sektore zdravotníctva v predchádzajúcom období, a to vrátane dlhov zdravotných poisťovní v súkromnom vlastníctve (podľa informácií poskytnutých slovenskými orgánmi Komissii 9. júla 2010).

(3) V článku 40 Ústavy Slovenskej republiky sa medzi ústavne zaručenými „základnými právami a slobodami“ stanovuje: „Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“

(4) Podľa § 3 zákona č. 580/2004 Z. z. je každý občan zo zákona povinný mať zdravotné poistenie. Povinne verejne zdravotne poistená osoba je fyzická osoba, ktorá má trvalý pobyt na území Slovenskej republiky. Zákonom sa ustanovujú výnimky, ale len pre osoby zdravotne poistené v iných štátoch.

(5) Poisťovňa Dôvera vo svojom podaní zo 16. januára 2012 tvrdí, že v roku 2011 predstavovali jej výdavky na marketing viac ako 2,9 mil. EUR, pričom na získavanie klientov sa v tom istom roku zameriavalo 30 % jej zamestnancov.

(6) V novembri 2011 Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v Slovenskej republike preskúmal žiadosti o zmenu zdravotnej poisťovne v roku 2012 a v porovnaní s predchádzajúcim rokom zaznamenal nárast vo výške 94 % (pozri prezentáciu Zmeny zdravotnej poisťovne 2012, ktorú predložil navrhovateľ 16. januára 2012).

(7) § 6 ods. 9 zákona 580/2004 Z. z.

(8) Tretia časť zákona č. 580/2004 Z. z.

(9) Pre viac podrobností o systéme RES pozri bod 60 a nasledujúce.

väčšinou ekonomicky aktívnych poistencov)⁽¹⁾. Okrem „poistencov štátu“, za ktorých odvádza príspevky štát, sú všetci poistenci povinní platiť mesačné preddávky a za rok vyrovnáť akýkoľvek nedoplatok na celkovej výške poistného príspevku. Ak si poistenec túto povinnosť nesplní, má nárok len na urgentnú zdravotnú starostlivosť a zdravotná poisťovňa môže žiadať o náhradu nákladov.

- (32) Všetci občania Slovenskej republiky majú zaručenú rovnakú základnú úroveň **dávok** („základný balík dávok“). Medzi výškou príspevkov odvodených do systému a výškou poberanej dávky⁽²⁾ neexistuje žiadna priama súvislosť. Zdravotnícke služby kryté z povinného zdravotného poistenia sa poskytujú bez ohľadu na výšku príspevkov, ktoré poistenec odviezol.
- (33) Základný balík dávok povinného zdravotného poistenia pokrýva takmer všetky úkony zdravotnej starostlivosti poskytované na území Slovenskej republiky, čo znamená, že prostredníctvom tohto systému sa poskytuje prakticky celá zdravotná starostlivosť. V súčasnosti základný balík poistenia každému poistencovi zaručuje nárok na bezplatnú zdravotnú starostlivosť s výnimkou len niektorých ošetrovaní (napr. kozmetický chirurgický zákrok), ako aj čiastočných úhrad za lieky, za kúpeľnú liečbu a za vybrané služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (napr. ošetrovanie v pohotovostnej ambulancii). Balík dávok môže vláda svojím nariadením obmedziť alebo rozšíriť (bez parlamentných rokovaní). Keďže v Ústave Slovenskej republiky sa každému občanovi zaručuje právo na zdravotnú starostlivosť v rámci systému PZP v súlade s podmienkami stanovenými zákonom, poisťovne pri základnom balíku poistenia nemôžu ovplyvniť skupinu dávok, úroveň krytia ani poistné, a to vzhľadom na to, že sa stanovujú vnútroštátnymi predpismi.
- (34) Hoci sa základný balík zdravotnej starostlivosti, ktorý musia ponúkať všetky zdravotné poisťovne, stanovuje v základných požiadavkách zákona, zdá sa, že zdravotným poisťovním nič nebráni v poskytovaní doplnkových plnení (dávok) ako súčasť individuálneho balíka zdravotnej starostlivosti, ktorého cieľom je prilákať poistencov. Slovenské zdravotné poisťovne sú oprávnené a balíkom základnej zdravotnej starostlivosti pridávať, a skutočne aj pridávajú, rôzne doplnkové dávky podľa svojho výberu, poskytujúce krytie pre služby nezahrnuté v základnom balíku, ktoré však poisťovatelia svojim klientom ponúkajú bezplatne ako súčasť toho istého balíka zdravotnej starostlivosti v rámci povinného zdravotného poistenia. Podľa dostupných informácií sa zdá, že zdravotné poisťovne môžu napríklad rozhodnúť, či

budú ponúkať ďalšie krytie niektorých druhov doplnkovej a preventívnej liečby v rámci toho istého balíka povinného zdravotného poistenia. Uvedené doplnkové dávky sa líšia od služieb dobrovoľného zdravotného poistenia, ktoré možno ponúkať za poplatok.

Výber poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a služieb

- (35) Zdravotné poisťovne si môžu **vyberať poskytovateľov zdravotnej starostlivosti** a vyjednávať o zmluvách s lekármi a jednotlivými nemocnicami. Poisťovatelia teda uzatvárajú zmluvy s jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, príslušné zmluvy sú nezávislé a jeden poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže uzavrieť zmluvu so všetkými alebo len s niektorými zdravotnými poisťovňami, a naopak. Zdravotné poisťovne hradia služby poskytované štátnymi aj súkromnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Neexistuje žiadny samostatný systém, z ktorého by sa kryli služby súkromných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.
- (36) S cieľom zabezpečiť geografickú dostupnosť zdravotníckych služieb vláda stanovila požiadavku minimálnej siete, aby tak ovplyvnila plánovanie kapacít. V súvislosti so svojou činnosťou vykonávania PZP majú poskytovatelia zdravotného poistenia zákonom uloženú povinnosť uzavrieť zmluvu s „minimálnou sieťou nemocníc“. Každý poskytovateľ zdravotného poistenia vytvára svoju vlastnú sieť a výberom zmluvných poskytovateľov (selekčným kontraktíngom) rozširuje „minimálnu sieť“ o ďalšie nemocnice a ďalších poskytovateľov služieb zdravotnej starostlivosti. Služby zdravotnej starostlivosti, ktoré tieto nemocnice a/alebo iní poskytovatelia služieb zdravotnej starostlivosti poskytujú a ktoré sú zahrnuté do krytia PZP, sú takto zo strany poskytovateľa zdravotného poistenia kryté v prospech poistencov. Poskytovatelia zdravotného poistenia majú pri rokovaníach s nemocnicami o cene a kvalite služieb zdravotnej starostlivosti poskytovaných poistencom určitý priestor na voľnú úvahu.
- (37) Reformou zdravotníctva, ktorá prebehla v rokoch 2004 – 2005, sa podarilo zvýšiť zodpovednosť zdravotných poisťovní pri nákupe služieb zdravotnej starostlivosti. Od prijatia uvedenej reformy sú všetky cenové a platobné mechanizmy, s výnimkou niektorých trhových segmentov (ako lieky, záchranná zdravotnícka služba, dvadsaťštyrihodinová služba prvej pomoci), predmetom zmluvnej slobody a dá sa o nich voľne rokovať. Poskytovatelia sú platení podľa individuálnej zmluvy s danou zdravotnou poisťovňou. Konkrétna zdravotná poisťovňa sa môže dohodnúť na rôznych cenách pre rozličných poskytovateľov. Zdá sa, že uvedené platí najmä pre starostlivosť o hospitalizovaných pacientov, pričom ceny poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti a poskytovateľov laboratórnej diagnostiky bývajú spravidla stanovené jednotne. Medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami existujú z hľadiska cenových a platobných mechanizmov značné rozdiely⁽³⁾.

⁽¹⁾ V období 2002 – 2010 sa zloženie zdrojov v povinnom zdravotnom poistení výrazne zmenilo. V roku 2002 pochádzalo 72 % zdrojov z príspevkov pracujúceho obyvateľstva a 28 % zdrojov predstavovali príspevky zo strany štátu odvádzané za poistencov štátu zo všeobecných daňových príjmov. V roku 2010 dosiahol pomer uvedených príspevkov štátu k celkovému príjmu 38 %. V roku 2010 predstavovali platby štátu 2,0 % HDP, zatiaľ čo v roku 2002 to bolo len 1,4 %. Pozri správu z roku 2011: *Health Systems in Transition Vol.13 No.2 2011 – Slovakia Health System Review* (Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu, zv. 13 č. 2 2011 – Slovensko: Revízia systému zdravotníctva), citované vyššie (v poznámke pod čiarou 7), s. 67.

⁽²⁾ Pozri zákon č. 577/2004 Z. z.

⁽³⁾ Porovnaj so správu z roku 2011: *Health Systems in Transition Vol.13 No.2 2011 – Slovakia Health System Review* (Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu, zv. 13 č. 2 2011 – Slovensko: Revízia systému zdravotníctva), už citovanou (v poznámke pod čiarou 7), s. 143.

Regulačný rámec

- (38) Povinné zdravotné poistenie sa upravuje osobitnými predpismi⁽¹⁾. Všetky zdravotné poisťovne poskytujúce povinné zdravotné poistenie majú zo zákona totožné postavenie, práva a povinnosti. Každá zdravotná poisťovňa musí byť zriadená na účel vykonávania verejného zdravotného poistenia a nesmie vykonávať činnosti iné, ako sú činnosti uvedené v § 6 zákona 581/2004 Z. z. Činnosti zdravotných poisťovní spravujúcich systém povinného zdravotného poistenia sú predmetom celkovej kontroly štátu, ktorá sa vykonáva predovšetkým prostredníctvom regulačného úradu – Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“).
- (39) ÚDZS je osobitný orgán, ktorý bol zriadený v novembri 2004 s cieľom oddeliť v systéme zdravotnej starostlivosti legislatívnu funkciu od funkcie kontrolnej. Do roku 2004 patrili obidve uvedené funkcie do zodpovednosti ministerstva zdravotníctva. Od roku 2004 ministerstvo zdravotníctva zodpovedá za stanovenie legislatívneho rámca pre trh zdravotného poistenia⁽²⁾, trh nákupu zdravotnej starostlivosti a trh poskytovania zdravotnej starostlivosti. ÚDZS vykonáva úlohu v oblasti monitorovania a dohľadu nad systémom zdravotníctva. Dohliada nad dodržiavaním uvedeného legislatívneho rámca zo strany zdravotných poisťovní a poskytovateľov a zasahuje v prípade výskytu porušení.
- 2.1.4. *Vykonávanie povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike ako služby všeobecného záujmu*
- (40) Podľa slovenských orgánov sa všetky činnosti vykonávané zo strany SZP a VŠZP pred transformáciou zdravotných poisťovní v roku 2005 prísne obmedzovali na plnenie záväzkov vyplývajúcich zo služieb vo verejnom záujme v sektore zdravotníctva. V nadväznosti na zákony č. 581/2004 Z. z. a č. 580/2004 Z. z. získali všetky zdravotné poisťovne rovnocenné postavenie a v súčasnosti v postavení jednotlivých zdravotných poisťovní v Slovenskej republike neexistujú žiadne rozdiely. Všetky zdravotné poisťovne poskytujú povinné zdravotné poistenie ako službu všeobecného záujmu, a to v súlade s rovnakými právnymi ustanoveniami, na základe rovnakej zákonnej právomoci a s rovnakými právami a povinnosťami.
- (41) Slovenské orgány sú najmä toho názoru, že poskytovanie povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike je službou všeobecného záujmu, a to na základe týchto typických vlastností:
- Zdravotné poisťovne sú oprávnené poskytovať povinné zdravotné poistenie iba na základe povolenia, ktoré im udelil ÚDZS.
 - Povinné zdravotné poistenie je záväzné a vzťahuje sa na všetkých poistencov osobitne uvedených v rozsahu osobnej pôsobnosti povinného zdravotného poistenia.
 - Účastníkmi systému povinného zdravotného poistenia sú: poistenec (osoba poistená v rámci systému povinného zdravotného poistenia), poskytovateľ zdravotnej starostlivosti a zdravotná poisťovňa.
 - Poistenci majú právo vybrať si zdravotnú poisťovňu a zdravotná poisťovňa nesmie odmietnuť poistiť ich, ak splnia podmienky ustanovené v zákone.
 - Poistenci sú povinní odvádzať príspevky do zdravotnej poisťovne, v ktorej sú poistení. Výška príspevkov odvádzaných do zdravotnej poisťovne je ustanovená v zákone.
 - Poistenci majú nárok na rovnakú zdravotnú starostlivosť bez ohľadu na výšku príspevkov odvádzaných do systému verejného zdravotného poistenia.
 - Verejné zdravotné poistenie sa zakladá na zásade solidarity medzi zdravými a chorými.
 - Systém vyrovnávania rizík zabezpečuje solidaritu medzi poisťovateľmi.
 - Od zdravotných poisťovní sa vyžaduje, aby zabezpečili, že ich poistencom bude poskytnutá zdravotná starostlivosť v rozsahu ustanovenom v zákone. Dostupnosť zdravotnej starostlivosti je zaručená vymedzením verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.
 - Od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sa vyžaduje, aby poistencom poskytovali zdravotnú starostlivosť v rozsahu vymedzenom v zákone, pričom majú nárok na úhrady za neurgentnú a urgentnú zdravotnú starostlivosť.
 - Zdravotné poisťovne sú oprávnené použiť len obmedzené množstvo finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia (ktorého objem je presne vymedzený zákonom) na krytie svojich prevádzkových nákladov.
 - Na dodržiavanie platných zákonných ustanovení dohliada ÚDZS, ktorý dozerá na činnosť zdravotných poisťovní v oblasti povinného zdravotného poistenia.
- (42) Slovenské orgány navyše uviedli, že vymedzenie a poverenie výkonom úloh vo verejnom záujme, ktoré boli zverené zdravotným poisťovňam, vychádza z týchto ustanovení:

(¹) Napr. vzťah medzi poistencom a poskytovateľom zdravotného poistenia sa nevytvára na základe zmluvy, ale je ustanovený zákonom (pozri § 4 zákona č. 580/2004 Z. z.). Dohľad nad zdravotnými poisťovňami a nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa takisto riadia zákonom.

(²) (Ústredná) vláda zohráva pri regulácii zdravotných poisťovní významnú úlohu. V procese prípravy štátneho rozpočtu vláda rozhoduje o ďalších finančných zdrojoch, ktoré do systému prídu, a to formou zmeny sadzby príspevku za poistencov štátu. Prostredníctvom ministerstva zdravotníctva vláda stanovuje minimálny balík dávok, minimálnu sieť poskytovateľov, politiku náhrad, či sa uplatňujú používateľské poplatky, ako aj maximálnu dĺžku zoznamov čakateľov. Pozri správu z roku 2011: *Health Systems in Transition Vol.13 No.2 2011 – Slovakia Health System Review* (Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu, zv. 13 č. 2 2011 – Slovensko: Revízia systému zdravotníctva), citované vyššie (v poznámke pod čiarou 7), s. 35.

— Pojem verejný záujem je vymedzený v Ústave Slovenskej republiky, vo výkladových rozhodnutiach Ústavného súdu Slovenskej republiky a v iných ústavných zákonoch. Na verejný záujem preto možno nazeráť v zmysle článku 40 Ústavy Slovenskej republiky, ktorý znie: „Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“

— Navyše podľa § 2 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení je vykonávanie povinného verejného zdravotného poistenia činnosťou vo verejnom záujme, pri ktorej sa vykonáva riadenie verejných finančných prostriedkov. Vykonávanie povinného zdravotného poistenia sa ďalej vymedzuje ako verejná služba a poverujú sa ním zdravotné poisťovne pôsobiace na území Slovenskej republiky v zmysle zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach.

- (43) Slovenské orgány takisto tvrdili, že slovenské zdravotné poisťovne SZP a VŠZP spĺňajú ustanovenia smernice Komisie 2006/111/ES o transparentnosti finančných vzťahov členských štátov a verejných podnikov⁽¹⁾, ktorou sa od členských štátov vyžaduje, aby zabezpečili transparentnosť, pokiaľ ide o verejné finančné prostriedky dostupné pre zainteresované verejné podniky prostredníctvom orgánov verejnej moci, či už priamo alebo prostredníctvom verejných podnikov alebo finančných inštitúcií, ako aj pokiaľ ide o to, či sa verejné finančné prostriedky využívajú skutočne na ten účel, na ktorý boli určené⁽²⁾. Podľa slovenských orgánov sa pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia zdravotné poisťovne považujú za špecializované finančné inštitúcie, pripodobnené k „subjektu verejnej správy“ (v zmysle zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách), ktorý spravuje verejné prostriedky⁽³⁾. Zdravotné poisťovne môžu prostriedkami, ktoré vybrali vo forme príspevkov na verejné zdravotné poistenie, disponovať len v súlade so schváleným rozpočtom, ktorý musí byť zostavený prostredníctvom Štátnej pokladnice, a ich účty musia byť povinne otvorené v Štátnej pokladnici (pozri § 2a zákona č. 291/2002 Z. z. o Štátnej pokladnici).

2.2. Opis podnetu a príslušných opatrení štátu

2.2.1. Zvýšenie základného imania SZP v roku 2006

- (44) Listom z 2. apríla 2007 súkromná zdravotná poisťovňa Dôvera podala Komisii podnet proti kapitálovej injekcii slovenského štátu do štátnej poisťovne SZP vo výške 450

mil. SKK (približne 15 mil. EUR), ktorá bola realizovaná v troch tranžiaciach medzi 28. novembrom 2005 a 18. januárom 2006 („**zvýšenie základného imania v SZP v roku 2006**“).

- (45) SZP bola poskytnutá celková suma vo výške 450 mil. SKK (približne 15 mil. EUR) jej akcionármi (t. j. Ministerstvom vnútra SR, Ministerstvom dopravy, pôšt a telekomunikácií SR a Ministerstvom obrany SR) v nadväznosti na rozhodnutie valného zhromaždenia poisťovne o zvýšení fixného kapitálu, a upísaním nových akcií vo forme peňažného vkladu do fixného kapitálu SZP.
- (46) Uvedené tri tranže výplaty zvýšenia základného imania (v celkovej výške 450 mil. SKK) boli realizované takto:

— Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky ako správca akciového podielu štátu vo výške 33 % poukázalo 148,5 mil. SKK (približne 4,9 mil. EUR), ktoré boli na účet SZP pripísané 28. novembra 2005,

— Ministerstvo obrany Slovenskej republiky ako správca akciového podielu štátu vo výške 33 % poukázalo 148,5 mil. SKK (približne 4,9 mil. EUR), ktoré boli na účet SZP pripísané 11. januára 2006,

— Ministerstvo dopravy, pôšt a telekomunikácií Slovenskej republiky ako správca akciového podielu štátu vo výške 34 % poukázalo 153 mil. SKK (približne 5 mil. EUR), ktoré boli na účet SZP pripísané 18. januára 2006.

- (47) Uvedené zvýšenie základného imania súviselo s reformou zdravotníctva a s reformou trhu zdravotného poistenia v Slovenskej republike v rokoch 2004 – 2005. V čase zriadenia akciovej spoločnosti v roku 2005 sa v skutočnosti od SZP ako od právneho nástupcu verejnej inštitúcie⁽⁴⁾ v zmysle zákona požadovalo, aby na seba prevzala nielen majetok pôvodnej poisťovne, ale aj jej záväzky, ktoré vznikli pred rokom 2005, pričom výška týchto záväzkov spôsobila vznik neprimeranej úrovne platobnej schopnosti, ako sa ustanovuje v požiadavkách uvedených v § 14 ods. 1 zákona o zdravotných poisťovniach (zákon č. 581/2004 Z. z.)⁽⁵⁾. Výška jej záväzkov k 31. decembru 2005 predstavovala 467 765 mil. SKK (približne 15,5 mil. EUR), zatiaľ čo ich odhad k 31. decembru 2005 bol 527 mil. SKK (približne 17,5 mil. EUR). Štruktúra odhadovaných záväzkov bola takáto:

⁽⁴⁾ Pred 1. 1. 2005 SZP ako verejná inštitúcia pôsobila ako poisťovňa so špecifickým a pomerne obmedzeným poistným kmeňom, pričom mala na rozdiel od ostatných poskytovateľov zdravotného poistenia záväzky voči svojim poistníkom, pokiaľ ide o krytie špecifickej preventívnej zdravotnej starostlivosti a špecifickej zdravotnej starostlivosti poskytovanej v súvislosti s pracovnými úrazmi a chorobami z povolania.

⁽⁵⁾ Podľa zákona č. 581/2004 Z. z. sa platobnou schopnosťou zdravotnej poisťovne rozumie schopnosť trvale zabezpečovať z vlastných zdrojov úhradu záväzkov vyplývajúcich z potvrdených prihlášok na verejné zdravotné poistenie a uzatvorených zmlúv. Platobná schopnosť sa preukazuje podielom vlastných zdrojov na poistnom z verejného zdravotného poistenia po prerozdelení za predchádzajúcich dvanásť mesiacov. Minimálna miera platobnej schopnosti musí dosiahnuť 3 % poistného verejného zdravotného poistenia po prerozdelení za predchádzajúcich 12 mesiacov, avšak najmenej 50 mil. SKK (približne 1,7 mil. EUR).

⁽¹⁾ Ú. v. EÚ L 318, 17.11.2006.

⁽²⁾ Zákon č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov bol zmenený a doplnený okrem iného aj s cieľom transponovať právne akty Európskych spoločenstiev a Európskej únie, pričom sa ním integruje aj smernica Komisie č. 2006/111/ES (kodifikované znenie).

⁽³⁾ Verejný sektor v Slovenskej republike uplatňuje metodiku národných účtov ESA-95, podľa ktorej sa číselne vyjadruje aj riadenie rozpočtu a ktorá sa uplatňuje vo všetkých členských štátoch EÚ, ako aj v rámci Medzinárodného menového fondu (MMF).

Závazky	Výška závazku v mil. SKK
Lekárne	185 (približne 6,1 mil. EUR)
Zdravotnícke zariadenia	150 (približne 5 mil. EUR)
Ostatní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti	2 (približne 0,66 mil. EUR)
Poplatky z omeškania	190 (približne 6,3 mil. EUR)
Spolu	527 (približne 17,5 mil. EUR)

- (48) V nadväznosti na posúdenie realizované ÚDZS s cieľom určiť kroky potrebné na zabezpečenie platobnej schopnosti SZP, ako sa požaduje v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z., ÚDZS žiadal, aby SZP prijala ozdravný plán⁽¹⁾, a to na základe podrobnej analýzy trhu a dostupných možností. Ozdravný plán bol zmenený a doplnený podľa pokynov ÚDZS tak, aby zahŕňal aj povinnosť vyrovnáť z vlastných zdrojov záväzky vo výške 527 mil. SKK (približne 17,5 mil. EUR) do 30. 4. 2006, ako aj povinnosť akcionárov SZP zabezpečiť potrebné zdroje zvýšením fixného kapitálu minimálne o 450 mil. SKK (približne 14,9 mil. EUR), čo sa malo realizovať najneskôr do 31. januára 2006. Jednotlivé kroky pre obnovu sa mali vykonať a dokončiť do konca roka 2006.
- (49) Tieto záväzky (v celkovej výške 467 765 mil. SKK) boli vyrovnané takýmto spôsobom:

- 162 760 mil. SKK (približne 5,4 mil. EUR) v januári 2006,
- 124 208 mil. SKK (približne 4,1 mil. EUR) vo februári 2006,
- 37 802 mil. SKK (približne 1,25 mil. EUR) v marci 2006,
- 80 398 mil. SKK (približne 2,7 mil. EUR) v apríli 2006,
- 23 785 mil. SKK (približne 0,79 mil. EUR) v máji 2006,
- 38 812 mil. SKK (približne 1,3 mil. EUR) v júni 2006.
- Podľa slovenských orgánov bola platobná schopnosť SZP od januára do decembra 2006 v súlade so zákonom.

2.2.2. Splatenie dlhov SZP spoločnosťou Veriteľ, a.s.

- (50) Zákom č. 581/2004 Z. z. sa od existujúcich zdravotných poisťovní vyžadovalo, aby sa do 30. septembra 2005 preorganizovali na akciové spoločnosti. Pred uvedenou reorganizáciou (ktorá bola súčasťou liberalizácie trhu verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike) boli dlhy všetkých subjektov verejného zdravotného poistenia (vrátane predchodcu poisťovne Dôvera) splatené štátnou spoločnosťou Veriteľ, a.s. Spoločnosť

Veriteľ, a.s. bola novou štátnou agentúrou založenou v roku 2003⁽²⁾ s cieľom konsolidovať dlhy v rezorte zdravotníctva a vláda Slovenskej republiky ju poverila úlohou realizovať projekt oddĺženia zdravotníckych zariadení a zdravotných poisťovní⁽³⁾. Proces oddĺženia sa realizoval na základe uznesení vlády Slovenskej republiky.

- (51) V období 2003 – 2005 spoločnosť Veriteľ, a.s. vyrovnala v sektore zdravotníctva dlh v účtovej hodnote viac ako 1 100 mil. EUR pri nákladoch 644 mil. EUR v hotovosti. Keďže ministerstvo zdravotníctva oznámilo, že ide o poslednú záchrannú systém zdravotnej starostlivosti, bola agentúra Veriteľ, a.s. v roku 2006 zrušená⁽⁴⁾.
- (52) Počas tohto procesu spoločnosť Veriteľ, a.s. splatila dlh SZP. Navrhovateľ uvádza, že keďže išlo o vyššiu sumu, ako je tá, ktorú dostala jeho poisťovňa⁽⁵⁾, dá sa predpokladať, že v rámci procesu oddĺžovania došlo k bezdôvodne diskriminačnému zaobchádzaniu.
- (53) Hlavné obavy navrhovateľa vzbudzuje to, že okrem uvedených skutočností spoločnosť Veriteľ, a.s. 30. novembra 2005 (teda po transformácii) splatila ďalších približne 28 mil. EUR z ďalšieho dlhu, ktorý mala SZP na osobitnom účte prerozdelenia poisťného⁽⁶⁾. Toto ďalšie oddĺženie sa realizovalo prevodom

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

⁽³⁾ Podľa informácií, ktoré navrhovateľ predložil k 15.7.2011, sa vo vyhodnotení procesu oddĺžovania v zdravotníctva prostredníctvom spoločnosti Veriteľ, a.s. k 31. decembru 2005 uvádza: „Spoločnosť Veriteľ, a.s. bola založená v zmysle uznesenia vlády SR č. 262 z 2. apríla 2003 a bola poverená vládou na realizáciu projektu oddĺženia zdravotníckych zariadení a zdravotných poisťovní. Akcionári spoločnosti sú Ministerstvo zdravotníctva SR a Ministerstvo financií SR, každé s 50% podielom na základnom imaní spoločnosti. Spoločnosť Veriteľ, a.s. realizovala proces oddĺženia na základe uznesení vlády [...] Proces oddĺženia bol realizovaný z finančných prostriedkov (...) zvýšeného základného imania spoločnosti, z poskytnutej návratnej finančnej výpomoci a poskytnutej dotácie. Celková výška poskytnutých prostriedkov na oddĺženie zdravotníctva k 31. decembru 2005 predstavuje 20,1 mld. Sk (...)“.

⁽⁴⁾ Pozri správu z roku 2011: *Health Systems in Transition Vol.13 No.2 2011 – Slovakia Health System Review* (Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu, zv. 13 č. 2 2011 – Slovensko: Revízia systému zdravotníctva), už citovanú (v poznámke pod čiarou 7), s. 142.

⁽⁵⁾ Pre porovnanie: podľa navrhovateľa boli dlhy predchodcov poisťovne Dôvera, ktorí boli spoločne väčšieho rozsahu ako SZP, splatené vo výške 27,25 mil. EUR.

⁽⁶⁾ Pred liberalizáciou sa časť poisťného zdravotných poisťovní poukázala na osobitný účet prerozdelenia poisťného, aby sa následne prerozdeleno medzi ne (t. j. do systému RES, ktorý ďalej fungoval aj po reforme zavedenej v zmysle zákonov č. 581/2004 Z. z. a č. 580/2004 Z. z., ako sa vysvetľuje v tomto dokumente) a v uvedenom období (t. j. pre rokom 2005) bola SZP známa ako neplatíci príspevkov na osobitný účet na prerozdelenie poisťného. Navrhovateľ cituje ministerstvo zdravotníctva (návrh na skrátené legislatívne konanie o vládom návrhu zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon NR SR č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení VŠZP a o zriadení rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní v znení neskorších predpisov, 13. októbra 2003. SZL/1299/2003) a tvrdí, že v roku 2003 mala SZP na účte prerozdelenia (t. j. v systéme RES) dlh približne vo výške 2,5 mld. SKK (približne 83 mil. EUR), keďže počas dvoch rokov nepretržite porušovala povinnosť poukazovať požadované príspevky na uvedený účet. Podľa citovaného zákona ministerstva zdravotníctva by dlh SZP voči systému RES nemohol byť urovaný „bez toho, aby ovplyvnil štátny rozpočet, s výnimkou systémového riešenia predchádzajúceho transformácii zdravotných poisťovní v zmysle návrhu zákona o zdravotných poisťovníach a dohlade nad zdravotnou starostlivosťou.“

⁽¹⁾ Rozhodnutie ÚDZS z 30.9.2005, vec č. SK 12/000002/2005/POK. ÚDZS vo svojom rozhodnutí uložil SZP povinnosť v zmysle § 50 ods. 1 písm. d) a § 51 ods. 2 zákona o zdravotných poisťovníach navrhnuť ozdravný plán s cieľom zabezpečiť platobnú schopnosť SZP, teda schopnosť v zákonných lehotách splácať svoje záväzky, ako aj povinnosť predložiť tento plán do 31. októbra 2005 na schválenie ÚDZS.

poistných pohľadávok a úrokov SZP na spoločnosť Veriteľ, a.s. (vo výške približne 929 mil. SKK), pričom podľa navrhovateľa v prípade úroku neoprávnene, pretože na úrok sa podľa neho príslušné pravidlá o oddĺžení nevzťahovali. SZP previedla na spoločnosť Veriteľ približne 929 mil. SKK (približne 30,8 mil. EUR) vo forme pohľadávok na poistnom a úrokov [približne 343 mil. SKK (približne 11,4 mil. EUR) vo forme úrokov]. Spoločnosť Veriteľ, a.s. zase SZP poskytla protiplnenie vo výške 840 mil. SKK (približne 28 mil. EUR), a to započítaním jej dlhu na osobitný účet prerozdelenia poistného⁽¹⁾.

2.2.3. Dotácia SZP v roku 2006

- (54) V druhom polroku 2006 poskytlo ministerstvo zdravotníctva SZP ďalšiu dotáciu s využitím časti likvidačnej súvahy spoločnosti Veriteľ, a.s., ktorá bola v roku 2006 zrušená. Výška dotácie bola približne 7,6 mil. EUR.
- (55) Navrhovateľ tvrdí, že uvedená dotácia bola poskytnutá s cieľom vyrovnáť záväzky SZP voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti pred rokom 2005, hoci nebolo zrejmé, či uvedené dlhy existovali ešte aj v čase poskytnutia grantu.
- (56) Podľa slovenských orgánov však finančné prostriedky z likvidačnej súvahy spoločnosti Veriteľ, a.s. neboli poskytnuté poisťovní SZP, ale zdravotníckym zariadeniam, ktoré v tom čase patrili štátu, na vyplatenie ich záväzkov (t. j. príspevkov na zdravotné poistenie ich zamestnancov) voči SZP. Podľa slovenských orgánov teda nešlo o žiadnu dotáciu, ale skôr o normálne vyplatenie existujúcich nesporných záväzkov štátu, o neodvedené poistné za zdravotné poistenie. Tieto orgány sa ďalej vyjadrili, že keby štát toto poistné nebol vyplatil, hrozila by mu exekúcia pre neuhradené pohľadávky zdravotníckych zariadení a aj povinnosť uhradiť náklady na exekúciu.

2.2.4. Zvýšenie základného imania VŠZP v roku 2010

- (57) Slovenská republika prostredníctvom ministerstva zdravotníctva k 1. januáru 2010 zvýšila svoje upísané základné imanie vo VŠZP. Toto zvýšenie základného imania predstavovalo približne 65,1 mil. EUR.
- (58) Podľa navrhovateľa sa zdá, že štát takto konal s cieľom preklenúť príjmový deficit VŠZP, keďže VŠZP sa nachádzala na prahu platobnej neschopnosti. Navrhovateľ však nevysvetlil, z akého dôvodu usudzuje, že sa VŠZP v danom čase nachádzala na prahu platobnej neschopnosti. Navrhovateľ uviedol, že neexistoval žiaden plán reštrukturalizácie VŠZP. Navrhovateľ takisto uviedol, že podľa jeho názoru štát nemal najmenšiu nádej, že sa mu v primeranom časovom rámci podarí dosiahnuť návratnosť svojej investície, najmä vzhľadom na skutočnosť, že v Slovenskej republike bol práve zavedený zákon, ktorým sa zdravotným poisťovňam neumožňovalo prerozdeľovať svoj zisk.

- (59) Podľa slovenských orgánov bolo uvedené zvýšenie základného imania VŠZP v roku 2010 realizované s cieľom odstrániť vplyvy finančnej krízy a podporiť VŠZP v rámci odolávania tlaku zvyšovania miery zadlženosti pri zvyšujúcom sa dopyte po zdravotnej starostlivosti.

2.2.5. Systém vyrovnávania rizík (RES)

- (60) V priebehu predbežného posúdenia Komisia tiež zistila, že financovanie zdravotných poisťovní v Slovenskej republike zahŕňa aj zhromažďovanie zdrojov a mechanizmus úpravy o riziko – systém vyrovnávania rizík (Risk Equalisation Scheme – RES).
- (61) Systém RES sa v plnej miere uplatňuje na všetky zdravotné poisťovne, ktoré v Slovenskej republike poskytujú povinné zdravotné poistenie. Keďže príspevky na povinné zdravotné poistenie vyberajú zdravotné poisťovne priamo od zamestnávateľov, samostatne zárobkovo činných osôb, samoplatcov (dobrovoľne nezamestnaných) a štátu, je rozdelenie príjmov a výdavkov medzi zdravotné poisťovne nerovnomerné, a to z dôvodu rozličnej štruktúry ich poistencov. V snahe odľahčiť finančné zaťaženie zdravotných poisťovní s rizikovejším poistným kmeňom a znížiť potenciál pre výber rizík, sa príspevky prerozdeľujú medzi zdravotné poisťovne využívajúce systém RES.
- (62) Prerozdelenie príspevkov sa ustanovilo zákonom č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení a bolo zavedené k 1. januáru 1995⁽²⁾. Týmto zákonom sa vytvorili podmienky pre zriadenie zdravotných poisťovní, ktoré mali poskytovať verejné zdravotné poistenie v systéme zdravotného poistenia, ako aj pre zásadu solidarity poisťovateľov, ktorá sa zabezpečovala prerozdeľovaním príspevkov (ôsma časť zákona č. 273/1994 Z. z.)⁽³⁾.
- (63) **V období rokov 1995 až 2004** systém vychádzal z interného systému úpravy o riziko, ktorý spravovala štátna VŠZP, a to prostredníctvom osobitného „centrálneho účtu na prerozdeľovanie poistného“⁽⁴⁾.

(2) Zákon č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení a o zriadení rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní v januári 1995. Dňa 1. novembra 1995 nadobudla účinnosť novela zákona č. 273/1994 Z. z., ktorou sa vymedzili prísnejšie podmienky pri prerozdeľovaní povinných príspevkov medzi zdravotné poisťovne a ktorým sa zavádzajú prísnejšie podmienky pri zriadení a prevádzke zdravotných poisťovní.

(3) Systém RES sa často reformoval. Zákom č. 202/1997 Z. z., ktorým sa zmenil a doplnil zákon o zdravotnom poistení týkajúci sa mechanizmu prerozdeľovania príspevkov na zdravotné poistenie; zákonom č. 124/1998 Z. z., ktorým sa zmenil a doplnil zákon o zdravotnom poistení týkajúci sa mechanizmu prerozdeľovania v systéme úpravy o riziko medzi zdravotnými poisťovňami a zavedenia centrálného registra poistencov, ktorý vedie ministerstvo zdravotníctva. Zákon č. 151/1999 Z. z. predstavoval ďalšiu zmenu a doplnenie zákona o zdravotnom poistení. Menil sa ním mechanizmus prerozdeľovania a štátna záruka. Ďalšie zmeny a doplnenia sa uvádzajú v bode 64 tohto rozhodnutia.

(4) V zmysle právnych ustanovení z roku 1995 bol zriadený osobitný účet povinného zdravotného poistenia a za správcu osobitného účtu bola ustanovená VŠZP.

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

- (64) Pôvodne sa v rámci systému RES prerozdľovalo 60 % získaných príjmov na základe počtu ekonomicky aktívnych a neaktívnych poistencov. **Pri reforme v roku 2004** bol prostredníctvom zákonov č. 580/2004 Z. z. a č. 581/2004 Z. z. interný systém úpravy o riziko nahradený externým systémom úpravy o riziko, nad ktorým dohliadal ÚDZS. ÚDZS takisto prebral zodpovednosť za správu centrálného registra poistencov. Pomocou rizikových faktorov sa vypočítavajú vzťahy medzi pohľadávkami a záväzkami zdravotných spoločností. V dôsledku toho je každej zdravotnej poisťovni známe, ktorá zdravotná poisťovňa je v systéme úpravy o riziko čistým dlžníkom a ktorá čistým veriteľom.
- (65) Podľa tretej časti zákona č. 580/2004 Z. z. sa určité percento poistného vybraného zdravotnými poisťovňami prerozdľuje medzi všetky zdravotné poisťovne, a to podľa indexu rizika nákladov poistencov, ktorý určuje ÚDZS a ktorý vychádza zo zásady solidarity. Od roku 2009 podlieha 95 % príspevkov úprave o riziko. Uvedené obmedzenie (t. j. na 95 %) má za cieľ motivovať zdravotné poisťovne, aby zvýšili svoju mieru vybraných príspevkov (napríklad od neplatičov). Do roku 2009 sa v systéme prerozdľovania brali do úvahy iba dva demografické rizikové faktory – vek a pohlavie poistenca.
- (66) Na rok 2010 sa do mechanizmu prerozdľovania poistného pridalo ďalšie kritérium týkajúce sa stavu ekonomickej aktivity poistencov⁽¹⁾. Index rizika súvisiaci s vekom a pohlavím sa určuje samostatne pre poistencov štátu a poistencov, za ktorých poistné príspevky neodvádza štát. Ďalší prvok, ktorý bol pridaný do systému prerozdľovania vybraného poistného na zdravotné poistenie, vychádza z rôznych skupín podľa nákladov na liečivá⁽²⁾, bol zavedený v roku 2012⁽³⁾ a uplatňuje sa aj naďalej v roku 2013⁽⁴⁾.
- (67) Slovenské orgány v odpovedi poskytnutej na základe žiadosti Komisie o informácie o systéme RES uviedli, že systém RES nepredstavuje štátnu pomoc, ale je vecou vyrovnávania prostriedkov v súlade s príslušnými kritériami systému RES pre poistencov, t. j. že ide o zjavný prípad solidarity medzi poistencami, a preto nejde o štátnu pomoc.

2.2.6. Prevod poistných kmeňov na SZP a VŠZP

- (68) V priebehu predbežného posúdenia sa pozornosť Komisie upriamila aj na iné hľadiská súvisiace s niekoľkými priamymi prevodmi poistných kmeňov iných zdravotných poisťovní, ktoré boli postupne zrušené likvidáciou, na SZP a VŠZP, a to s intervenciou štátu.

(1) Podľa správy z roku 2011: *Health Systems in Transition Vol.13 No.2 2011 – Slovakia Health System Review* (Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu, zv. 13 č 2, 2011 – Slovensko: Revízia systému zdravotníctva), už citovanej (v poznámke pod čiarou 7), s. 73.

(2) Každá skupina (napr. astma, cukrovka 1. typu, srdcové ochorenia) sú spojené s indexom rizika nákladov rôznej úrovne.

(3) Vyhláska Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 7. septembra 2012, ktorou sa ustanovuje index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na obdobie od 1. júla 2012 do 31. decembra 2012 (predpis č. 265/2012 Z. z.).

(4) Vyhláska Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 14. decembra 2012, ktorou sa ustanovuje index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na rok 2013.

- (69) Hoci sú informácie v súvislosti s týmito aspektmi mimoriadne obmedzené, zdá sa, že uvedené poistné kmene boli prevedené priamo na SZP a VŠZP bez toho, aby došlo k otvorenej a transparentnej súťaži, a to napriek existencii iných subjektov na trhu, ktoré možno mali o predmetné poistné kmene záujem a boli ochotné zaplatiť príslušnú cenu.

- (70) Komisia má v tejto chvíli len veľmi obmedzenú znalosť skutočností v tomto ohľade a je jej len známe len to, že sa určité prevody podľa všetkého uskutočnili, zjavne začali približne v rokoch 1998 – 1999 a pokračovali až do roku 2005, aspoň pokiaľ ide o prevod poistného kmeňa spoločnosti Družstevná zdravotná poisťovňa na VŠZP a spoločnosti Európska zdravotná poisťovňa na SZP. Mohlo však dôjsť aj k ďalším prevodom poistných kmeňov, o ktorých v tejto chvíli Komisia nemá vedomosť.

- (71) Podľa informácií, ktoré predložili slovenské úrady, bol v prípade zániku Družstevnej zdravotnej poisťovne jej poistný kmeň prevedený na VŠZP s cieľom zabezpečiť nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa ústavného práva Slovenskej republiky. V právnej úprave prevodu sa spresňuje, že ak záväzky zaniknutej poisťovne voči zdravotníckym zariadeniam nebude možné uspokojiť z majetku poisťovateľa, záväzky aj pohľadávky poisťovateľa voči zdravotníckym zariadeniam, pohľadávky na príspevkoch a poplatky z omeškania sa prevedú na VŠZP. V dôsledku uvedených skutočností je od roku 1999 akciová spoločnosť VŠZP, ako právny nástupca verejnej VŠZP, vystavená veľkému tlaku zo strany veriteľov zaniknutej zdravotnej poisťovne, ktorí od VŠZP žiadali a stále žiadajú vyrovnanie záväzkov VŠZP prostredníctvom viac ako 1 000 súdnych a exekučných konaní. Slovenské orgány považujú výsledky týchto exekučných konaní za neodôvodnené oberanie VŠZP o značné finančné prostriedky vzhľadom na to, že v minulosti sa takéto otázky riešili v rámci procesu oddlžovania, ktorý vykonávala štátna spoločnosť Veriteľ, a.s. Slovenské orgány uviedli, že takto získané finančné prostriedky boli následne amortizované prostredníctvom úveru, ktorý poisťovni VŠZP poskytla štátna akciová spoločnosť Veriteľ, a.s.

- (72) Podľa informácií, ktoré predložili slovenské orgány, v prípade Európskej zdravotnej poisťovne vydal predseda ÚDZS, t. j. príslušného správneho orgánu, rozhodnutie, ktorým ÚDZS v zmysle ustanovení zákona č. 581/2004 Z. z. k 1. januáru 2009 nariadil bezodplatný prevod poistného kmeňa Európskej zdravotnej poisťovne, a.s. v likvidácii na SZP. Následne mala SZP voči poistencom Európskej zdravotnej poisťovne rovnaké povinnosti ako voči svojim vlastným poistencom.

3. PREDBEŽNÉ POSÚDENIE

- (73) Úvodom Komisia pripomína, že navrhovateľ nespochybnil všetky opísané opatrenia štátu, a to najmä náhrady zo systému RES udelené na plnenie úloh vo verejnom záujme, ktorými boli poverené všetky zdravotné poisťovne. Navrhovateľ taktiež nespochybnil ani prevody poistných kmeňov na SZP a VŠZP.

(74) Keďže však slovenské orgány uviedli, že rôzne zdroje finančných prostriedkov, ktoré SZP a VŠZP dostali, sú spravidla určené na náhrady za úlohy vo verejnom záujme, ktorými boli poverené, a vzhľadom na požiadavky uvedené v rozsudku vo veci Deutsche Post AG ⁽¹⁾, musí Komisia vo svojom posúdení zohľadniť všetky relevantné verejné finančné prostriedky, ktoré SZP a VŠZP prijali, a to predovšetkým s cieľom overiť, či výška prijatých náhrad určených na výkon ich príslušných záväzkov v oblasti štátnej pomoci na služby všeobecného hospodárskeho záujmu nepresahuje nevyhnutnú a primeranú sumu potrebnú na pokrytie príslušných čistých nákladov.

(75) Z uvedeného dôvodu bude Komisia v konaní vo veci formálneho zisťovania posudzovať všetky relevantné finančné prostriedky, ktoré SZP a VŠZP prijali a ktoré sú Komisii v súčasnosti známe, vrátane: zvýšenia základného imania v SZP v roku 2006, splatenia dlhov SZP spoločnosťou Veritel, a.s., dotácie SZP v roku 2006, zvýšenia základného imania VŠZP v roku 2010, systému vyrovnávania rizík (RES) a prevodu poisťných kmeňov na SZP a VŠZP.

3.1. Štátna pomoc v zmysle článku 107 ods. 1 ZFEÚ

(76) V článku 107 ods. 1 Zmluvy o fungovaní Európskej únie (ďalej len „ZFEÚ“) sa ustanovuje: „Ak nie je zmluvami ustanovené inak, pomoc poskytovaná v akejkoľvek forme členským štátom alebo zo štátnych prostriedkov, ktorá naruša hospodársku súťaž alebo hrozí narušením hospodárskej súťaže tým, že zvyhodňuje určitých podnikateľov alebo výrobu určitých druhov tovaru, je nezlučiteľná s vnútorným trhom, pokiaľ ovplyvňuje obchod medzi členskými štátmi.“

(77) Z toho vyplýva, že ak má opatrenie splňať podmienky štátnej pomoci, musia byť splnené tieto kumulatívne podmienky: i) opatrenie musí mať určené financovanie zo štátnych zdrojov; ii) opatrenie musí predstavovať hospodársku výhodu pre podniky; iii) výhoda musí byť selektívna a iv) opatrenie musí narúšať alebo hroziť narušením hospodárskej súťaže a mať vplyv na obchod v rámci Európskej únie

(78) Keďže slovenské orgány argumentovali najmä tým, že v prípade systému povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike nejde o štátnu pomoc, pretože táto činnosť nemá hospodársku povahu, najprv sa podrobnejšie preskúmava označenie príjemcov za „podniky“ v zmysle právnych predpisov EÚ o hospodárskej súťaži.

(79) Komisia by chcela konštatovať ako ďalšiu predbežnú poznámku, že aj keby sa napokon podarilo unitárny systém, ako ho v súčasnosti navrhujú slovenské orgány ⁽²⁾, zriadiť v priebehu roka 2014, resp. neskôr, týkal by sa len budúceho usporiadania povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike a preto by nemal vplyv na posudzovanie opatrení, ktoré sú predmetom tohto prípadu, z pohľadu štátnej pomoci.

3.1.1. Označenie za podnik v zmysle právnych predpisov EÚ o hospodárskej súťaži

a) Zásady

(80) Podľa článku 107 ods. 1 ZFEÚ sa pravidlá štátnej pomoci ustanovené v ZFEÚ uplatňujú, len ak je príjemcom pomoci „podnik“. V judikatúre Súdneho dvora Európskej únie (ďalej len „SDEÚ“) sa podnik na účely právnych predpisov EÚ o hospodárskej súťaži a pravidiel štátnej pomoci vymedzuje ako akýkoľvek subjekt vykonávajúci hospodársku činnosť nezávisle od jeho právneho postavenia a spôsobu jeho financovania ⁽³⁾. Odpoveď na otázku, či opatrenia prijaté v prospech SZP/VŠZP predstavujú štátnu pomoc v zmysle článku 107 ods. 1 ZFEÚ, preto závisí v prvom rade od toho, či a do akej miery SZP/VŠZP pri pôsobení v rámci systému povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike konajú ako podniky, pretože by sa mohli považovať za subjekty vykonávajúce hospodársku činnosť, ako sa vymedzuje v judikatúre SDEÚ.

(81) Podľa SDEÚ sa za hospodársku činnosť v zmysle právnych predpisov EÚ o hospodárskej súťaži a pravidiel štátnej pomoci považuje činnosť spočívajúca v ponúkaní výrobkov a/alebo služieb na danom trhu ⁽⁴⁾. V tomto kontexte skutočnosť, že sa daná činnosť označuje ako „sociálna“, alebo že ju vykonáva neziskový subjekt, sama osebe nepostačuje na to, aby nebola označená za hospodársku činnosť ⁽⁵⁾. Existencia sociálnych cieľov alebo cieľov všeobecného záujmu súvisiacich s danou oblasťou činnosti ju sama osebe nezbavuje hospodárskej povahy ⁽⁶⁾.

(82) Takisto treba uviesť, že podmienky regulácie alebo financovania, ktoré členský štát pre danú oblasť činnosti uplatňuje, neurčujú uplatniteľnosť pravidiel hospodárskej súťaže EÚ, keďže v skutočnosti aj posudzovanie samotných týchto mechanizmov môže patriť do pôsobnosti uvedených pravidiel ⁽⁷⁾. Označenie konkrétneho subjektu za podnik teda závisí plne od hospodárskej alebo nehospodárskej povahy jeho činnosti.

(83) Otázka existencie trhu pre určité služby môže vo výraznej miere závisieť od konkrétneho spôsobu organizácie a poskytovania týchto služieb v dotknutom členskom štáte ⁽⁸⁾. Pravidlá štátnej pomoci sa uplatňujú len

⁽³⁾ Pozri napríklad spojené veci C-180/98 až C-184/98 Pavlov a iní, Zb. 2000, s. I-6451, bod 74.

⁽⁴⁾ Vec 118/85 Komisia/Taliansko, Zb. 1987, s. 2599, bod 7; vec C-35/96 Komisia/Taliansko, Zb. 1998, s. I-3851, bod 36; spojené veci C-180/98 až C-184/98 Pavlov a iní, bod 75.

⁽⁵⁾ Spojené veci C-180/98 až C-184/98 Pavlov, už citované, bod 118; vec C-218/00 INALL, Zb. 2002, s. I-691, bod 37 a vec C-355/00 Freskot, Zb. 2003, s. I-5263, bod 77.

⁽⁶⁾ Takéto ciele môžu poskytnúť zdôvodnenie podľa článku 106 ods. 2 ZFEÚ pre úpravu, ktorá by inak mohla predstavovať porušenie právnych predpisov EÚ o hospodárskej súťaži; pozri vec C-67/96 Albany, Zb. 1999, s. I-5751, body 85 a 86.

⁽⁷⁾ Pozri vec C-41/90 Höfner a Elser, Zb. 1991, s. I-1979, bod 21 rozsudku; spojené veci C-159/91 a C-160/91 Poucet a Pistre, Zb. 1993, s. I-637, bod 17; vec C-218/00 Císal, Zb. 2002, s. I-691, bod 22.

⁽⁸⁾ Spojené veci C-159/91 a C-160/91 Poucet a Pistre, Zb. 1993, s. I-637.

⁽¹⁾ Rozsudok Všeobecného súdu z 1. júla 2008, Deutsche Post AG (DPAG)/Komisia, vec T-266/02, Zb. 2008 s. II-1233, body 72 a 73.

⁽²⁾ Pozri bod 18.

tam, kde sa vykonáva určitá činnosť v trhovom prostredí. Hospodárska povaha služieb rovnakého druhu sa preto môže v jednotlivých členských štátoch líšiť. Vzhľadom na politickú voľbu alebo hospodársky vývoj sa okrem toho môže označenie danej služby časom zmeniť. Činnosť, ktorá dnes nepredstavuje trhovú činnosť, sa ňou v budúcnosti môže stať a naopak ⁽¹⁾. Rozhodnutie orgánu nedovolí tretím stranám poskytovať určitú službu navyše nevyklučuje existenciu hospodárskej činnosti. Napriek takémuto uzavretiu trhu môže hospodárska činnosť existovať, ak by boli ostatné subjekty ochotné a schopné poskytovať službu na danom trhu ⁽²⁾.

- (84) Vo svojom oznámení o uplatňovaní pravidiel štátnej pomoci Európskej únie na náhrady za služby všeobecného hospodárskeho záujmu pre rok 2012 („oznámenie o službách všeobecného hospodárskeho záujmu pre rok 2012“) ⁽³⁾, Komisia ustanovila svoj prístup pri uplatňovaní uvedených pravidiel v prípade financovania systémov sociálneho zabezpečenia. Potenciálne zaradenie takýchto systémov medzi systémy zahŕňajúce hospodársku činnosť závisí od politických a hospodárskych špecifik, ako aj od ich štruktúry v dotknutom členskom štáte. Súdny dvor a Všeobecný súd rozlišujú medzi systémami založenými na zásade solidarity a hospodárskymi systémami.
- (85) Súdny Únie používajú súbor kritérií na určenie toho, či je systém sociálneho zabezpečenia založený na solidarite, a preto nezahŕňa hospodársku činnosť. V tejto súvislosti môžu byť relevantné viaceré faktory: i) či je účasť v systéme povinná ⁽⁴⁾, ii) či má systém výhradne sociálny účel ⁽⁵⁾, iii) či je systém neziskový ⁽⁶⁾, iv) či sú dávky nezávislé od odvedených príspevkov ⁽⁷⁾, v) či výška dávky nie je nevyhnutne úmerná výške príjmu poistenca ⁽⁸⁾ a vi) či na systém dohliada štát ⁽⁹⁾.
- (86) Na rozdiel od systémov založených na solidarite sa hospodárske systémy zväčša vyznačujú: i) nepovinným členstvom ⁽¹⁰⁾, ii) uplatňovaním zásady kapitalizácie (závislosť nárokov od odvedených príspevkov a finanč-

ných výsledkov systému) ⁽¹¹⁾, iii) orientáciou na dosahovanie zisku ⁽¹²⁾ a iv) poskytovaním doplnkového plnenia v porovnaní so základným systémom ⁽¹³⁾.

- (87) Uvedené kritériá by sa nemali považovať za kumulatívny zoznam faktorov a navyše aj súdy Únie uznali, že pri niektorých systémoch sa spájajú prvky oboch uvedených kategórií (systému založeného na solidarite a hospodárskeho systému). V analýze Komisie by sa mala overiť a posúdiť prítomnosť a individuálny význam každého z jednotlivých prvkov s cieľom dospieť ku konečnému záveru ⁽¹⁴⁾. V predmetnom prípade bude konečné označenie (ku ktorému dôjde na konci konania vo veci formálneho zisťovania) poskytovania služieb povinného zdravotného poistenia za hospodársku alebo nehospodársku činnosť preto závisieť od dôkladnej analýzy konkrétneho spôsobu organizácie a výkonu tejto činnosti v dotknutom členskom štáte, a preto bude špecifické pre povinné zdravotné poistenie v Slovenskej republike.

b) Povinné zdravotné poistenie, ako sa organizuje a vykonáva v Slovenskej republike

- (i) Prvky poukazujúce na možnú nehospodársku povahu
- (88) V danom prípade povinné zdravotné poistenie v Slovenskej republike vykazuje typické znaky, ktoré sa na jednej strane zdajú podobné tým, ktoré v minulosti Súdny dvor uznal za typické vlastnosti systému sociálneho poistenia **nehospodárskej povahy** ⁽¹⁵⁾. Na väčšinu z uvedených typických znakov sa odvolávali aj slovenské orgány, keď argumentovali, že v prípade systému povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike nejde o štátnu pomoc a že uvedená činnosť nebola otvorená hospodárskej súťaži:
- (89) Povinné členstvo v systéme/príspevky: ako sa uvádza v predchádzajúcom texte (v bode 27 a ďalších), účasť v programe verejného zdravotného poistenia je zo zákona povinná pre celé obyvateľstvo Slovenskej republiky a zdravotnícke služby kryté z povinného zdravotného poistenia sa poskytujú bez ohľadu na výšku príspevkov, ktoré poistenec odvedie. Poistenec má právo slobodne si vybrať ktorúkoľvek zdravotnú poisťovňu a podľa povinnosti umožniť slobodný vstup ho zdravotná poisťovňa, ktorú si vybral, nesmie odmietnuť poistiť pre jeho vek, zdravotný stav či riziko chorobnosti.

- (90) Sociálny cieľ (verejný záujem podľa Ústavy Slovenskej republiky): Systém povinného zdravotného poistenia

⁽¹⁾ Pozri aj oznámenie Komisie o uplatňovaní pravidiel štátnej pomoci Európskej únie na náhrady za služby všeobecného hospodárskeho záujmu pre rok 2012 („oznámenie o službách všeobecného hospodárskeho záujmu 2012“), Ú. v. C 8, 11.1.2012, s. 4 – 5.

⁽²⁾ Pozri Oznámenie o službách všeobecného hospodárskeho záujmu pre rok 2012, s. 5.

⁽³⁾ Oznámenie o službách všeobecného hospodárskeho záujmu pre rok 2012, strany 4 – 14.

⁽⁴⁾ Spojené veci C-159/91 a C-160/91 Poucet a Pistre, Zb. 1993, s. I-637, bod 13.

⁽⁵⁾ Vec C-218/00 Cisal a INAIL, Zb. 2002, s. I-691, bod 45.

⁽⁶⁾ Spojené veci C-264/01, C-306/01, C-354/01 a C-355/01 AOK Bundesverband, Zb. 2004, s. I-2493, body 47 – 55.

⁽⁷⁾ Spojené veci C-159/91 a C-160/91 Poucet a Pistre, už citované, body 15 – 18.

⁽⁸⁾ Vec C-218/00 Cisal a INAIL, už citovaná, bod 40.

⁽⁹⁾ Spojené veci C-159/91 a C-160/91 Poucet a Pistre, už citované, bod 14; vec C-218/00 Cisal a INAIL, už citovaná, body 43 – 48; spojené veci C-264/01, C-306/01, C-354/01 a C-355/01 AOK Bundesverband, už citované, body 51 – 55.

⁽¹⁰⁾ Vec C-67/96 Albany, Zb. 1999, s. I-5751, body 80 – 87.

⁽¹¹⁾ Vec C-244/94 FFSA a iní, už citovaná, body 9 a 17 – 20; vec C-67/96 Albany, už citovaná, body 81 – 85; pozri aj spojené veci C-115/97 až C-117/97 Brentjens, Zb. 1999, s. I-6025, body 81 – 85, vec C-219/97 Drijvende Bokken, Zb. 1999, s. I-6121, body 71 – 75 a spojené veci C-180/98 až C-184/98 Pavlov, už citované, body 114 a 115.

⁽¹²⁾ Spojené veci C-115/97 až C-117/97 Brentjens, už citované.

⁽¹³⁾ Spojené veci C-180/98 až C-184/98 Pavlov a iní, už citované.

⁽¹⁴⁾ Pozri napr. posúdenie významu vykonané SDEÚ vo veci C-350/07 Kattner Stahlbau, Zb. 2009, s. I-1513, najmä body 33 – 68.

⁽¹⁵⁾ Pozri napríklad vec C-355/01 AOK Bundesverband, Zb. 2004, s. I-02493.

v Slovenskej republike sleduje sociálny cieľ, t. j. poskytovanie zdravotnej starostlivosti a udržanie životaschopného systému zdravotného poistenia. Slovenská republika zo zákona zodpovedá za financovanie systému zdravotnej starostlivosti, ako aj za krytie strát v sektore zdravotnej starostlivosti. Slovenské orgány okrem toho tvrdia, že zabezpečiť právo na zdravotné poistenie a na bezplatnú zdravotnú starostlivosť je ústavnou povinnosťou Slovenskej republiky. Tvrdia, že vykonávaním povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike zdravotné poisťovne plnia ústavnú povinnosť v mene štátu, ktorou je poskytovanie zdravotného poistenia občanom, prostredníctvom riadenia/správy systému povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike.

- (91) Solidarita (výška príspevkov určená na základe príjmu poistenca – systém vyrovnávania rizika – RES – a spoločná tarifkácia): Systém povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike je založený na sadzbách príspevkov, ktoré sú úmerné k príjmu poistenca (podobne ako zdanenie príjmov), pričom tieto príspevky sa nezakladajú na výške poisteného rizika (vek poistenca alebo jeho zdravotný stav). Medzi výškou príspevkov odvodených jednotlivcom do systému a výškou ním poberanej dávky zo systému neexistuje žiadna priama súvislosť. Poisťovne nemajú možnosť ovplyvniť výšku príspevkov ani minimálnu úroveň krytia, na ktoré majú poistenci nárok, vzhľadom na to, že sa stanovujú vnútroštátnymi právnymi predpismi. V tejto súvislosti treba pripomenúť, ako sa uvádza v predchádzajúcom texte (bod 31 a ďalšie), že všetkým slovenským občanom sa zaručuje rovnaká základná úroveň dávok, ktoré pokrývajú takmer všetky úkony zdravotnej starostlivosti poskytované na území Slovenskej republiky, čo znamená, že prostredníctvom tohto systému sa poskytuje prakticky celá zdravotná starostlivosť.
- (92) Cieľom systémov vyrovnávania rizík ako je ten, ktorý sa uplatňuje v Slovenskej republike, je zabezpečiť, aby sa riziká na trhu delili a vytvárala sa tak solidarita. Slovenský systém navyše podporuje zásadu spoločnej tarifkácie, tzn., že poisťovatelia nemôžu predpisovať rôznu výšku poistného v závislosti od poistného rizika, pričom prostredníctvom vyrovnávania rizík sa čiastočne kompenzujú poisťovatelia, ktorí majú v poistnom kmeni rizikovejší demografický profil, a to prerozdeľovaním prostriedkov od poisťovateľov, ktorí uhrádzajú menej, ako je priemerná výška dávky, tým, ktorí svojim poistencom uhrádzajú viac, ako je priemerná výška dávky.
- (93) Činnosť, na ktorú podľa podrobného regulačného rámca dohliada štát: ako sa uvádza v predchádzajúcom texte (bod 38 a ďalšie), povinné zdravotné poistenie sa riadi osobitnými predpismi. Všetky zdravotné poisťovne poskytujúce povinné zdravotné poistenie majú v zmysle zákona totožné postavenie, práva a povinnosti. Každá zdravotná poisťovňa musí byť zriadená na účel vykonávania verejného zdravotného poistenia a nesmie vykonávať činnosti iné, ako sú činnosti uvedené v § 6 zákona 581/2004 Z. z. Činnosti zdravotných poisťovní spravujúcich systém povinného zdravotného poistenia sú predmetom celkovej kontroly štátu. Poisťovne môžu byť zria-

dené jedine na základe povolenia vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“), t. j. osobitným orgánom, ktorý bol poverený vykonávaním dohľadu nad systémom a poskytovaním zdravotnej starostlivosti ako činnosťou verejnej správy.

(ii) Prvky poukazujúce na možnú hospodársku povahu

- (94) Na druhej strane by rôzne znaky povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike mohli slúžiť ako argumenty v prospech zaradenia povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike medzi **hospodárske činnosti od 1. 1. 2005**, keď trh zdravotného poistenia v Slovenskej republike v zmysle zákonov č. 581/2004 Z. z. a č. 580/2004 Z. z. nadobudol účinnosť s týmito dôsledkami:
- (95) Prítomnosť viacerých súkromných subjektov na slovenskom trhu: súkromní investori investujú do povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike od roku 2005, ba dokonca možno už aj od roku 1994. Vnútroštátny zákonodarný orgán predovšetkým osobitne povolil vstup súkromných subjektov na trh a po reforme zavedenej v zmysle zákonov č. 581/2004 Z. z. a č. 580/2004 Z. z. sa v systéme povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike podľa všetkého objavuje určitý priestor pre (necenovú) hospodársku súťaž, čo jednotlivým subjektom umožnilo súťažiť o poistencov a poskytovateľov služieb s cieľom dosahovať zisk.
- (96) Zisková činnosť: od nadobudnutia účinnosti reformy z roku 2004, t. j. od januára 2005, došlo k zmene právnej formy všetkých subjektov zdravotného poistenia na súkromnoprávne akciové spoločnosti (podľa pravidiel obchodného zákonníka). Povinné zdravotné poistenie v Slovenskej republike sa tak transformovalo na ziskovú činnosť zahŕňajúcu rozdelenie zisku medzi akcionárov zdravotných poisťovní, keďže sa umožnilo vyplácanie dividend.⁽¹⁾
- (97) Hospodárska súťaž medzi poisťovateľmi: hoci tu vzhľadom na skutočnosť, že úroveň príspevkov je stanovená zákonom, neexistuje cenová hospodárska súťaž, zdravotné poisťovne sa predsa len zúčastňujú na istom druhu vzájomnej hospodárskej súťaže, najmä súťaže založenej na poskytovaní doplnkových plnení, ako aj na kvalite, rôznorodosti a dostupnosti služieb s cieľom prilákať potenciálnych klientov⁽²⁾. Všetky zdravotné poisťovne v Slovenskej republike medzi sebou súťažajú o poistencov, a to napríklad výberom zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (selektívnym kontraktin- gom) s cieľom poskytnúť osobitnú kvalitu služieb. Navyše v snahe vymedziť atraktívnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti poisťovatelia zdravotného poistenia súťažajú aj na dodávateľskom trhu, a to o poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. O konkurenčnej

⁽¹⁾ Za určitých podmienok, ako je uvedené v poznámke pod čiarou 11.

⁽²⁾ Poskytovanie takýchto doplnkových plnení môže v skutočnosti predstavovať dôkaz o hospodárskej povahe danej činnosti; pozri tiež spojené veci C-180/98 až C-184/98 Pavlov a iní, s. 122.

povahe trhu zdravotného poistenia v Slovenskej republike teda svedčí skutočnosť, že zdravotné poisťovne si ich obchodní partneri (napr. poskytovatelia zdravotnej starostlivosti) vyberajú na základe finančných a hospodárskych aspektov spomedzi ostatných zdravotných poisťovní s ktorými na trhu služieb zdravotnej starostlivosti vedú hospodársku súťaž.

- (98) Činnosť, ktorá už vnútroštátnymi súdmi bola vyhlásená/posúdená ako otvorená hospodárskej súťaži: premenu trhu na konkurenčný trh uznal aj Ústavný súd Slovenskej republiky vo svojom náleze z 26. januára 2011⁽¹⁾, v ktorom sa uvádza, že v dôsledku reformy z roku 2004 bolo povinné zdravotné poistenie „zahrnuté do sféry hospodárskej súťaže“, ako bolo preukázané v prípravných legislatívnych prácach, podľa ktorých bolo zámerom vytvoriť: „také prostredie pre činnosť zdravotných poisťovní, v ktorom budú na základe kvality poisťovních služieb súťažiť o poistencov“⁽²⁾. V tomto ohľade treba uviesť, že v judikatúre súdov Únie sa pri rozhodovaní, či by sa právne predpisy o hospodárskej súťaži mali uplatňovať, alebo nie, pripisuje veľký význam posúdeniu vôle vnútroštátneho zákonodarného orgánu⁽³⁾. Aj v niekoľkých správach OECD sa vyjadruje názor, že poskytovanie povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike sa v dôsledku uvedených reforiem stalo trhom otvoreným hospodárskej súťaži⁽⁴⁾.

c) Záver

- (99) Napokon treba uviesť, že kombinácia hospodárskych a nehospodárskych znakov systému povinného zdravot-

ného poistenia v Slovenskej republike si vyžaduje, aby bola vykonaná hĺbková analýza jednotlivých prvkov a ich príslušného významu v rámci systému, s cieľom určiť, či sa činnosť povinného zdravotného poistenia pri spôsobe jej organizácie a výkonu v Slovenskej republike má považovať za činnosť hospodárskej (od 1. 1. 2005) alebo nehospodárskej povahy. Na základe informácií dostupných v tomto štádiu má Komisia pochybnosti pri určovaní hospodárskej alebo nehospodárskej povahy dotknutej činnosti.

- (100) Z uvedeného dôvodu by Komisia v konaní vo veci formálneho zisťovania chcela bližšie preskúmať, či poskytovanie služieb povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike, a teda činnosť SZP a VŠZP, ako aj ostatných poskytovateľov uvedených služieb, je hospodárskej alebo nehospodárskej povahy. Z dôvodu začatia konania vo veci formálneho zisťovania Komisia vyzýva slovenské orgány, ako aj všetky ďalšie zainteresované tretie strany, aby predložili všetky informácie a pripomienky relevantné pri overovaní prítomnosti a posudzovaní príslušného významu každého z jednotlivých prvkov, na základe ktorých možno povinné zdravotné poistenie označiť za hospodársku alebo nehospodársku činnosť.

- (101) V súlade s uvedenými úvahami Komisia uznáva, že ostatné podmienky, ktoré predstavujú štátnu pomoc, a otázky zlučiteľnosti novej štátnej pomoci s vnútorným trhom, by sa stali rozhodujúcimi iba v prípade, že by počas konania vo veci formálneho zisťovania útvary Komisie dospeli k záveru, že povinné zdravotné poistenie v Slovenskej republike predstavuje činnosť hospodárskej povahy. Na účely efektívnosti konania by však uvedené skutočnosti nemali Komisii brániť v tom, aby v rámci konania vo veci formálneho zisťovania súčasne zhromažďovala a skúmala všetky informácie o prvkoch, ktoré predstavujú štátnu pomoc, ako aj o prvkoch, ktoré sú relevantné pre posúdenie zlučiteľnosti novej štátnej pomoci s vnútorným trhom. Nasledujúce oddiely týkajúce sa potenciálneho označenia opatrenia za štátnu pomoc a ich prípadnej zlučiteľnosti s vnútorným trhom podľa pravidiel štátnej pomoci je preto potrebné chápať v týchto súvislostiach.

3.1.2. Opatrenie poskytované štátom alebo zo štátnych prostriedkov

- (102) Aby opatrenie predstavovalo štátnu pomoc v zmysle právnych predpisov EÚ, musí byť poskytované štátom alebo zo štátnych prostriedkov. Takéto zdroje môžu zahŕňať verejné finančné prostriedky, ktoré sú v správe členského štátu, a to na ústrednej, regionálnej alebo miestnej úrovni, prípadne v správe iných verejných alebo súkromných orgánov, ktoré poveruje alebo kontroluje štát.

— Zvýšenie základného imania VŠZP v roku 2006

- (103) Zvýšenie základného imania v roku 2006 bolo realizované formou niekoľkých úhrad zo strany troch akcionárov SZP: Ministerstva vnútra Slovenskej republiky,

⁽¹⁾ Predpis č. 79/2011 Z. z., Nález Ústavného súdu Slovenskej republiky z 26. januára 2011 vo veci vyslovenia nesúlada ustanovenia § 15 ods. 6 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov s čl. 1 ods. 1, čl. 20 ods. 1 a 4 a čl. 35 ods. 1 v spojení s čl. 13 ods. 4 Ústavy Slovenskej republiky, ako aj s čl. 1 Dodatkového protokolu k Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd.

⁽²⁾ Odkaz na § 2 dôvodovej správy k vládnemu návrhu zákona o zdravotných poisťovniach [t. j. zákona č. 580/2004] (parlamentná tlač č. 651). V náleze Ústavného súdu sa uvádzalo, že „v čase jeho schválenia [schválenie zákona o zdravotnom poistení v roku 2004], nikto zásadným spôsobom nespochybňoval skutočnosť, že v jeho zmysle sú zdravotné poisťovne právne subjekty, ktoré sú založené (zakladajú sa) na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia a ktoré sú z hľadiska právnej formy akciovými spoločnosťami, ktoré plnia úlohy (povinnosti) uložené im zákonom o zdravotných poisťovniach (najmä § 15), pričom vykonávajú verejné zdravotné poistenie v konkurenčnom prostredí (aj) pre účely dosiahnutia zisku, teda sú nepochybne aj podnikateľskými subjektami. Práve takáto interpretácia právneho postavenia zdravotných poisťovní na základe pôvodného znenia zákona o zdravotných poisťovniach predstavovala kľúčový motivačný faktor pre zakladanie akciových spoločností združujúcich súkromných akcionárov (a ich „kapitálové investície“) [...]“

⁽³⁾ Pozri napríklad spojené veci C-264/01, C-306/01, C-351/01 a C-355/01, AOK Bundesverband a iní, Zb. 2004, s. I-2493.

⁽⁴⁾ V správe OECD z roku 2004, v ktorej sa posudzovali účinky a vplyv v tom čase budúcej reformy systému zdravotníctva v Slovenskej republike vrátane sektora zdravotného poistenia, sa pripomína, že zámerom vnútroštátneho zákonodarného orgánu je zaviesť na trh určitú mieru hospodárskej súťaže: pozri Colombo, F., Tapay, N., (2004), už citované (v poznámke pod čiarou 3), s. 18 a ďalšie. Slovenská republika, zväzok 2010/17, november 2010 a správu z roku 2011: Hüfner, F. (2011), už citovanú (v poznámke pod čiarou 3), v ktorej sa uvádzalo aj zistenie, že hospodárska súťaž na trhu poistenia sa zastavila v dôsledku mnohých nariadení (od roku 2007), ako aj zvyšovania koncentrácie trhu, a odporúčalo sa prijatie niekoľkých opatrení zameraných na podporu rastu hospodárskej súťaže na slovenskom trhu.

Ministerstva obrany Slovenskej republiky a Ministerstva dopravy, pôšt a telekomunikácií Slovenskej republiky. Opatrenie teda bolo poskytované štátom a zo štátnych prostriedkov.

— Splatenie dlhov SZP spoločnosťou Veriteľ, a.s.

- (104) Ako už bolo opísané v predchádzajúcom texte (bod 50 a ďalšie), spoločnosť Veriteľ, a.s. bola štátnou spoločnosťou zriadenou pod kontrolou vlády Slovenskej republiky, ktorú vláda Slovenskej republiky poverila, aby pred reformou zavedenou v zmysle zákonov č. 581/2004 Z. z. a č. 580/2004 Z. z. a pred transformáciou subjektov zdravotného poistenia na akciové spoločnosti splatila dlh poisťovne SZP a súčasne aj dlh ostatných vtedy existujúcich subjektov zdravotného poistenia. Dvomi akcionármi spoločnosti Veriteľ, a.s. boli Ministerstvo zdravotníctva SR a Ministerstvo financií SR, každé s 50-percentným podielom na základnom imaní spoločnosti. Podľa aktuálne dostupných informácií spoločnosť Veriteľ, a.s. realizovala proces oddĺženia na základe uznesení vlády Slovenskej republiky, a tento proces bol zjavne financovaný z verejných finančných prostriedkov. Splatenie dlhov poisťovne SZP spoločnosťou Veriteľ, a.s. preto bolo financované zo štátnych prostriedkov.

— Dotácia SZP v roku 2006

- (105) Na základe aktuálne dostupných informácií sa zdá, že ide o potenciálnu dotáciu poskytnutú vládou Slovenskej republiky prostredníctvom ministerstva zdravotníctva. Preto sa bude považovať za dotáciu poskytovanú štátom a zo štátnych prostriedkov.

— Zvýšenie základného imania VŠZP v roku 2010

- (106) Podľa aktuálne dostupných informácií sa zdá, že zvýšenie základného imania v roku 2010 realizoval jediný akcionár VŠZP, a to ministerstvo zdravotníctva. Opatrenie teda bolo poskytované štátom a zo štátnych prostriedkov.

— Systém vyrovnávania rizík (RES)

- (107) Prostredníctvom tohto mechanizmu úpravy sa podľa všetkého realizuje prerozdelenie príjmov medzi zdravotné poisťovne, čo zahŕňa aj nepriame finančné prevody medzi trhovými subjektmi, pričom tento mechanizmus funguje v zmysle vnútroštátnych právnych predpisov. Podľa ustálenej judikatúry a praxe Komisie možno systém úpravy o riziko, prostredníctvom ktorého sa realizuje prerozdelenie príjmov medzi zdravotné poisťovne v zmysle vnútroštátnych právnych predpisov, považovať za systém zahŕňajúci štátne prostriedky⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Ak sa finančné prostriedky na opatrenie štátu získavajú z povinných príspevkov zdravotných poisťovní a následne sa prerozdeľuje podľa vnútroštátnych právnych predpisov, môžu sa považovať za štátne prostriedky aj vtedy, ak ich zhromažďujú a spravujú iné inštitúcie ako verejné orgány. Napr.: vec T-289/03 BUPA/Komisia, 12.2.2008, Zb. s. II-81; vec 173/73 Taliansko/Komisia, Zb. 1974 s. 709, bod 35 rozsudku; stanovisko generálneho advokáta Jacobsa 30. apríla 2002 vo veci C-126/01 GEMO SA, bod 54.

- (108) Komisia však orgány Slovenskej republiky vyzýva, aby predložili svoje pripomienky k uvedeným aspektom, ako aj všetky relevantné informácie (vrátane znení právnych predpisov), a najmä aby poskytli úplný prehľad všetkých finančných tokov v rámci systému RES.

— Prevod poisťných kmeňov na SZP a VŠZP

- (109) Podľa aktuálne dostupných informácií sa zdá, že prevod predmetných poisťných kmeňov sa realizoval v nadväznosti na rozhodnutia prijaté štátom v súlade s vtedy platnými právnymi ustanoveniami, podľa ktorých sa do ich zmeny a doplnenia v roku 2011 umožňoval bezplatný prevod poisťných kmeňov zdravotných poisťovní. Zdá sa, že vzhľadom na to, že dotknuté prevody poisťných kmeňov sa realizovali v prospech konkrétnej zdravotnej poisťovne, ktorú vybral štát, a to priamym uplatňovaním uznesení štátu, možno ich pripísať štátu, a preto ich možno považovať za opatrenia poskytnuté štátom.

3.1.3. Existencia selektívnej hospodárskej výhody

- (110) Aby opatrenie štátu prospievajúce činnosti, ktorú možno označiť za činnosť hospodárskej povahy, predstavovalo štátnu pomoc v zmysle právnych predpisov EÚ, musí spĺňať aj podmienku selektívnosti vo význame zvýhodnenia určitého podniku, ako sa ustanovuje v článku 107 ods. 1 ZFEÚ⁽²⁾.

— Zvýšenie základného imania VŠZP v roku 2006

- (111) Slovenské orgány argumentujú najmä tým, že kapitálová injekcia z roku 2006 bola v súlade so zásadou investora v trhovom hospodárstve, teda že sa neposkytla žiadna výhoda, a preto opatrenie nepredstavovalo štátnu pomoc. Slovenské orgány navyše trvajú na tom, že zvýšenie základného imania predstavovalo nevyhnutnú podmienku, ktorej splnenie nariadil ÚDZS s cieľom obnoviť platobnú schopnosť SZP vzhľadom na to, že SZP mala pred svojou transformáciou na akciovú spoločnosť záväzky po lehote splatnosti vo výške približne 17,5 mil. EUR, ktoré vyplývali z predošlých záväzkov SZP ako verejnej inštitúcie v sektore zdravotníctva.

- (112) Komisia pripomína, že argumentácia slovenských orgánov, ktorá sa opiera o dodržiavanie zásady investora v trhovom hospodárstve, by sa dala ťažko akceptovať vzhľadom na skutočnosť, že a) opatrenie sa podľa všetkého zameriava na minulé záväzky poisťovne, b) SZP mala v danom čase zjavné problémy s platobnou schopnosťou, a takisto s ohľadom na c) intenzívnejšiu hospodársku súťaž v sektore povinného zdravotného poistenia v dôsledku reformy zavedenej v zmysle zákonov č. 581/2004 Z. z. a č. 580/2004 Z. z.

- (113) Komisia však takisto pripomína, že podľa aktuálne dostupných informácií je možné, že ťažkosti, ktorým v uvedenom období SZP čelila, skutočne súviseli

⁽²⁾ Rozsudok zo 6. septembra 2006, vec C-88/03, Portugalsko/Komisia, Zb. s. I-7115, bod 54.

výhradne a v plnej miere s obmedzeniami predošlých povinností v oblasti služieb všeobecného hospodárskeho záujmu, ktoré pre SZP vyplývali a ktoré jej neboli inak nahradené. Podľa rozsudku Súdneho dvora Európskej únie vo veci *Altmark* ⁽¹⁾ náhrada za poskytovanie služieb všeobecného záujmu nepredstavuje výhodu, a teda netvorí súčasť štátnej pomoci, a preto sa na ňu nevzťahuje ani povinnosť predchádzajúceho oznámenia a schválenia Európskou komisiou, iba ak sú splnené štyri kumulatívne podmienky. Slovenské orgány neuviedli, či príslušné opatrenie spĺňa tieto podmienky, ale ak to tak je, Komisia ich vyzýva, aby predložili ďalšie argumenty a odôvodnenia v prospech možnosti, že toto opatrenie so zreteľom na kritériá uvedené v rozsudku vo veci *Altmark* nepredstavuje výhodu poskytnutú SZP.

— Splatenie dlhov SZP spoločnosťou Veriteľ, a.s.

(114) Podľa aktuálne dostupných informácií sa zdá, že v rámci všeobecného systému oddlženia, ktorý bol pred transformáciou všetkých zdravotných poisťovní na nové spoločnosti zavedený prostredníctvom intervencie štátom kontrovaného subjektu Veriteľ, a.s. a ktorý sa mal dokončiť do septembra 2005, boli všetky vtedy existujúce zdravotné poisťovne (t. j. SZP a VŠZP – dve štátne poisťovne, ako aj tri súkromné poisťovne) podľa všetkého minimálne oprávnené využiť systém oddlženia podľa rovnakých, nediskriminačných podmienok. V tejto chvíli nie je jasné, či skutočne všetky zdravotné poisťovne reálne využili tento systém oddlženia. Bolo by potrebné posúdiť presné podmienky každej takejto operácie, aby sa dala s istotou vylúčiť diskriminácia.

(115) V tejto súvislosti Komisia pripomína, že úhrady, ktoré sa realizovali v dôsledku všeobecného procesu oddlženia, nemusia predstavovať štátnu pomoc, ak sa uskutočnili otvoreným, transparentným a nediskriminačným spôsobom, pretože tak by neposkytovali selektívnu výhodu konkrétnym subjektom, keďže všetci existujúci poskytovatelia zdravotného poistenia by mali nárok na oddlženie za rovnakých podmienok.

(116) Navrhovateľ, poisťovňa Dôvera, nepodal svoj podnet priamo v súvislosti so všeobecným systémom oddlženia. V súvislosti so splatením dlhu SZP vo výške 52,7 mil. EUR navrhovateľ uvádza, že keďže suma splateného dlhu SZP bola vyššia, ako v rámci oddlženia prijal sám navrhovateľ, dá sa jednoznačne predpokladať, že v rámci procesu oddlžovania išlo o neodôvodnené diskriminačné zaobchádzanie. Toto tvrdenie však nie je podložené inými relevantnými informáciami, napríklad objemom vzniknutého dlhu uvedených poisťovní, ktorý by mohol zdôvodňovať rozdielne výšky splateného dlhu, čím by boli dodržané bežné pravidlá nediskriminácie.

(117) Hlavné obavy navrhovateľa sa týkajú splatenia ďalšieho dlhu vo výške 28 mil. EUR, ktorý mala SZP na osobitnom účte prerozdelenia poistného, spoločnosťou

Veriteľ, a.s., pričom k tejto úhrade došlo 30. novembra 2005 (teda už po transformácii fondov zdravotného poistenia na zdravotné poisťovne).

(118) Navrhovateľ argumentuje, že v prípade tohto opatrenia ide o štátnu pomoc, pretože protiplnenie, ktoré poskytla spoločnosť Veriteľ, a.s. (840 mil. SKK, približne 28 mil. EUR) za postúpenie pohľadávok SZP (929 mil. SKK, približne 31 mil. EUR v pohľadávkach na poistnom a na úrokoch, z toho približne 343 mil. SKK, približne 11 mil. EUR v úrokoch), bolo neprimerane vysoké a v rozpore s trhovými podmienkami, pretože pohľadávky SZP boli v zásade nevyhľadateľné. Slovenské orgány argumentujú tým, že proces oddlženia nepredstavuje štátnu pomoc, pretože ide o záväzky a pohľadávky subjektov s rovnakým vlastníkom.

(119) V súčasnosti nie je zrejmé, z akého dôvodu bol splatený tento ďalší dlh SZP vo výške 28 mil. EUR. Zdá sa možným, že táto suma potenciálne predstavovala oneskorenú úhradu, ktorú spoločnosť Veriteľ, a.s. realizovala v súlade so svojou predchádzajúcou intervenciou a z rovnakých právnych dôvodov (pred transformáciou) a ktorá by, ak bola realizovaná za nediskriminačných podmienok, z tohto hľadiska nepredstavovala štátnu pomoc.

(120) Komisia preto vyzýva príslušný členský štát a všetky zainteresované strany, aby predložili svoje pripomienky k týmto aspektom.

— Dotácia SZP v roku 2006

(121) V súčasnosti, a to na základe informácií poskytnutých navrhovateľom a slovenskými orgánmi, nemožno vylúčiť, že finančné prostriedky vzaté z likvidačnej súvahy spoločnosti Veriteľ, a.s. predstavujú poskytnutie výhody pre SZP zo štátnych prostriedkov.

(122) Navyše stále nie je jasné, na akom právnom základe štát túto transakciu uskutočnil.

(123) Komisia vyzýva príslušný členský štát a všetky zainteresované strany, aby predložili svoje pripomienky k týmto aspektom.

— Zvýšenie základného imania VŠZP v roku 2010

(124) Slovenské orgány uvádzajú, že i) „zvýšenie základného imania je prirodzeným právom majiteľa spoločnosti a predstavuje reakciu na vývoj prostredia, v ktorom vlastnená spoločnosť pôsobí“, ii) toto zvýšenie odrážalo všeobecný trend v oblasti zdravotného poistenia, najmä s ohľadom na úroveň rastu a celkovú výšku základného imania vo vzťahu k rozsahu poistného kmeňa. Z uvedených dôvodov bolo podľa slovenských orgánov zvýšenie základného imania legitímne, keďže „štát sa nemôže zúčastňovať na vykonávaní verejného zdravotného poistenia ako služby vo verejnom záujme, a preto nemôže odmietnuť udržanie bezpečnosti kapitálu spoločnosti, ktorú vlastní a ktorá tieto služby poskytuje na úrovni porovnateľnej so svojím okolím“ ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Vec C-280/00 *Altmark Trans GmbH a Regierungspräsidium Magdeburg/Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH*, a Oberbundesanwalt beim Bundesverwaltungsgericht, Zb. 2003, s. I-7747, body 87 – 93.

⁽²⁾ Podanie slovenských orgánov z 15. júla 2011.

- (125) Stále však nie je jasné, do akej miery štát pri realizácii tohto zvýšenia základného imania postupoval ako trhoví investor. Aktuálne dostupné informácie Komisii neumožňujú posúdiť finančný stav VŠZP v uvedenom období, a teda nie je možné určiť, či sa spoločnosť skutočne nachádzala na prahu platobnej neschopnosti. Takisto nie je možné určiť, či štát mohol dosiahnuť alebo reálne aj dosiahol návratnosť svojej investície.
- (126) Komisia takisto pripomína možnosť, že sa zvýšenie základného imania VŠZP uskutočnilo v snahe kompenzovať záväzky v oblasti služieb všeobecného hospodárskeho záujmu, ktoré pre VŠZP vyplývali a za ktoré nebola inak kompenzovaná. Ak je to tak, Komisia vyzýva slovenské orgány, aby predložili ďalšie argumenty a odôvodnenia v prospech možnosti, že toto opatrenie so zreteľom na kritériá uvedené v rozsudku vo veci *Altmark* nepredstavuje výhodu poskytnutú SZP (pozri bod 139 a ďalšie).
- (127) Komisia vyzýva príslušný členský štát a všetky zainteresované strany, aby predložili svoje pripomienky k týmto aspektom.
- Systém vyrovnávania rizík (RES)
- (128) Účinkom systému RES je nahrádzať niektorým podnikom náklady, ktoré by za normálnych okolností museli znášať. V normálnych trhových podmienkach musia poisťovne znášať náklady, ktoré im vzniknú v súvislosti s ich rizikovým profilom, a následne tomu prispôbiť svoju politiku. Štátom zavedený systém, ktorý má podnikom z verejných finančných prostriedkov nahrádzať určité náklady, pričom tie by za normálnych okolností mali znášať sami, by sa teda mohol považovať za poskytovanie výhody uvedeným podnikom.
- (129) V tejto chvíli nie je jasné, do akej miery sú SZP alebo VŠZP v rámci systému RES príjemcami alebo prispievateľmi.
- (130) VŠZP je podľa všetkého najväčším príjemcom prostriedkov z prerozdelenia. Keďže v roku 1994 bola jediným poisťovateľom na trhu, zdá sa, že z historického hľadiska má vyššie zastúpenie pri staršej časti obyvateľstva (v dôsledku čoho vzniká rizikovejší poistný kmeň VŠZP). Keď na trh vstúpili nové zdravotné poisťovne, boli to podľa všetkého väčšinou mladí (zdravší) poistenci, ktorí zmenili zdravotnú poisťovňu a prešli k týmto novým poisťovňam na trhu (čo novým poisťovňam umožnilo vytvoriť si poistné kmene s nižším rizikom) ⁽¹⁾.
- (131) Podľa informácií, ktoré predložili slovenské orgány, však bola poisťovňa SZP na základe mesačného prerozdelenia príspevkov nariadená úhrada poplatku na vyplatenie finančných prostriedkov ostatným zdravotným poisťovňam. Hoci táto nepresná informácia môže viesť k

domnienke, že SZP bola v rámci systému RES čistým prispievateľom, nie je jasné, kedy bol tento poplatok nariadený, v akej výške, za akých podmienok a či sa uvedená situácia vyskytovala pravidelne alebo výnimočne.

- (132) Komisia vyzýva Slovenskú republiku, aby objasnila presné fungovanie systému RES a aby uviedla, kto je v tomto systéme čistým príjemcom a kto čistým prispievateľom. Ak by boli VŠZP/SZP v systéme RES čistými príjemcami, a to vo všeobecnosti, mohol by sa systém RES považovať za systém poskytujúci VŠZP/SZP výhodu.
- (133) Bez ohľadu na uvedené skutočnosti Komisia pripomína, že podľa aktuálnych informácií je systém RES navrhnutý tak, aby poskytoval náhradu za záväzky v oblasti služieb všeobecného hospodárskeho záujmu, ktoré vyplývajú pre všetky zdravotné poisťovne pôsobiace na trhu zdravotného poistenia v Slovenskej republike. Preto Komisia vyzýva slovenské orgány, aby ozrejmili, či treba systém RES považovať za systém výhradne a v plnej miere pokrývajúci financovanie príslušných záväzkov v oblasti služieb všeobecného hospodárskeho záujmu, ktoré boli zverené zdravotným poisťovňam, alebo či existujú aj ďalšie zdroje financovania. Komisia slovenské orgány takisto vyzýva, aby predložili ďalšie odôvodnenia v prospech možnosti, že toto opatrenie so zreteľom na kritériá uvedené v rozsudku vo veci *Altmark* nepredstavuje štátnu pomoc.
- (134) Okrem Slovenskej republiky Komisia vyzýva aj ostatné členské štáty a všetky ďalšie zainteresované strany, aby predložili svoje pripomienky k týmto aspektom.
- Prevod poistných kmeňov na SZP a VŠZP
- (135) Dalo by sa usúdiť, že samotným prevodom uvedených poistných kmeňov na SZP a VŠZP im bola poskytnutá výhoda: prevod uzavretých poistných zmlúv možno považovať za poskytnutú výhodu, ktorú ostatné poisťovne nedostali, pretože tie obchodnú činnosť nezískali, ale museli svoju obchodnú činnosť začať a rozvinúť samostatne. Tieto prevody sa podľa všetkého uskutočnili bezodplatne a priamo na subjekt, ktorý vybral členský štát, a to napriek existencii iných subjektov, ktoré možno mali o predmetné prevody záujem a boli ochotné za ne zaplatiť trhovú cenu. Zdá sa však, že štát rozhodol o bezodplatnom prevode týchto poistných kmeňov na štátne subjekty. Podľa aktuálne dostupných informácií až v roku 2011 došlo k zmene zákona, pričom sa stanovilo, že prevody poistných kmeňov sa budú realizovať za úhradu trhovej ceny.
- (136) Navyše nie je zjavné, či sa tieto prevody poistných kmeňov týkali všetkých pohľadávok a všetkých záväzkov poisťovní zrušených likvidáciou. Ak došlo iba k čiastočnému alebo úplnému prevodu práv, nie však príslušných záväzkov, môže to znamenať, že príjemcom, t. j. SZP a VŠZP, bola poskytnutá výhoda. Hodnotu prevodu poistného kmeňa zmlúv poistencov možno navyše posúdiť z hľadiska jeho rizikového profilu.

- (137) Napríklad prevod vysoko rizikového poistného kmeňa môže sám osebe predstavovať pre prijímajúcu spoločnosť záťaž. Povinnosť prijímajúcej spoločnosti prijať takýto poistný kmeň bez možnosti odmietnutia by sa

⁽¹⁾ Podľa správy z roku 2011: *Health Systems in Transition Vol.13 No.2 2011 – Slovakia Health System Review* (Systémy zdravotníctva vo fáze prechodu, zv. 13 č. 2, 2011 – Slovensko: Revízia systému zdravotníctva), už citovanej (v poznámke pod čiarou 7), s. 74.

v normálnych trhových podmienkach mohol považovať za záväzok v oblasti služieb všeobecného hospodárskeho záujmu. Vlastníctvo vysoko rizikového poistného kmeňa by tiež znamenalo, že prijímajúca spoločnosť by mala nárok na príslušnú náhradu zo systému RES. Naproti tomu prevod nízko rizikového poistného kmeňa by sa mohol považovať za výhodu pre prijímajúcu spoločnosť, ktorá by však v dôsledku toho musela uhrádzať vyššiu platbu/príspevok do systému RES. V závislosti od uvedených aspektov prevod poistného kmeňa môže alebo nemusí predstavovať výhodu poskytnutú prijímajúcej spoločnosti.

(138) Komisia preto vyzýva príslušný členský štát a všetky zainteresované strany, aby predložili svoje pripomienky k týmto aspektom.

— Všeobecné úvahy o uplatniteľnosti kritérií uvedených v rozsudku vo veci *Altmark*

(139) Zdá sa, že v Slovenskej republike majú všetky zdravotné poisťovne všeobecné záväzky v oblasti služieb všeobecného hospodárskeho záujmu, ktoré im vyplývajú z vykonávania činnosti zdravotnej poisťovne v súlade s vnútroštátnymi ustanoveniami zákonov č. 580/2004 Z. z. a č. 581/2004 Z. z. Poisťovníam SZP a VŠZP však možno boli uložené ďalšie konkrétne záväzky v oblasti služieb všeobecného hospodárskeho záujmu. Môže to tak byť, najmä pokiaľ ide o záväzky v oblasti služieb všeobecného hospodárskeho záujmu, ktoré boli SZP zjavne uložené pred jej transformáciou na akciovú spoločnosť a na základe ktorých jej vznikli záväzky v oblasti služieb všeobecného hospodárskeho záujmu prípadne oprávnené na náhradu. Rovnako to môže platiť pre ďalšie prevody poisťovních kmeňov poisťovní, ako sa vysvetľuje v predchádzajúcom texte.

(140) V tejto súvislosti Komisia pripomína, že náhrady za služby všeobecného hospodárskeho záujmu, ktoré boli spoločnosti poskytnuté, nemusia za určitých presne vymedzených podmienok predstavovať hospodársku výhodu.

(141) Predovšetkým, Súdny dvor Európskej únie vo svojom rozsudku vo veci *Altmark* ⁽¹⁾ uvádza, že keďže opatrenie štátu musí byť považované za náhradu predstavujúcu protihodnotu za služby poskytnuté podnikmi, ktorým bola pomoc poskytnutá na realizáciu služieb vo verejnom záujme, pričom tieto podniky v skutočnosti nemajú finančnú výhodu a uvedené opatrenie teda nemá za účinok privodenie výhodnejšieho súťažného postavenia vo vzťahu ku konkurenčným podnikom, takéto opatrenie nespadá do pôsobnosti článku 107 ods. 1 ZFEÚ.

(142) Súdny dvor však takisto ozrejmil, že ak takáto náhrada za službu vo verejnom záujme nemá byť v konkrétnom prípade kvalifikovaná ako štátna pomoc, treba splniť tieto štyri kumulatívne kritériá:

— Po prvé, podnik, ktorý prijíma takúto náhradu, musí byť skutočne poverený plnením záväzkov v oblasti služieb všeobecného hospodárskeho záujmu, pričom tieto záväzky musia byť jasne vymedzené.

— Po druhé, kritériá, na základe ktorých sa vypočíta náhrada uvedených záväzkov v oblasti služieb všeobecného hospodárskeho záujmu, musia byť vopred objektívne a transparentne stanovené.

— Po tretie, náhrada nemôže prekročiť sumu, ktorá je potrebná na pokrytie všetkých nákladov alebo ich časti, vzniknutých pri plnení úloh v oblasti služieb všeobecného hospodárskeho záujmu, berúc do úvahy príslušné tržby, ako aj primeraný zisk z plnenia týchto záväzkov.

— Po štvrté, ak sa výber podniku, ktorý bude poverený realizáciou záväzkov služieb vo verejnom záujme v konkrétnom prípade neuskutočňuje prostredníctvom výberového konania v rámci verejnej súťaže umožňujúcej vybrať kandidáta schopného poskytovať tieto služby za najnižšiu cenu, výška poskytnutej náhrady musí byť určená na základe analýzy výdavkov, ktoré by stredne veľký podnik, dobre riadený a primerane vybavený vynaložil pri realizácii týchto záväzkov.

(143) Vo svojom ďalšom rozsudku vo veci *BUPA* Súd prvého stupňa pripomenul, že Súdny dvor Európskej únie časovo neobmedzil rozsah formulácií v rozsudku *Altmark*. V tejto súvislosti Súd prvého stupňa vysvetlil, že výklad ustanovenia práva EÚ, ktorý podáva Súdny dvor, sa obmedzuje na objasnenie a spresnenie jeho významu a rozsahu tak, ako ho bolo treba chápať a uplatňovať od okamihu, keď nadobudlo účinnosť. Z toho vyplýva, že takto vyložené ustanovenie muselo byť spätne uplatňované aj na právne vzťahy, ktoré vznikli a boli založené pred vyhlásením dotknutého rozsudku, a že len výnimočne môže byť Súdny dvor na základe uplatnenia všeobecnej zásady právnej istoty, ktorá je súčasťou právneho poriadku EÚ, nútený k tomu, aby obmedzil možnosť všetkých oprávnených osôb odvolávať sa pri spochybnení právnych vzťahov založených v dobrej viere na ustanovenie, ktoré vyložil. Súd prvého stupňa však tiež objasnil, že uvedené obmedzenie pri uplatňovaní takto vyloženého ustanovenia musí byť samo osebe ustanovené v rozsudku, ktorým sa rozhoduje o výklade dotknutého ustanovenia ⁽²⁾.

(144) Pri predmetnej veci to znamená, že keďže vo veci *Altmark* ESD nestanovil žiadne obmedzenie pri spätnom uplatňovaní svojho výkladu pojmov pomoc a

⁽¹⁾ Vec C-280/00 *Altmark Trans GmbH a Regierungspräsidium Magdeburg/Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH*, a *Oberbundesanwalt beim Bundesverwaltungsgericht*, Zb. 2003, s. I-7747, body 87 – 93.

⁽²⁾ Rozsudok z 12. februára 2008, vec T-289/03 *BUPA/Komisia*, Zb. s. II-81, body 158 – 159. Rozsudok je konečný, nebolo proti nemu podané odvolanie na Súdny dvor Európskej únie. Podľa uvedeného rozsudku sa tieto úvahy zakotvené v príslušnej judikatúre, najmä povinnosť vnútroštátnych súdov vykonávať právo EÚ, *mutatis mutandis* uplatňuje na inštitúcie EÚ, ktoré sa zasa vyzývajú, aby vykonávali ustanovenia práva EÚ, ktoré podliehajú neskoršiemu výkladu sú Súdneho dvora (bod 159 rozsudku).

selektívna výhoda podľa článku 107 ods. 1 ZFEÚ, zásady, úvahy a kritériá posudzovania stanovené v rozsudku vo veci *Altmark* sa budú pre skutkovú a právnu situáciu predmetnej veci plne uplatňovať.

(145) Komisia by preto v súvislosti s posudzovanými opatreniami chcela analyzovať uvedené kritériá uvedené v rozsudku vo veci *Altmark*. Keďže sú však podmienky uplatniteľnosti judikatúry vo veci *Altmark* kumulatívne, nesplnenie niektorej z uvedených podmienok by znamenalo, že opatrenia sa budú považovať za štátnu pomoc v zmysle právnych predpisov EÚ.

(146) Na základe aktuálnych informácií nie je možné bez pochybností stanoviť, či sú v súvislosti so všetkými predmetnými opatreniami splnené všetky kritériá uvedené v rozsudku vo veci *Altmark*. Po prvé, vzhľadom na nedostatok informácií nie je možné určiť, či boli skutočne všetky opatrenia zamerané na náhradu záväzkov v oblasti služieb všeobecného hospodárskeho záujmu, ktorými mohli byť SZP a VŠZP prípadne poverené. Aj keby to tak bolo, zdá sa, že za akýchkoľvek okolností môže byť splnenie štvrtého kritéria uvedeného v rozsudku vo veci *Altmark* v súvislosti s predmetnými opatreniami otáznе. Skutočne sa pri žiadnom z opatrení nezdá, že by sa výber poskytovateľov zdravotného poistenia SZP a VŠZP, ktorí boli poverení realizáciou záväzkov služieb v oblasti služieb všeobecného hospodárskeho záujmu a získali za ne náhradu, uskutočnil v rámci postupu výberového konania. Navyše sa nezdá ani to, že by niektorá z týchto poisťovní poskytovala uvedené služby za najnižšiu cenu. Slovenské orgány navyše nepredložili dôkazy o tom, že by sa výpočet akejkoľvek náhrady za služby všeobecného hospodárskeho záujmu poskytnutý SZP a VŠZP opieral o náklady, ktoré by vynaložil stredne veľký, dobre riadený a primerane vybavený podnik.

(147) Komisia preto vyzýva Slovenskú republiku, aby ozrejnila uvedené aspekty, a takisto vyzýva slovenské orgány a všetky zainteresované strany, aby predložili svoje pripomienky k aspektom uvedeným vyššie, ako aj konkrétnu a podrobnú argumentáciu, v prípade potreby podloženú relevantnými dokumentmi.

3.1.4. *Narušenie hospodárskej súťaže a vplyv na obchod medzi členskými štátmi*

(148) Podľa článku 107 ods. 1 ZFEÚ musí opatrenie ovplyvniť obchod v rámci EÚ a narušovať alebo hroziť narušením hospodárskej súťaže.

(149) Ak pomoc, ktorú členský štát poskytne, posilňuje postavenie jedného podniku v porovnaní s ostatnými podnikmi, ktoré si konkurujú v rámci obchodu v Unii, treba tieto ostatné konkurujúce podniky považovať za ovplyvnené pomocou. Stačí, že príjemca pomoci je v konkurencii s ostatnými podnikmi na trhoch otvorených hospodárskej súťaži⁽¹⁾.

(150) Na tento účel Komisia v súvislosti so všetkými posudzovanými opatreniami pripomína, že služby zdravotného poistenia patria do obchodu v rámci EÚ. V tejto súvislosti treba pripomenúť, že ak členský štát poskytne určitému podniku pomoc, môže tento svoju činnosť udržať alebo rozšíriť, v dôsledku čoho sa znížia šance ostatných podnikov založených v iných členských štátoch na vstup na trh predmetného členského štátu. Zdravotné poisťovne alebo iní investori z členských štátov EÚ skutočne môžu poskytovať verejné zdravotné poistenie v Slovenskej republike, a to zriadením novej poisťovne alebo získaním akciového podielu v zdravotnej poisťovni, ktorá už v Slovenskej republike existuje.

(151) V skutočnosti SZP a VŠZP pôsobia na trhu, kde poskytovanie zdravotného poistenia v rámci povinného systému vykonávajú rôzne verejné a súkromné subjekty. Súkromné subjekty v uvedenom systéme vlastnia a/alebo kontrolujú zahraniční investori zo štátov EÚ aj mimo nej. Niektoré súkromné zdravotné poisťovne, ktoré pôsobia na Slovensku, alebo ich materské spoločnosti poskytujú zdravotné poistenie aj v iných členských štátoch EÚ. Keďže opatrenia štátu umožňujú príjmom aktívnejšie súťažiť na uvedených trhoch, narúšajú alebo hrozia narušením hospodárskej súťaže. V tejto súvislosti môže mať na rozhodnutie zdravotných poisťovní z iných členských štátov o investovaní na slovenskom trhu povinného zdravotného poistenia vplyv opatrenia štátu poskytnuté v prospech štátnych subjektov SZP a VŠZP.

(152) Vzhľadom na skutočnosť, že verejné finančné prostriedky môžu získať viaceré subjekty na tomto trhu, sa Komisia domnieva, že posudzované opatrenia – pokiaľ by predstavovali podporu činností hospodárskej povahy – by pravdepodobne posilnili postavenie subjektov, ktorým boli poskytnuté, a preto nie je možné vylúčiť ich potenciálny vplyv na obchod v rámci EÚ, pretože by obmedzili schopnosť subjektov z iných členských štátov rozvinúť svoju činnosť na trhu zdravotného poistenia v Slovenskej republike.

(153) Na základe uvedených dôvodov Komisia dospela k názoru, že v danom štádiu nie je možné vylúčiť, že skúmané opatrenia pravdepodobne ovplyvňujú obchod v EÚ a narúšajú hospodársku súťaž v rámci vnútorného trhu.

3.2. **Existujúca pomoc**

(154) V predmetnom prípade členský štát neargumentoval tým, že žiadne z opatrení nepredstavuje existujúcu pomoc, ale väčšinou argumentoval tým, že vykonávanie povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike je činnosťou neehospodárskej povahy, a teda nejde o štátnu pomoc.

(155) Keďže však nemožno vylúčiť, že povinné zdravotné poistenie v Slovenskej republike by mohlo predstavovať hospodársku činnosť, potenciálna prítomnosť existujúcej pomoci sa môže zvýšiť v súvislosti so systémom RES (prebiehajúce opatrenie), ktorý bol zriadený v roku 1995 a pokračoval aj po pristúpení Slovenskej republiky k EÚ (ku ktorému došlo 1. 5. 2004). Systém RES

⁽¹⁾ Rozsudok zo 17. septembra 1980, Philip Morris/Komisia, vec C-730/79, Zb. s. 2671, body 11 a 12 a rozsudok z 30. apríla 1998, Het Vlaamse Gewest/Komisia, vec T-214/95 Zb. s. II-717, body 48 – 50.

bol upravený a existoval naďalej aj v nadväznosti na reformy systému zdravotného poistenia v Slovenskej republike k 1. 1. 2005, ktorými sa vytvoril základ pre možnosť, že by mohlo ísť o činnosť hospodárskej povahy.

(156) V Zmluve o prístupí Slovenska (medzi inými štátmi) sa ustanovuje, že pomoc, ktorá bola v novom členskom štáte poskytnutá pred prístupím a ktorá sa naďalej uplatňuje aj po prístupí, sa považuje za existujúcu pomoc, len ak je splnené jedno z týchto kritérií:

- (i) opatrenie pomoci nadobudlo účinnosť ešte pred 10. decembrom 1994,
- (ii) opatrenie pomoci patrí do pôsobnosti prechodných opatrení zmluvy o prístupí,
- (iii) opatrenie pomoci sa výslovne uvádza v prílohe k zmluve o prístupí (tzv. „zoznam existujúcej pomoci“); alebo

(iv) podľa postupu (tzv. „predbežný postup“), ktorý sa ustanovuje v zmysle zmluvy o prístupí a ktorý sa má uplatňovať v období medzi dátumom nadobudnutia účinnosti zmluvy o prístupí a samotným prístupím k 1. máju 2004, bola pomoc oznámená a schválená vnútroštátnym orgánom pre štátnu pomoc a Komisia voči nej nevzniesla námietku do troch mesiacov po formálnom oznámení zo strany prístupujúceho štátu (pomoc sa následne zaradí na zoznam existujúcej pomoci).

(157) Systém RES nenadobudol účinnosť ešte pred 10. decembrom 1994 a Komisia o ňom nikdy nebola upovedomená ani informovaná. Nepatrilo medzi prechodné opatrenia ani sa neuvádzal v prílohe k zmluve o prístupí. Netvoril ani súčasť predbežného mechanizmu pred prístupím Slovenska k EÚ k 1. máju 2004, keďže slovenské orgány povinné zdravotné poistenie nepovažovali za činnosť hospodárskej povahy. Ak by teda povinné zdravotné poistenie v Slovenskej republike bolo činnosťou hospodárskej povahy už v čase prístupia Slovenska k EÚ k 1. 5. 2004, platby úhrady v rámci systému RES by sa nemohli kvalifikovať ako existujúca pomoc.

(158) Komisia však sama uznáva, že vykonávanie povinného zdravotného poistenia sa mohlo stať hospodárskou činnosťou až od reformy trhu zdravotného poistenia v Slovenskej republike, ktorá nadobudla účinnosť k 1. januáru 2005. To by znamenalo, že prebiehajúce opatrenia štátnej podpory v uvedenom sektore, ako je napríklad systém RES, ktoré nadobudli účinnosť pred uvedeným dátumom, pôvodne nemohli predstavovať štátnu pomoc, k 1. januáru 2005 sa však mohli stať

existujúcou pomocou v zmysle pravidla stanoveného v článku 1 písm. b) bod v) nariadenia Rady (ES) č. 659/1999 ⁽¹⁾.

(159) Komisia súčasne v súlade s judikatúrou Súdneho dvora ⁽²⁾ musí overiť, či sa právny rámec, podľa ktorého sa pomoc poskytuje, po jeho zavedení zmení. V súlade s judikatúrou vo veci Gibraltar ⁽³⁾ by sa zmena existujúcej pomoci mala považovať za zmenu existujúcej pomoci na novú pomoc len v prípade: „ak úprava ovplyvní vlastnú podstatu pôvodnej schémy, pôvodná schéma sa transformuje na novú schému pomoci“.

(160) Vzhľadom na uvedené úvahy sa Komisia domnieva, že úpravou systému RES k 1. januáru 2010 (pozri bod 66), a to pridaním nového rizikového faktora (stavu ekonomickej aktivity poistenca) k faktoru pohlavia a veku, bola v každom prípade ovplyvnená vlastná podstata pôvodného opatrenia (t. j. povaha výhody), a preto sa musí považovať za zmenu existujúceho systému pomoci. Pod podmienkou, že by sa PZP v Slovenskej republike mohlo považovať za činnosť hospodárskej povahy, systém RES by sa touto zmenou k 1. januáru 2010 pretransformoval na novú pomoc v zmysle článku 1 písm. c) procesného nariadenia.

3.3. Zákonnosť opatrení pomoci

(161) Komisia nebola v zmysle článku 108 ods. 3 ZFEÚ upovedomená ani o úprave systému RES (k 1. januáru 2010), ani o žiadnych iných opatreniach.

(162) Keďže opatrenia takto nadobudli účinnosť pred udelením formálneho súhlasu Komisiou, v rozsahu, v akom predstavujú štátnu pomoc, slovenské orgány nesplnili svoju povinnosť zdržať sa konania podľa článku 108 ods. 3 ZFEÚ.

3.4. Zlučiteľnosť s vnútorným trhom

3.4.1. Právny základ

(163) Ak by opatrenia predstavovali pomoc podľa článku 107 ods. 1 ZFEÚ, bolo by potrebné posúdiť ich zlučiteľnosť.

(164) Podľa judikatúry Súdneho dvora ⁽⁴⁾ je úlohou členských štátov uviesť možné dôvody zlučiteľnosti s vnútorným trhom a ukázať, že podmienky takejto zlučiteľnosti sú splnené.

⁽¹⁾ Kde sa uvádza, že „pomoc, ktorá sa považuje za existujúcu pomoc, pretože možno stanoviť, že v čase, keď nadobudla účinnosť, nepredstavovala pomoc a následne sa stala pomocou v dôsledku vývoja spoločného trhu a bez toho, aby ju členský štát upravoval“. Nariadenie Rady (ES) č. 659/1999 z 22. marca 1999 ustanovujúce podrobné pravidlá na uplatňovanie článku 93 Zmluvy o ES („procedurálne nariadenie“), Ú. v. ES L 83, 27.3.1999, s. 1. Porovnaj s rozhodnutím Komisie z 3. októbra 2012 vo veci SA. 23600, Finančné opatrenia týkajúce sa terminálu 2 letiska v Mníchove.

⁽²⁾ Vec C-44/93 Namur-Les Assurances du Crédit SA/Office National du Ducroire a Belgické kráľovstvo, Zb. 1994, s. I-3829.

⁽³⁾ Spojené veci T-195/01 a T-207/01, Zb. 2002, s. II-2309, bod 111.

⁽⁴⁾ Vec C-364/90, Taliansko/Komisia, bod 20.

- (165) Pokiaľ ide o opatrenia v prospech SZP/VšZP, Komisia pripomína, že vzhľadom na to, že slovenské orgány tieto opatrenia nepovažujú za štátnu pomoc, neboli v súvislosti s ich zlučiteľnosťou s vnútorným trhom predložené žiadne konkrétne a podrobné argumenty.
- (166) Slovenské orgány však tvrdia, že vykonávanie povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike je službou všeobecného záujmu, a že toto vykonávanie bolo zverené SZP, hoci sa podľa ich názoru tieto služby označujú za nehospodárske.
- (167) Pokiaľ Komisia činnosť posúdi ako činnosť hospodárskej povahy a akceptuje označenie uvedených služieb za služby všeobecného hospodárskeho záujmu, mohlo by sa posúdenie zlučiteľnosti opatrení v prospech SZP/VšZP uskutočniť so zreteľom na článok 106 ods. 2 ZFEÚ (bod 169 a ďalšie).
- (168) Prípadne by sa možná zlučiteľnosť štátnej pomoci s vnútorným trhom mohla preskúmať na základe výnimky ustanovenej v článku 107 ods. 3 písm. c) ZFEÚ (bod 185 a ďalšie), zatiaľ čo výnimky ustanovené v článku 107 ods. 2 ZFEÚ a 107 ods. 3 písm. a), písm. b) a písm. d) ZFEÚ sa jednoznačne neuplatňujú.
- 3.4.2. *Zlučiteľnosť s vnútorným trhom podľa článku 106 ods. 2 ZFEÚ*
- (169) V článku 106 ods. 2 ZFEÚ sa ustanovuje, že „podniky poverené poskytovaním služieb všeobecného hospodárskeho záujmu alebo podniky, ktoré majú povahu fiškálneho monopolu, podliehajú pravidlám zmlúv, najmä pravidlám hospodárskej súťaže, za predpokladu, že uplatňovanie týchto pravidiel neznamená právne alebo v skutočnosti plniť určité úlohy, ktoré im boli zverené. Rozvoj obchodu nesmie byť ovplyvnený v takom rozsahu, aby to bolo v rozpore so záujmami Únie.“
- (170) V uvedenom článku sa ustanovuje výnimka zo zákazu poskytovania štátnej pomoci uvedeného v článku 107 ods. 1 ZFEÚ, pokiaľ je pomoc nevyhnutná a primeraná v tom, že by v dôsledku neposkytnutia pomoci vznikli prekážky pri výkone služieb všeobecného hospodárskeho záujmu za prijateľných hospodárskych podmienok. Podľa článku 106 ods. 3 ZFEÚ je úlohou Komisie, aby zabezpečila uplatňovanie uvedeného článku vrátane, okrem iného, spresnenia podmienok, za akých sa kritériá nevyhnutnosti a primeranosti považujú za splnené.
- (171) Dňa 31. januára 2012 nadobudol účinnosť nový balík pre služby všeobecného hospodárskeho záujmu vrátane rámca pre služby všeobecného hospodárskeho záujmu z roku 2012 ⁽¹⁾ a rozhodnutia Komisie pre oblasť služieb všeobecného hospodárskeho záujmu z roku 2012 ⁽²⁾. K
- uvedenému dátumu sa bude zlučiteľnosť pomoci vo forme náhrady za službu vo verejnom záujme posudzovať zo zreteľom na kritériá ustanovené v rozhodnutí Komisie o službách všeobecného hospodárskeho záujmu z roku 2012 a v rámci pre služby všeobecného hospodárskeho záujmu z roku 2012.
- (172) Podľa článku 2 rozhodnutia Komisie o službách všeobecného hospodárskeho záujmu z roku 2012 sa uvedené rozhodnutie uplatňuje len pre štátnu pomoc vo forme náhrady za poskytovanie služieb všeobecného hospodárskeho záujmu vo výške menej ako 15 mil. EUR ročne a pre pomoc vo forme náhrady za poskytovanie služieb všeobecného hospodárskeho záujmu nemocnicami a podnikmi poskytujúcimi sociálne služby, konkrétne pokiaľ ide o zdravotnú a dlhodobú starostlivosť, starostlivosť o deti, prístup na trh práce a opätovné začlenenie do trhu práce, sociálne bývanie a starostlivosť o zraniteľné skupiny a sociálne začlenenie týchto skupín.
- (173) Na základe bodu 11 rámca pre služby všeobecného hospodárskeho záujmu z roku 2012 sa štátna pomoc, ktorá nepatrí do pôsobnosti rozhodnutia Komisie o službách všeobecného hospodárskeho záujmu z roku 2012, môže vyhlásiť za zlučiteľnú s článkom 106 ods. 2 zmluvy, ak je nevyhnutná na poskytovanie služieb všeobecného hospodárskeho záujmu a neovplyvňuje rozvoj obchodu v takom rozsahu, ktorý by bol v rozpore so záujmami Únie. Navyše sa rámec pre služby všeobecného hospodárskeho záujmu z roku 2012 uplatňuje spätne pre všetky druhy pomoci, o ktorých Komisia rozhodla pred 31. januárom 2012, a to aj v prípade, ak bola daná pomoc oznámená a/alebo poskytnutá pred uvedeným dátumom. ⁽³⁾
- (174) Komisia konštatuje, že argumentácia, ktorú uviedli slovenské orgány, nie je z hľadiska uplatňovania článku 106 ods. 2 ZFEÚ dostatočná.
- (175) Je pravda, že slovenské orgány uviedli, že verejné zdravotné poistenie predstavuje (nehospodársku) službu všeobecného záujmu. Slovenské orgány však neposkytli žiadnu podrobnú argumentáciu v súvislosti s uplatniteľnosťou článku 106 ods. 2 ZFEÚ.
- (176) Základné podmienky zlučiteľnosti, z ktorých vychádza článok 106 ods. 2 ZFEÚ a ktoré sa uvádzajú v rozhodnutí o službách všeobecného hospodárskeho záujmu, ako aj v rámci pre služby všeobecného hospodárskeho záujmu, sú:
- Pomoc sa musí poskytnúť na skutočné a riadne vymedzené služby všeobecného hospodárskeho záujmu v zmysle článku 106 ods. 2 zmluvy.
 - Zodpovednosťou za poskytovanie služby všeobecného hospodárskeho záujmu musí byť poverený príslušný podnik jedným alebo viacerými aktími, ktorých formu môže upraviť každý členský štát.

⁽¹⁾ Oznámenie Komisie: Rámec Európskej únie pre štátnu pomoc vo forme náhrady za služby vo verejnom záujme, Ú. v. EÚ C 8, 11.1.2012, s. 15 – 22.

⁽²⁾ Rozhodnutie Komisie z 20. decembra 2011 o uplatňovaní článku 106 ods. 2 Zmluvy o fungovaní Európskej únie na štátnu pomoc vo forme náhrady za službu vo verejnom záujme udeľovanej niektorým podnikom povereným poskytovaním služieb všeobecného hospodárskeho záujmu, Ú. v. EÚ L 7, 11.1.2012, s. 3 – 10.

⁽³⁾ Podľa bodu 69 rámca pre služby všeobecného hospodárskeho záujmu z roku 2012 sa však v prípade nezákonnej štátnej pomoci vylučuje spätne uplatňovanie jeho bodov 14, 19, 20, 24, 39 a 60.

Uvedený akt by mal jasne špecifikovať obsah a trvanie záväzkov služby vo verejnom záujme; príslušný podnik poverený týmito záväzkami a prípadne príslušné územie; povahu akýchkoľvek výhradných alebo osobitných práv priznaných podniku; opis mechanizmu náhrady a parametre pre výpočet, kontrolu a posudzovanie náhrady; opatrenia na predchádzanie vzniku nadmernej náhrady a na vrátenie takejto nadmernej náhrady.

— Výška náhrady nesmie presahovať sumu potrebnú na pokrytie čistých nákladov na plnenie záväzkov služieb vo verejnom záujme, vrátane primeraného zisku.

- (177) Komisia má pochybnosti, pokiaľ ide o splnenie uvedených základných podmienok zlučiteľnosti, čo sa zhoduje s pochybnosťami Komisie o splnení z vecného hľadiska podobných prvých troch kritérií uvedených v rozsudku vo veci *Altmark* (pozri bod 139 a ďalšie).
- (178) Po prvé, vzhľadom na to, že slovenské orgány Komisii neposkytli jasné vymedzenie rozsahu a povahy záväzkov uložených SZP/VšZP, Komisia v danej chvíli nemá k dispozícii dostatočné informácie na to, aby mohla usúdiť, že skutočne ide o službu vo verejnom záujme.
- (179) Po druhé, keďže doposiaľ záväzky v oblasti služieb vo verejnom záujme neboli presne vymedzené, na základe dostupných informácií nemôže Komisia posúdiť, či bol príjemca poverený výkonom úlohy vo verejnom záujme primeraným spôsobom. V dôsledku toho v súčasnosti niet jasných informácií o všetkých špecifikáciách, ktoré by mal riadny akt poverenia vykazovať.
- (180) Navyše, keďže Komisia nemá jasný obraz v súvislosti s vymedzením záväzkov v oblasti služieb všeobecného hospodárskeho záujmu, ktoré sú presne relevantné z hľadiska jednotlivých opatrení predmetnej veci, a ani nemá vedomosť o špecifikáciách, ktoré by mal obsahovať riadny akt poverenia, nie je možné, aby posúdila výšku nákladov potrebných na plnenie uvedených záväzkov, ani úroveň náhrady, ktorá by bola primeraná.
- (181) Okrem toho je podľa informácií dostupných v tomto štádiu otázne, či by boli kumulatívne splnené aj ostatné požiadavky zlučiteľnosti s vnútorným trhom podľa článku 106 ods. 2, ako sa to vyžaduje.
- (182) So zreteľom na uvedené skutočnosti má Komisia v tomto štádiu pochybnosti, či možno potenciálnu pomoc poskytnutú SZP/VšZP vyhlásiť za pomoc zlučiteľnú s vnútorným trhom podľa článku 106 ods. 2 ZFEÚ.
- (183) Komisia preto vyzýva slovenské orgány, aby formou konkrétnej, osobitnej a podrobnej argumentácie a dokumentácie uviedli, či, prečo a do akej miery patria príslušné opatrenia do pôsobnosti rozhodnutia o službách všeobecného hospodárskeho záujmu z roku 2012 a

rámca pre služby všeobecného hospodárskeho záujmu z roku 2012, ako aj to, či, prečo a do akej miery sú boli splnené kritériá zlučiteľnosti, ktoré v nich boli ustanovené.

- (184) Komisia vyzvala aj ostatné zainteresované strany, aby v tejto súvislosti predložili svoje pripomienky.

3.4.3. Zlučiteľnosť s vnútorným trhom podľa článku 107 ods. 3 písm. c) ZFEÚ

- (185) V článku 107 ods. 3 písm. c) ZFEÚ sa uvádza, že: „pomoc na rozvoj určitých hospodárskych činností alebo určitých hospodárskych oblastí, za predpokladu, že táto podpora nepriaznivo neovplyvní podmienky obchodu tak, že by to bolo v rozpore so spoločným záujmom“, sa môže považovať za pomoc zlučiteľnú s vnútorným trhom.
- (186) Komisia pripomína, že argumentácia, ktorú uviedli slovenské orgány, tiež nie je dostatočná z hľadiska priameho uplatňovania článku 107 ods. 3 písm. c) ZFEÚ.
- (187) Komisia tiež pripomína, že v odseku 9 rámca pre služby všeobecného hospodárskeho záujmu z roku 2012 sa uvádza, že: „pomoc pre poskytovateľov služieb všeobecného hospodárskeho záujmu, ktorí sa nachádzajú v ťažkostiach, sa bude posudzovať podľa usmernení Spoločenstva o štátnej pomoci na záchranu a reštrukturalizáciu firiem v ťažkostiach“.
- (188) Komisia však v súčasnosti nemá dostatočné informácie o tom, či sa SZP/VšZP v čase prijatia náhrady za služby všeobecného hospodárskeho záujmu nachádzali v ťažkostiach, ani o tom, či boli splnené podmienky zlučiteľnosti uvedené v usmernení o pomoci na záchranu a reštrukturalizáciu⁽¹⁾.
- (189) Preto Komisia *prima facie* pochybuje, že by sa uvedené opatrenie mohlo považovať za zlučiteľné s vnútorným trhom podľa článku 107 ods. 3 písm. c) ZFEÚ.
- (190) Z dôvodu začatia konania vo veci formálneho zisťovania Komisia vyzýva slovenské orgány a tretie strany, aby v tejto súvislosti predložili svoje pripomienky.

4. ZHRNUTIE ZÁVEROV V SÚVISLOSTI S POCHYBNOSŤAMI KOMISIE

- (191) So zreteľom na osobitosti predmetnej veci (ako sa opisuje v predchádzajúcom texte) mohli SZP/VšZP, ako aj ostatné spoločnosti ponúkajúce v Slovenskej republike zdravotné poistenie v rámci povinného systému, vykonávať od 1. 1. 2005 hospodársku činnosť.
- (192) Na základe vyššie uvedených vysvetlení Komisia dospela k názoru, že v tomto štádiu nie je možné vyvrátiť, či predmetné opatrenia v tejto veci predstavujú štátnu pomoc pre SZP/VšZP v zmysle článku 107 ods. 1 ZFEÚ.
- (193) Z dôvodu chýbajúcich konkrétnych argumentov alebo jasných indikácií, pokiaľ ide o ich zlučiteľnosť s vnútorným trhom, v tomto štádiu konania existujú

⁽¹⁾ Ú. v. EÚ C 244, 1.10.2004, s. 2.

pochybnosti, či by sa tieto opatrenia mohli považovať za zlučiteľné s vnútorným trhom podľa článku 106 ods. 2 alebo článku 107 ods. 3 písm. c) ZFEÚ.

- (194) Komisia preto považuje za nevyhnutné začať v súvislosti s uvedenými opatreniami konanie vo veci formálneho zisťovania, ktoré sa ustanovuje v článku 108 ods. 2 ZFEÚ.
- (195) Konečný záver v súvislosti s otázkami, či vykonávanie povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike skutočne je alebo nie je činnosťou hospodárskej alebo nehospodárskej povahy, či opatrenia štátu spĺňajú všetky ostatné podmienky na to, aby predstavovali štátnu pomoc, a ak áno, či sú zlučiteľné so ZFEÚ, bude vyvođený až v záverečnom rozhodnutí, ktoré Komisia prijme po dokončení formálneho zisťovania, po zhromaždení a hĺbkovom posúdení všetkých dostupných informácií (vrátane ďalších pripomienok členských štátov a tretích strán).

Na základe uvedených úvah sa Komisia rozhodla začať v súvislosti s opísaným opatreniam konanie vo veci formálneho zisťovania, ktoré sa ustanovuje v článku 108 ods. 2 ZFEÚ.

V súlade s postupom ustanoveným v článku 108 ods. 2 ZFEÚ Komisia žiada Slovenskú republiku, aby do jedného mesiaca od doručenia tohto listu predložila svoje pripomienky a poskytla všetky informácie, ktoré môžu pomôcť pri posudzovaní uvedených opatrení. Komisia tiež žiada Vaše orgány, aby bezodkladne poslali kópiu tohto listu potenciálnym príjemcom pomoci.

Komisia si dovoľuje Slovenskej republike pripomenúť, že článok 108 ods. 3 Zmluvy o fungovaní Európskej únie má odkladný účinok, a upozorňuje na článok 14 nariadenia Rady (ES) č. 659/1999, v ktorom sa ustanovuje, že akúkoľvek neoprávnenú pomoc možno od príjemcov vymáhať.

Komisia upozorňuje Slovenskú republiku, že bude informovať zainteresované strany uverejnením tohto listu a jeho zmysluplného zhrnutia v Úradnom vestníku Európskej únie. Komisia bude informovať aj zainteresované strany v krajinách EZVO, ktoré sú signatármi dohody o EHP, a to uverejnením oznamu v dodatku EHP k Úradnému vestníku Európskej únie, ako aj Dozorný úrad EZVO, a to zaslaním kópie tohto listu. Všetky tieto zainteresované strany Komisia vyzve, aby predložili svoje pripomienky do jedného mesiaca od dátumu uverejnenia týchto informácií.”