

DÉCISION (UE) 2015/248 DE LA COMMISSION**du 15 octobre 2014****concernant les mesures SA.23008 (2013/C) (ex 2013/NN) accordées par la République slovaque à Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (SZP), et à Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VšZP)***[notifiée sous le numéro C(2014) 7277]***(Le texte en langue slovaque est le seul faisant foi.)****(Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE)**

LA COMMISSION EUROPÉENNE,

vu le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (ci-après le «TFUE» ou le «traité»), et notamment son article 108, paragraphe 2, premier alinéa,

vu l'accord sur l'Espace économique européen, et notamment son article 62, paragraphe 1, point a),

après avoir invité les parties intéressées à présenter leurs observations conformément aux dispositions précitées ⁽¹⁾,

considérant ce qui suit:

1. PROCÉDURE

- (1) Le 2 avril 2007, la Commission a reçu par lettre une plainte de l'organisme d'assurance maladie privé Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s. (ci-après la «société d'assurance Dôvera» ou le «plaignant»), au sujet d'une aide d'État présumée en faveur de l'organisme d'assurance maladie public Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (ci-après «SZP»), prenant la forme d'une augmentation du capital de l'institution réalisée le 26 janvier 2006 pour un montant de 450 millions de couronnes slovaques (SKK), soit environ 15 millions d'euros (EUR).
- (2) Le 21 août 2009, la Commission a envoyé une demande d'informations à la République slovaque. Après prolongation du délai de réponse, les autorités slovaques ont communiqué les informations demandées le 24 septembre 2009.
- (3) Par lettre du 26 février 2010, la Commission a demandé à la République slovaque des informations complémentaires concernant cette injection de capital ainsi que des explications sur le dispositif d'égalisation des risques (ci-après le «DER») en vigueur dans le pays — une autre mesure susceptible d'être qualifiée d'aide d'État. Par lettre du 25 mars 2010, les autorités slovaques ont demandé une prolongation du délai de réponse, à laquelle la Commission a consenti par courrier du 31 mars 2010. La Commission a réitéré sa demande d'informations à la République slovaque le 16 juin 2010 et les autorités slovaques ont fourni les renseignements demandés par lettre du 9 juillet 2010. Comme la Commission le lui a demandé par lettre du 4 novembre 2010, la République slovaque a fourni le 3 décembre 2010 une version non confidentielle de cette réponse.
- (4) Le 1^{er} janvier 2010, la société d'assurance SZP a fusionné avec le deuxième organisme d'assurance maladie public en République slovaque, à savoir Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (ci-après «VšZP»). Entre 1998 et au moins 2005, les portefeuilles d'autres sociétés d'assurance maladie ont été cédés à ces deux sociétés anonymes appartenant à l'État.
- (5) Les deux réunions entre la Commission et les représentants de la société d'assurance Dôvera, tenues le 10 octobre 2010 et le 15 mars 2011, ont donné lieu à des discussions sur l'objet de la plainte et le fonctionnement du secteur de l'assurance maladie en Slovaquie. Le 15 juillet 2011, la société d'assurance Dôvera a fourni des informations complémentaires sur la nature du secteur de l'assurance maladie en Slovaquie et étendu sa plainte à trois nouvelles mesures qui aurait été accordées à SZP et VšZP: i) l'acquittement de la dette de SZP par l'entreprise publique Veriteľ a. s. en 2004 et en 2005, en deux paiements de 52,7 millions d'EUR et de 28 millions d'EUR; ii) l'octroi d'une subvention à SZP par le ministère de la santé pour un montant de 7,6 millions d'EUR en 2006; et iii) une augmentation du capital de VšZP financée avec des fonds publics pour un montant de 65,1 millions d'EUR le 1^{er} janvier 2010. La Commission a donc invité les autorités slovaques à présenter leurs observations concernant la plainte élargie. Après prolongation du délai de réponse, les autorités slovaques ont soumis leurs observations par lettre du 11 novembre 2011.

⁽¹⁾ JO C 278 du 26.9.2013, p. 28.

- (6) À la suite de la réunion du 15 décembre 2011 avec les services de la Commission, la société d'assurance Dôvera a fourni par lettre du 16 janvier 2012 des informations complémentaires sur la nature du secteur de l'assurance maladie en Slovaquie.
- (7) Par lettre du 2 juillet 2013, la Commission a notifié à la République slovaque qu'elle avait engagé la procédure formelle d'examen prévue à l'article 108, paragraphe 2, du traité (ci-après la «décision d'ouvrir la procédure»). La décision d'ouvrir la procédure a été publiée au *Journal officiel de l'Union européenne* ⁽²⁾ et la Commission y invitait les parties intéressées à présenter leurs observations.
- (8) Par lettre du 24 juillet 2013, les autorités slovaques ont demandé une prolongation du délai alloué pour la soumission des observations sur la décision d'ouvrir la procédure, à laquelle la Commission a consenti par courrier du 30 juillet 2013. La République slovaque a fourni ses observations concernant la décision d'ouvrir la procédure par lettre du 27 août 2013.
- (9) La Commission a reçu les observations relatives à la décision d'ouvrir la procédure des cinq parties intéressées: l'Institut slovaque pour les réformes économiques et sociales (INEKO), par lettre du 15 octobre 2013, Union zdravotná poisťovňa, a. s. (ci-après la «société d'assurance Union»), par lettre du 25 octobre 2013, le Health Policy Institute (HPI), par lettre du 28 octobre 2013, l'Association des sociétés d'assurance maladie de la République slovaque (ZZP), par lettre du 28 octobre 2013, et la société d'assurance Dôvera, par lettre du 11 novembre 2013.
- (10) Ces observations ont été envoyées aux autorités slovaques par lettres des 20 novembre et 20 décembre 2013. Le 20 décembre 2013, les autorités slovaques ont demandé à ce que le délai imparti pour réagir à ces observations soit prolongé jusqu'au 31 janvier 2014, la Commission faisant droit à cette demande le jour même. Par lettre du 29 janvier 2014, la Slovaquie a répondu aux observations des parties intéressées relatives à la décision d'ouvrir la procédure.
- (11) Le 2 avril 2014, une réunion s'est déroulée entre les services de la Commission et les autorités slovaques.
- (12) Les 11 avril et 25 août 2014, la Commission a envoyé des demandes d'informations complémentaires auxquelles la Slovaquie a répondu par lettres des 15 mai et 27 août 2014.

2. CONTEXTE

2.1. ÉVOLUTION DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE EN SLOVAQUIE

- (13) En 1994, la Slovaquie est passée d'un système unitaire, avec une seule société d'assurance maladie publique, à un modèle mixte dans lequel peuvent coexister des entités publiques et privées. La vaste réforme introduite par les lois n^{os} 580/2004 Rec. et 581/2004 Rec., entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2005 (ci-après la «réforme de 2005»), a modifié les règles de répartition des cotisations d'assurance maladie perçues ainsi que la forme juridique de toutes les sociétés d'assurance (publiques ou privées), qui sont passées du statut de personnes morales sui generis à celui de sociétés anonymes (c'est-à-dire de sociétés anonymes de droit privé à but lucratif). Un organisme de régulation indépendant, l'Office de surveillance des soins de santé (Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ci-après l'«ÚDZS») a été créé pour la délivrance des autorisations et le contrôle du respect de la législation par les sociétés d'assurance. En fait, ces réformes ont été conçues pour contribuer à une utilisation plus efficace des moyens disponibles et à une meilleure qualité des soins de santé ⁽³⁾.
- (14) Toutes les sociétés d'assurance maladie en République slovaque — publiques comme privées — fournissent la couverture de l'assurance maladie obligatoire aux résidents slovaques ⁽⁴⁾. La possibilité de fournir une assurance maladie individuelle conformément à la loi n^o 580/2004 Rec. en complément des prestations de base fournies en

⁽²⁾ Voir note 1 de bas de page.

⁽³⁾ Voir également le rapport de 2004, Hlavačka, S., Wágner, R., Riesberg, A., «Health care systems in transition: Slovakia» (Systèmes de santé en transition: Slovaquie) (vol. 6 n^o 10 2004), p. 36 et suivantes, publié par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (disponible à l'adresse internet suivante: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf), notamment p. 99.

⁽⁴⁾ Conformément à l'article 3 de la loi n^o 580/2004 Rec., toute personne physique ayant sa résidence permanente sur le territoire de la République slovaque doit bénéficier d'une assurance maladie publique dans le cadre du système d'assurance maladie. La loi instaure des exceptions, mais uniquement pour les personnes affiliées à l'assurance maladie dans un autre État. L'article 3 susmentionné définit également l'ensemble des personnes tenues de s'affilier à l'assurance maladie publique, même sans avoir le statut de résident permanent en Slovaquie. Dans cette décision, la notion de «résident slovaque» s'applique, selon les circonstances, à toutes les catégories de personnes qui doivent être affiliées à l'assurance maladie publique.

vertu de l'assurance maladie obligatoire reste marginale compte tenu de la large couverture découlant du régime obligatoire ⁽⁵⁾. Par ailleurs, une loi adoptée en 2005 a introduit pour toutes les sociétés d'assurance maladie la possibilité de fournir une assurance maladie volontaire ⁽⁶⁾ aux personnes non concernées par l'assurance maladie obligatoire.

- (15) La loi n° 530/2007 Rec. adoptée en 2007 a modifié la loi n° 581/2004 Rec. et interdit à compter du 1^{er} janvier 2008 aux sociétés d'assurance maladie opérant dans le secteur de l'assurance maladie obligatoire de distribuer leurs bénéfices sous la forme de dividendes, les obligeant ainsi à les réinvestir dans le système de santé slovaque. De ce fait, les sociétés d'assurance maladie n'ont pu distribuer aucun bénéfice depuis janvier 2008. Toutefois, le 26 janvier 2011, la Cour constitutionnelle de la République slovaque a proclamé que cette interdiction de distribution des bénéfices était incompatible avec plusieurs dispositions de la Constitution slovaque. À la suite de cet arrêt, les autorités slovaques ont modifié en juillet 2011 la loi n° 530/2007 Rec. au moyen de la loi n° 250/2011 Rec., afin de permettre à nouveau aux sociétés d'assurance maladie de distribuer (à leurs actionnaires) les bénéfices générés dans le cadre de l'activité d'assurance maladie obligatoire, mais sous certaines conditions ⁽⁷⁾. Après ces changements législatifs, la Commission a suspendu en décembre 2011 la procédure relative à l'infraction des règles du marché intérieur ayant pour objet la restriction imposée en matière de distribution des bénéfices ⁽⁸⁾.
- (16) Le 31 octobre 2012, les autorités slovaques ont approuvé le projet concernant la mise en place en République slovaque d'un régime d'assurance maladie obligatoire unitaire à but non lucratif, qui devait être instauré soit au moyen du rachat des sociétés d'assurance maladie privées sur une base volontaire (avant le 1^{er} janvier 2014), soit par leur expropriation (avant le 1^{er} juillet 2014), de façon à instituer une société d'assurance maladie (publique) unique ⁽⁹⁾. Toutefois, jusqu'à l'adoption de la présente décision, pas une seule des mesures prévues dans ce projet n'a été mise en œuvre ⁽¹⁰⁾.

2.2. ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE EN SLOVAQUIE

- (17) Conformément à la législation slovaque, une société d'assurance maladie est définie comme une société anonyme ayant son siège social sur le territoire de la République slovaque, fondée en vue de la fourniture de l'assurance maladie publique obligatoire et exerçant cette activité en vertu d'une autorisation délivrée par l'Office de surveillance des soins de santé.
- (18) Afin d'obtenir une couverture dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, les résidents slovaques peuvent conclure un contrat avec n'importe laquelle de ces trois sociétés d'assurance:
- a) la société anonyme publique VŠZP, fondée le 1^{er} juillet 2005; la société d'assurance VŠZP est issue de l'institution publique VŠZP, créée le 1^{er} novembre 1994 en vertu de la loi n° 273/1994 Rec. pour succéder à Národná poisťovňa — Správa fondu zdravotného poistenia; en vertu de la loi n° 533/2009 Rec., le 1^{er} janvier 2010 VŠZP a fusionné avec la société d'assurance publique SZP (ce qui explique que, dans les affaires concernées, cette entité soit désignée par «SZP/VŠZP»). La République slovaque est le seul actionnaire de VŠZP;
 - b) la société anonyme privée Dôvera (dont l'actionnaire principal est le groupe financier d'Europe centrale PENTA); la société d'assurance Dôvera a été fondée le 1^{er} octobre 2005 et le 31 décembre 2009 elle a fusionné avec une autre société d'assurance privée slovaque, Apollo; en 2010, l'entité issue de la fusion était la plus grande société d'assurance maladie privée en République slovaque;
 - c) la société anonyme privée Union zdravotná poisťovňa, fondée le 9 mars 2006, qui est membre du groupe Achmea, auparavant Eureko, et a son siège aux Pays-Bas.

⁽⁵⁾ Voir aussi le rapport de 2011, Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M et van Ginneken E., «Slovakia: Health system review» (Systèmes de santé en transition) (vol. 13 n° 2 2011), publié par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (disponible à l'adresse internet suivante: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), p. 78.

⁽⁶⁾ Loi n° 352/2005 Rec., à savoir pour les assurés non résidents permanents qui ne travaillent pas en Slovaquie et les assurés ayant leur résidence permanente en République slovaque mais bénéficiant d'une assurance maladie à l'étranger. D'après la réponse des autorités slovaques à la décision d'ouvrir la procédure, cette possibilité d'assurance volontaire a été supprimée par la loi n° 121/2010 Rec. avec effet au 1^{er} mai 2010.

⁽⁷⁾ Les conditions en question sont: 1) l'affectation obligatoire du bénéfice à la constitution d'un fonds de réserve atteignant au moins 20 % du capital social souscrit (le fonds de réserve ne peut être utilisé que pour la couverture des pertes); et 2) la constitution obligatoire de réserves techniques pour le paiement des soins de santé prévus pour les assurés sur liste d'attente.

⁽⁸⁾ La procédure d'infraction n° 2008/4268, dans le cadre de laquelle la Commission européenne a notifié au gouvernement slovaque une mise en demeure formelle conformément aux règles du marché intérieur, indiquant que l'interdiction pour les sociétés d'assurance maladie de disposer librement des bénéfices générés dans le cadre de la prestation de l'assurance maladie publique slovaque conformément à l'article 15, paragraphe 6, de la loi n° 581/2004 Rec. constitue une restriction non justifiée à la libre circulation des capitaux garantie à l'article 63 du traité.

⁽⁹⁾ La Cour permanente d'arbitrage s'est récemment déclarée incompétente pour examiner l'action de la société néerlandaise Achmea, propriétaire de la société d'assurance Union, contre ce projet, voir Achmea/République slovaque, affaire PCA n° 2013-12, sentence du 24 mai 2014, disponible à l'adresse: <http://news.achmea.nl/achmea-discloses-awards-of-arbitration-tribunals/>.

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

- (19) Le tableau ci-dessous récapitule les parts de marché des différents organismes d'assurance maladie obligatoire en République slovaque entre 2008 et 2013 ⁽¹⁾:

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ⁽¹⁾
Société d'assurance	Nombre d'assurés (%)					
VšZP	55,4	55,0	66,74	65,79	64,4	64,09
SZP	13,6	12,0	En 2010, SZP a fusionné avec VšZP.			
Apollo	8,4	10,0	En 2010, la société d'assurance Apollo a fusionné avec la société d'assurance Dôvera.			
Dôvera	16,2	16,0	26,37	26,8	27,75	27,49
Union	6,4	7,0	6,89	7,41	7,85	8,42

⁽¹⁾ Voir aussi le point 37 de la sentence de la Cour permanente d'arbitrage du 24 mai 2014 dans l'affaire PCA n° 2013-12, Achmea/République slovaque (voir note 9 de bas de page).

- (20) Tous les organismes d'assurance maladie sont des sociétés anonymes et, conformément aux dispositions relatives aux droits de propriété, ses actionnaires peuvent être aussi bien l'État que des entités du secteur privé. Toutes les sociétés d'assurance maladie sont tenues de satisfaire à certains critères de solvabilité. Étant soumises à des restrictions budgétaires strictes, elles sont pleinement responsables de toute insuffisance de fonds. Il apparaît qu'en tant que sociétés anonymes privées relevant du droit commun des sociétés commerciales, elles gèrent de manière autonome leurs coûts d'exploitation ainsi que les coûts liés aux soins de santé.
- (21) Les organismes d'assurance maladie peuvent générer et, en pratique, génèrent des bénéfices ⁽¹²⁾. Les recettes des sociétés d'assurance en République slovaque proviennent des cotisations d'assurance, du budget de l'État (contributions pour les assurés économiquement inactifs et subventions pour la couverture de la hausse des coûts des services de santé), des revenus de la propriété, de dons et d'autres sources. Les sociétés d'assurance maladie peuvent générer des bénéfices, par exemple en améliorant le système de gestion et lors de la négociation de leurs contrats avec les prestataires de soins.

2.3. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU SECTEUR DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE EN RÉPUBLIQUE SLOVAQUE

2.3.1. Objectif social et intérêt public

- (22) Le régime slovaque de l'assurance maladie obligatoire poursuit un objectif social: permettre la prestation de soins de santé et le maintien d'un régime d'assurance maladie viable. Les citoyens ont droit à une assurance maladie et les résidents slovaques ont l'obligation d'être couverts par une assurance maladie ⁽¹³⁾. La République slovaque a l'obligation constitutionnelle de garantir le droit à des soins de santé gratuits dans le cadre de l'assurance maladie ⁽¹⁴⁾. D'après les autorités slovaques, la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire en République slovaque par les sociétés d'assurance maladie est considérée comme l'accomplissement, au nom de l'État, de l'obligation constitutionnelle de fournir une assurance maladie aux résidents slovaques, par la mise en place d'un régime national d'assurance maladie obligatoire. En vertu de la loi, la République slovaque est responsable du financement du régime de santé ainsi que de la couverture des pertes du secteur des soins de santé ⁽¹⁵⁾. Conformément à l'article 2 de la loi n° 580/2004 Rec. relative à l'assurance maladie, la mise en œuvre de l'assurance maladie publique obligatoire est une activité d'intérêt public impliquant la gestion de fonds publics.

⁽¹¹⁾ Les chiffres pour la période 2011-2013 ont été fournis par le plaignant dans ses observations sur la décision d'ouvrir la procédure.

⁽¹²⁾ Voir considérants 23 et 24 de la décision d'ouverture de la procédure.

⁽¹³⁾ L'obligation d'affiliation à l'assurance maladie est imposée par la loi à toutes les personnes désignées (article 3 de la loi n° 580/2004 Rec.). Tous les citoyens soumis à cette obligation légale sont tenus, conformément à la législation, de verser des contributions à l'assurance maladie publique (article 11 de la loi n° 580/2004 Rec.). Le défaut de versement de telles contributions constitue une infraction pénale.

⁽¹⁴⁾ À l'article 40 de la Constitution de la République slovaque, les «droits et libertés fondamentaux» garantis constitutionnellement comprennent la disposition suivante: «Chacun a droit à la protection de sa santé. En vertu de l'assurance maladie, les citoyens ont droit à des soins de santé gratuits et à des accessoires médicaux dans les conditions prévues par la loi.»

⁽¹⁵⁾ En l'espèce, s'agissant des modifications législatives adoptées en 2004, la République slovaque a remboursé les dettes de près d'un milliard d'EUR nées dans le secteur de la santé au cours de la période précédente, et notamment les dettes des sociétés d'assurance privées (selon les informations fournies à la Commission par les autorités slovaques le 9 juillet 2010).

2.3.2. Affiliation obligatoire, libre accès et tarification commune

- (23) Conformément aux dispositions des lois n^{os} 580/2004 Rec. et 581/2004 Rec., en République slovaque, l'affiliation au régime d'assurance maladie publique est obligatoire pour la majorité de la population du pays ⁽¹⁶⁾. L'assurance maladie obligatoire slovaque concerne également les personnes assurées jusqu'au 30 avril 2010 conformément au règlement (CEE) n^o 1408/71 du Conseil ⁽¹⁷⁾ et depuis le 1^{er} mai 2010 conformément au règlement (CE) n^o 883/2004 du Parlement européen et du Conseil ⁽¹⁸⁾.
- (24) Les assurés ont le droit de choisir leur organisme d'assurance maladie à leur guise et d'en changer une fois par an. Conformément à l'obligation de libre accès et au principe de tarification commune, les sociétés d'assurance maladie slovaques ont l'obligation légale d'accepter dans leur régime d'assurance tout résident slovaque qui en fait la demande, à condition que cette personne satisfasse aux conditions légales d'affiliation à l'assurance maladie en République slovaque. En particulier, les sociétés d'assurance maladie ne peuvent refuser d'assurer une personne en raison de son âge, de son état de santé ou de son risque de maladie ⁽¹⁹⁾, et elles sont tenues de fournir à tous une assurance maladie de base au même prix, sans tenir compte des facteurs susmentionnés.
- (25) Le système d'assurance maladie slovaque comporte donc également une structure juridique pour la répartition équitable du risque entre les sociétés d'assurance maladie, qui est réalisée au moyen d'un DER. Dans le cadre de ce DER ⁽²⁰⁾, les sociétés d'assurance maladie assurant des personnes à haut risque reçoivent des fonds des organismes ayant un portefeuille auquel est associé un risque inférieur, et ce au moyen d'une répartition mensuelle et annuelle des cotisations et de la gestion des transferts ⁽²¹⁾.

2.3.3. Prestations et fixation du montant des cotisations en fonction des revenus de l'assuré

- (26) En République slovaque, l'assurance maladie obligatoire repose sur un système de cotisations obligatoires. Les montants des cotisations sont fixés par la loi, sont proportionnels aux revenus des assurés (comme pour l'impôt sur le revenu) et ne tiennent pas compte du risque d'assurance (comme l'âge de l'assuré ou son état de santé). Ces cotisations, que les autorités slovaques considèrent comme des fonds publics, sont versées par: 1) les travailleurs salariés et les employeurs; 2) les travailleurs indépendants; 3) les personnes qui n'exercent volontairement aucune activité professionnelle («chômeurs volontaires»); 4) l'État (pour les «assurés de l'État», à savoir la plupart des personnes économiquement inactives); 5) les payeurs de dividendes.
- (27) Tous les assurés ont droit au même niveau minimal de prestations (ci-après les «prestations de base»). Il n'existe aucun rapport direct entre le montant des cotisations versées au régime et le montant des prestations ⁽²²⁾. Les services de santé couverts par l'assurance maladie obligatoire sont fournis indépendamment du montant des cotisations payées par l'assuré.
- (28) Les prestations de base de l'assurance maladie obligatoire couvrent presque tous les actes médicaux réalisés sur le territoire de la République slovaque, ce qui signifie que ces prestations de base permettent de prendre en charge pratiquement tous les soins de santé. Actuellement, les prestations de base garantissent à tous les assurés le droit à des soins de santé gratuits, à l'exception d'un nombre restreint d'actes (par exemple les actes de chirurgie esthétique), ainsi qu'une prise en charge partielle des médicaments, des cures thermales et de certains services liés aux soins de santé (par exemple les soins prodigués aux urgences). Le gouvernement peut limiter ou étendre les prestations de base par l'adoption d'actes réglementaires (sans débat parlementaire). Étant donné que la Constitution de la République slovaque garantit pour chaque citoyen le droit à des soins de santé dans le cadre du régime d'assurance maladie obligatoire conformément aux conditions fixées par la loi, les sociétés d'assurance ne peuvent, en ce qui concerne les prestations de base, influencer sur l'éventail de prestations, le niveau de couverture ou le montant des cotisations d'assurance, car ceux-ci sont établis par la loi.
- (29) Les sociétés d'assurance maladie slovaques sont autorisées à compléter — et complètent bel et bien — les prestations de base en y intégrant les droits (prestations) complémentaires de leur choix, offrant ainsi une couverture pour des services non compris dans les prestations de base mais que les assureurs proposent gratuitement à leurs clients dans le cadre de ces mêmes prestations de base, fournies au titre de l'assurance maladie obligatoire. Selon les informations disponibles, il apparaît que les sociétés d'assurance maladie peuvent, par exemple, décider de proposer aussi la prise en charge de certains types de traitements complémentaires et préventifs dans le cadre des prestations de base relevant de l'assurance maladie obligatoire. Les prestations complémentaires mentionnées se distinguent des services d'assurance maladie individuelle, qui peuvent être proposés contre paiement.

⁽¹⁶⁾ Voir la note 4 de bas de page.

⁽¹⁷⁾ Règlement (CEE) n^o 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (JO L 149 du 5.7.1971, p. 2).

⁽¹⁸⁾ Règlement (CE) n^o 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (JO L 166 du 30.4.2004, p. 1).

⁽¹⁹⁾ Voir aussi article 6, paragraphe 9, de la loi n^o 580/2004 Rec.

⁽²⁰⁾ Troisième partie de la loi n^o 580/2004 Rec.

⁽²¹⁾ Voir considérants 45 à 47.

⁽²²⁾ Voir loi n^o 577/2004 Rec.

2.3.4. Choix des prestataires des soins et des services de santé

- (30) Les sociétés d'assurance maladie peuvent choisir les prestataires des soins de santé et négocier les contrats avec les médecins et les différents hôpitaux. Elles concluent donc des contrats avec les différents prestataires de soins de santé, selon des processus indépendants les uns des autres; un prestataire de soins de santé peut conclure des contrats avec toutes les sociétés d'assurance maladie ou seulement avec certaines d'entre elles, et inversement. Les sociétés d'assurance maladie paient les services fournis par les prestataires de soins de santé publics et privés.
- (31) Afin d'assurer l'accessibilité géographique des services de santé, le gouvernement a fixé une exigence de quadrillage minimal afin d'avoir une influence sur la répartition des capacités. En ce qui concerne la fourniture des prestations d'assurance maladie obligatoire, les sociétés d'assurance maladie ont l'obligation légale de conclure des contrats avec des prestataires dans le cadre d'un réseau minimal d'hôpitaux. Chaque société d'assurance maladie constitue son propre réseau et étend le quadrillage minimal en concluant de manière sélective des contrats avec d'autres hôpitaux et prestataires de services de santé. Les services de santé fournis par ces hôpitaux et/ou autres prestataires de services de santé qui sont compris dans la couverture de l'assurance maladie obligatoire sont ainsi couverts par l'organisme d'assurance maladie au bénéfice des assurés. Lors des négociations avec les hôpitaux, les sociétés d'assurance maladie disposent d'une certaine marge de manœuvre sur le prix et la qualité des soins de santé prodigués aux assurés.

2.3.5. Cadre réglementaire

- (32) Le régime d'assurance maladie obligatoire slovaque est soumis à une réglementation spéciale ⁽²³⁾. Toutes les sociétés d'assurance maladie proposant l'assurance maladie obligatoire ont, au sens de la loi, un statut, des droits et des obligations identiques. Chaque société d'assurance maladie doit être constituée dans le but de mettre en œuvre l'assurance maladie publique et ne peut exercer d'activités autres que celles prévues à l'article 6 de la loi n° 581/2004 Rec. Les activités des sociétés d'assurance maladie gérant le régime d'assurance maladie obligatoire font l'objet d'un contrôle global de la part de l'État, réalisé principalement par l'intermédiaire d'un office de régulation — l'ÚDZS, dont la mission consiste à assurer le suivi et le contrôle du système de santé. L'ÚDZS veille au respect du cadre législatif susmentionné par les sociétés d'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie et intervient en cas d'infraction.

3. DESCRIPTION DES MESURES CONTESTÉES

- (33) Dans la présente décision, la Commission examine les six mesures ci-dessous (ci-après les «mesures contestées») ⁽²⁴⁾.

3.1. AUGMENTATION DU CAPITAL DE SZP EN 2006

- (34) Par lettre du 2 avril 2007, la société d'assurance maladie privée Dôvera a soumis à la Commission une plainte contre l'injection de capital effectuée par la République slovaque dans la société d'assurance publique SZP à hauteur de 450 millions de SKK (environ 15 millions d'EUR), réalisée en trois tranches entre le 28 novembre 2005 et le 18 janvier 2006.
- (35) Cette augmentation de capital était liée à la réforme de la santé et à celle du secteur de l'assurance maladie en République slovaque en 2004 et en 2005. Au moment de la création de SZP en tant que société anonyme en 2005, il a en fait été demandé à celle-ci, en tant que successeur juridique d'une institution publique ⁽²⁵⁾ au sens de la loi, de reprendre à son compte non seulement les actifs de l'assureur d'origine, mais également ses dettes nées avant 2005, le montant de ces dettes ayant mis à mal la capacité de paiement de SZP, comme défini dans les critères énumérés à l'article 14, paragraphe 1, de la loi sur les sociétés d'assurance maladie (loi n° 581/2004 Rec.). Ces dettes s'élevaient au 31 décembre 2005 à 467,765 millions de SKK (environ 15,5 millions d'EUR).

⁽²³⁾ Par exemple, le rapport entre l'assuré et l'organisme d'assurance maladie n'est pas instauré par contrat mais est défini par la loi (voir article 4 de la loi n° 580/2004 Rec.). Le contrôle des sociétés d'assurance maladie et des soins de santé est également régi par la loi.

⁽²⁴⁾ La description détaillée des mesures figure dans la décision d'ouvrir la procédure, considérants 44 à 72.

⁽²⁵⁾ Avant le 1^{er} mai 2005, l'organisme d'assurance public SZP opérait en tant que société d'assurance possédant un portefeuille spécifique et relativement limité et, à la différence des autres organismes d'assurance maladie, elle avait des dettes à l'égard de ses assurés s'agissant de la couverture de soins préventifs spécifiques et de soins spécifiques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

3.2. ACQUITTEMENT DE LA DETTE DE SZP PAR LA SOCIÉTÉ VERITEL, A. S.

- (36) La société Veritel' a. s. était une nouvelle agence d'État, fondée en 2003 ⁽²⁶⁾ afin de consolider les dettes enregistrées dans le secteur de la santé, et le gouvernement de la République slovaque l'avait chargée de mettre en œuvre un projet de désendettement des établissements de santé et des sociétés d'assurance maladie avant la transformation de toutes les sociétés d'assurance maladie existantes en sociétés anonymes le 30 septembre 2005. Le processus de désendettement a été réalisé sur le fondement d'un acte administratif de portée individuelle du gouvernement de la République slovaque.
- (37) Entre 2003 et 2005, la société Veritel' a. s. a réglé dans le secteur de la santé une dette d'une valeur comptable supérieure à 1,1 milliard d'EUR, avec des coûts de 644 millions d'EUR en espèces. Le ministère de la santé ayant annoncé qu'il s'agissait du dernier sauvetage du système de santé, l'agence Veritel' a. s. a été dissoute en 2006 ⁽²⁷⁾.
- (38) Le plaignant affirme que l'acquittement de la dette de SZP à hauteur de 52,7 millions d'EUR par la société Veritel' a. s. — à savoir plus que ce qu'il a lui-même obtenu ⁽²⁸⁾ — signifie que la procédure de désendettement a donné lieu à un traitement discriminatoire injustifié. Le plaignant indique tout particulièrement qu'outre les faits mentionnés, la société Veritel' a. s. a remboursé le 30 novembre 2005 (c'est-à-dire après la transformation) environ 28 millions d'EUR supplémentaires d'une autre dette que SZP avait sur le compte spécial affecté à la redistribution des cotisations d'assurance. Ce désendettement a été réalisé par transfert des créances de cotisations d'assurance et des intérêts de la société d'assurance SZP à la société Veritel' a. s. SZP a transféré à la société Veritel' a. s. environ 929 millions de SKK constituant des créances de cotisations d'assurance et des intérêts (dont environ 343 millions de SKK constituant des intérêts). La société Veritel' a. s. a quant à elle versé à SZP une contrepartie de 840 millions de SKK (environ 28 millions d'EUR), en réglant la dette de SZP sur le compte spécial affecté à la redistribution des cotisations d'assurance ⁽²⁹⁾.

3.3. SUBVENTION ACCORDÉE À SZP EN 2006

- (39) Au deuxième semestre 2006, le ministère de la santé a accordé à SZP une nouvelle subvention en utilisant une partie du boni de la liquidation de la société Veritel' a. s., dissoute en 2006. D'après le plaignant, le montant de la subvention était d'environ 7,6 millions d'EUR.
- (40) Le plaignant affirme que la subvention en question a été accordée pour solder les dettes de SZP envers les prestataires de soins de santé qui étaient antérieures à 2005, bien qu'il ne soit pas établi que ces dettes existaient encore au moment de l'octroi de la subvention.
- (41) Selon les autorités slovaques, les fonds provenant du boni de liquidation de la société Veritel' a. s. ont cependant été versés non pas à SZP mais aux établissements de santé qui appartenaient à l'État à ce moment-là, et ce en vue du remboursement de leurs dettes (c'est-à-dire des cotisations à l'assurance maladie de leurs salariés) envers SZP. Les autorités slovaques estiment qu'il s'agissait donc non pas d'une subvention, mais bien d'une opération classique de remboursement de dettes de l'État existantes et non contestées, en l'occurrence de cotisations d'assurance maladie non versées.

3.4. AUGMENTATION DU CAPITAL DE VŠZP EN 2010

- (42) Par l'intermédiaire des services du ministère de la santé, la République slovaque a procédé au 1^{er} janvier 2010 à l'augmentation de son capital souscrit dans VŠZP. Cette augmentation de capital s'élevait à environ 65,1 millions d'EUR.
- (43) Selon le plaignant, l'État aurait agi de la sorte pour régler le problème du déficit de recettes de VŠZP, alors que celle-ci se trouvait au bord de l'insolvabilité. Le plaignant affirme également que l'État n'avait pas le moindre espoir d'obtenir un retour de son investissement dans un délai raisonnable, notamment compte tenu du fait que la Slovaquie venait de voter une loi interdisant aux sociétés d'assurance maladie de distribuer leurs bénéfices.
- (44) Selon les autorités slovaques, cette augmentation du capital de VŠZP de 2010 a été réalisée en vue d'éliminer l'impact de la crise financière et de soutenir VŠZP dans sa lutte contre la pression engendrée par l'augmentation du taux d'endettement dans le contexte d'une demande croissante en soins de santé.

⁽²⁶⁾ La société Veritel', a. s., a été fondée sur la base de la résolution du gouvernement de la République slovaque n° 262 du 2 avril 2003.

⁽²⁷⁾ Voir le rapport de 2011, Szalay, T.; Pažitný, P.; Szalayová, A.; Frisová, S.; Morvaj, K.; Petrovič, M. a van Ginneken, E., «Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition» (Slovaquie: Révision du système de santé. Systèmes de santé en transition) (vol. 13 n° 2 2011), publié par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (disponible à l'adresse internet suivante: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), p. 142.

⁽²⁸⁾ À titre de comparaison: selon le plaignant, les dettes des prédécesseurs de la société d'assurance Dôvera, qui, cumulées, étaient supérieures aux dettes de SZP, ont été remboursées seulement à hauteur de 27,25 millions d'EUR.

⁽²⁹⁾ Selon le plaignant, citation du rapport sur les résultats du contrôle de l'activité de la société Veritel' a. s. pour toute la durée de son existence, ministère des finances de la République slovaque, septembre 2007.

3.5. DISPOSITIF D'ÉGALISATION DES RISQUES (DER)

- (45) Au cours de son examen préliminaire, la Commission a également constaté que le financement des organismes d'assurance maladie en République slovaque comprenait aussi un mécanisme de mutualisation et de correction des risques — le dispositif d'égalisation des risques (DER).
- (46) Ce DER ⁽³⁰⁾ s'applique intégralement à toutes les sociétés d'assurance maladie qui fournissent la couverture de l'assurance maladie obligatoire en République slovaque. Étant donné que les cotisations à l'assurance maladie obligatoire sont versées aux sociétés d'assurance maladie directement par les employeurs, les travailleurs indépendants, les assurés autofinancés (personnes qui n'exercent volontairement aucune activité professionnelle), l'État et les payeurs de dividendes, la répartition des recettes et des dépenses entre les sociétés d'assurance maladie est inégale, et ce en raison des différences de composition de leurs portefeuilles. Afin d'alléger la charge financière supportée par les sociétés d'assurance maladie ayant un portefeuille à plus haut risque et de réduire la possibilité de sélectionner les risques, les cotisations sont réparties entre les sociétés d'assurance maladie à l'aide du DER, et ce sur la base du calcul établi par l'ÚDZS ⁽³¹⁾. Les critères appliqués dans le cadre du dispositif d'égalisation des risques sont l'âge, le sexe et, depuis 2010, également la situation de l'assuré en termes d'activité économique.
- (47) Les autorités slovaques ne considèrent pas le DER comme une forme d'aide d'État, mais estiment plutôt qu'il s'agit d'une compensation financière selon les critères du DER applicables aux assurés; ils y voient donc une forme de solidarité entre les assurés et jugent par conséquent qu'il ne s'agit pas d'une aide d'État.

3.6. TRANSFERT DE PORTEFEUILLES AUX SOCIÉTÉS D'ASSURANCE SZP ET VŠZP

- (48) Une autre mesure sur laquelle l'attention de la Commission a été attirée pendant l'examen préliminaire est l'existence de plusieurs transferts directs de portefeuilles d'autres sociétés d'assurance maladie ayant été progressivement liquidées à SZP et à VŠZP [en particulier la cession du portefeuille de Družstevná zdravotná poisťovňa (DZP) à VŠZP et celle du portefeuille d'Európská zdravotná poisťovňa (EZP) à SZP], et ce avec intervention de l'État.
- (49) Selon la société d'assurance Dôvera, le portefeuille d'EZP a été transféré directement à SZP alors que d'autres entités du secteur avaient manifesté leur intérêt, et les limites et conditions applicables au transfert étaient obscures.
- (50) La République slovaque affirme que la décision de l'ÚDZS de transférer le portefeuille de la société d'assurance EZP à SZP sans contrepartie est conforme aux dispositions de la loi n° 581/2004 Rec. et que le droit des assurés de choisir leur assureur a été préservé. Les autorités slovaques allèguent que d'autres sociétés d'assurance s'étaient montrées intéressées par ce portefeuille, mais à des conditions qui auraient indument prolongé la procédure de liquidation. De surcroît, la cession des portefeuilles ayant concerné, au dire des autorités slovaques, toutes les créances et toutes les dettes des sociétés d'assurance liquidées, les bénéficiaires de ce transfert, à savoir les sociétés VŠZP et SZP, n'en ont tiré aucun avantage.

4. MOTIFS DE L'OUVERTURE DE LA PROCÉDURE FORMELLE D'EXAMEN

- (51) Dans sa décision d'ouvrir la procédure, la Commission a exprimé des doutes quant à la détermination du caractère économique ou non économique de l'activité concernée, et indiqué que, compte tenu de la spécificité de l'affaire examinée, SZP/VŠZP avait pu exercer une activité économique à partir du 1^{er} janvier 2005, tout comme les autres sociétés proposant une couverture d'assurance maladie dans le cadre du régime obligatoire en République slovaque. Elle a considéré que la combinaison des caractéristiques économiques et non économiques du régime d'assurance maladie obligatoire en République slovaque imposait une analyse approfondie des différents éléments du régime et de leur importance respective, afin de déterminer si l'activité du régime d'assurance maladie obligatoire, telle qu'organisée et exercée en République slovaque, devait être considérée comme une activité de nature économique (à partir du 1^{er} janvier 2005) ou non économique.
- (52) La Commission a également indiqué que, s'il était nécessaire de considérer cette activité comme revêtant un caractère économique, elle ne disposerait pas de suffisamment d'informations pour établir si les mesures examinées ont procuré un avantage sélectif aux sociétés d'assurance SZP et VŠZP.
- (53) Après avoir conclu à l'impossibilité à ce stade d'exclure l'existence d'une aide d'État — en l'absence d'arguments concrets ou d'indices clairs en ce qui concerne leur compatibilité avec le marché intérieur —, la Commission a indiqué que, si elle devait conclure que les mesures en question peuvent être considérées comme une aide d'État, elle aurait des doutes sur le fait que ces mesures puissent être considérées comme compatibles avec le marché intérieur conformément à l'article 106, paragraphe 2, ou à l'article 107, paragraphe 3, point c), du traité.

⁽³⁰⁾ Troisième partie de la loi n° 580/2004 Rec.

⁽³¹⁾ Des informations détaillées sur le DER figurent aux considérants 60 à 67 de la décision d'ouvrir la procédure.

- (54) À cet égard, la Commission a indiqué que, concernant les questions de savoir si la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire en République slovaque constitue réellement une activité à caractère économique ou si, au contraire, elle n'est pas de nature économique, si les mesures de l'État remplissent toutes les autres conditions pour constituer une aide d'État et, dans l'affirmative, si elles sont compatibles avec le marché intérieur, elle ne pourra tirer une conclusion définitive que dans la décision finale qu'elle adoptera à l'issue de la procédure formelle d'examen, après avoir collecté et dûment évalué toutes les informations disponibles (y compris les observations complémentaires de l'État membre et des parties intéressées).

5. OBSERVATIONS DES PARTIES INTÉRESSÉES

- (55) La Commission a reçu des observations des parties intéressées, qui sont récapitulées ci-après.

5.1. DÔVERA

- (56) Dans sa réponse à la décision d'ouvrir la procédure, la société d'assurance Dôvera en tant que plaignant a fourni des informations complémentaires sur le régime d'assurance maladie et des explications complémentaires, essentiellement pour étayer son allégation selon laquelle SZP et VŠZP sont des entreprises soumises au droit de la concurrence et qu'elles ont tiré profit d'une aide d'État incompatible.
- (57) La société d'assurance Dôvera signale que SZP et VŠZP font concurrence aux sociétés d'assurance privées, proposent des services identiques et cherchent en même temps à réaliser des bénéfices, et renvoie à ses lettres précédentes portant sur le caractère économique d'une activité et à la récente jurisprudence de la Cour de justice ⁽³²⁾. À cet égard, la société d'assurance Dôvera allègue que plusieurs éléments présentés par la République slovaque, mentionnés dans la décision d'ouvrir la procédure et faisant référence au caractère non économique des activités de SZP/VŠZP, ne sont pas convaincants. Selon la société d'assurance Dôvera, la réforme de 2004-2005 devait créer un environnement de marché concurrentiel, ce qui a été reconnu et confirmé par la justice slovaque (plus précisément par la Cour constitutionnelle de la République slovaque) ainsi que par les autorités slovaques elles-mêmes. La société d'assurance Dôvera fait remarquer à cet égard que, dans leur course aux prestataires de soins de santé, les assureurs ont recours à des contrats sélectifs et négocient les prix et la qualité des services, sans oublier les campagnes marketing destinées à retenir et à étoffer leur clientèle. La société d'assurance Dôvera rejette également l'argument tiré du caractère exclusivement social du régime, rappelant la possibilité offerte aux organismes d'assurance maladie de réaliser et de distribuer leurs bénéfices et la disposition des investisseurs privés à investir dans les entités opérant sur le marché slovaque de l'assurance maladie obligatoire.
- (58) Renvoyant à ses précédentes lettres envoyées à la Commission avant la publication de la décision d'ouvrir la procédure, la société d'assurance Dôvera allègue également que toutes les mesures visées dans cette décision devraient être considérées comme une aide illégale, dans la mesure où tous les autres critères de l'article 107, paragraphe 1, du traité étaient remplis. Selon elle, le comportement adopté par la République slovaque pour l'augmentation du capital de SZP en 2006 et de VŠZP en 2010 ne saurait être considéré comme celui d'un investisseur en économie de marché. La société d'assurance Dôvera affirme également que la République slovaque a fait des différences entre SZP/VŠZP et les sociétés d'assurance privées, en accordant un traitement plus favorable à SZP dans le cadre du processus de désendettement mis en place entre 2003 et 2005 et en introduisant deux nouveaux critères dans le dispositif d'égalisation des risques en 2009 et en 2012. S'agissant des transferts de portefeuilles, la société d'assurance Dôvera se concentre dans ses observations sur la cession du portefeuille de la société d'assurance EZP, dans la mesure où elle n'a pas d'informations sur le transfert de portefeuille antérieur à VŠZP. À cet égard, elle allègue que les autorités slovaques ont pu fournir à la Commission des informations erronées sur le cadre juridique applicable à cette cession de portefeuille.
- (59) La société d'assurance Dôvera affirme que les autorités slovaques n'ont pas prouvé que la fourniture de la couverture de l'assurance maladie obligatoire était un service d'intérêt général, et elle remet donc en question le fondement même de l'analyse selon la jurisprudence dans l'affaire *Altmark* ⁽³³⁾ et le paquet de la Commission concernant les services d'intérêt économique général.

5.2. SOCIÉTÉ D'ASSURANCE UNION

- (60) Les observations de la société d'assurance Union — un autre concurrent privé de SZP/VŠZP — sur la décision d'ouvrir la procédure sont dans l'ensemble identiques à celles de la société d'assurance Dôvera, étant précisé que, selon ces observations, les sociétés d'assurance SZP et VŠZP sont des entreprises au sens de l'article 107, paragraphe 1, du traité. La société d'assurance Union allègue que cinq des six mesures décrites au titre 3 de la présente décision constituent une aide d'État et sont incompatibles avec le marché intérieur. Concernant la

⁽³²⁾ Arrêt du 12 septembre 2013, République fédérale d'Allemagne/Commission européenne, T-347/09.

⁽³³⁾ Arrêt *Altmark*, C-280/00, Rec. 2003, p. I-7747.

sixième mesure, à savoir le DER, la société d'assurance Union affirme qu'elle pourrait éventuellement satisfaire aux conditions établies dans la jurisprudence de l'affaire Altmark pour ce qui est de la compensation de service public, ou qu'elle pourrait être compatible avec le marché intérieur conformément à l'article 106, paragraphe 2, du traité, ce qui nécessite un nouvel examen portant sur la possibilité qu'elle puisse comporter une approche discriminatoire en faveur du bénéficiaire net du DER, c'est-à-dire SZP/VšZP.

5.3. HPI, INEKO ET ZZP

- (61) Les observations sur la décision d'ouvrir la procédure reçues de trois autres parties intéressées, à savoir le HPI, l'INEKO et la ZZP, étaient significativement la position du plaignant — la société d'assurance Dôvera — et de la société d'assurance Union, selon laquelle l'activité revêt un caractère économique et les mesures sont une aide d'État consistant à procurer un avantage sélectif aux sociétés d'assurance SZP/VšZP. De plus, ces parties intéressées sont convaincues que les organismes d'assurance maladie opèrent dans un environnement concurrentiel (et utilisent divers moyens pour attirer des clients), et allèguent que l'État a accordé à ses sociétés d'assurance maladie publiques un traitement préférentiel.

6. OBSERVATIONS SUR LA DÉCISION D'OUVRIRE LA PROCÉDURE ET INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES PRÉSENTÉES PAR LA RÉPUBLIQUE SLOVAQUE

- (62) La République slovaque a soumis ses observations sur la décision d'ouvrir la procédure et fourni des observations sur celles des parties intéressées.
- (63) Dans leurs observations, les autorités slovaques ont présenté des explications et d'autres arguments destinés à étayer leur avis selon lequel le régime d'assurance maladie obligatoire n'est pas soumis aux règles de concurrence, dans la mesure où ce régime n'est pas constitutif d'une activité économique. Elles affirment que l'assurance maladie obligatoire slovaque ne peut être considérée comme une activité économique conformément à la jurisprudence constante de la Cour ⁽³⁴⁾, notamment pour les raisons suivantes:
- a) le régime poursuit un objectif social;
 - b) le régime repose sur le principe de solidarité, notamment compte tenu des éléments suivants:
 - i) affiliation obligatoire pour les résidents slovaques;
 - ii) tous les assurés ont droit au même niveau minimal de prestations;
 - iii) les cotisations sont sans rapport avec les prestations pour les individus, car elles sont fixées une fois pour toutes par la loi (aucune concurrence au niveau des prix);
 - iv) il existe entre les assurés une solidarité en matière de risque: DER et tarification commune;
 - c) il existe un cadre réglementaire détaillé, placé sous le contrôle de l'État: le statut, les droits et les obligations de toutes les sociétés d'assurance maladie sont fixés par la loi.
- (64) La République slovaque réfute l'idée que les changements législatifs de 2005 ont transformé le système de santé slovaque en un système commercial, et affirme que ce système n'a jamais perdu son caractère public et non économique. Elle signale également que le régime slovaque d'assurance maladie fait partie du système de sécurité sociale et renvoie aux compétences conférées aux États membres à l'article 168, paragraphe 7, du traité en matière d'organisation et de fourniture des services de santé.
- (65) Les autorités slovaques indiquent également que la réforme de l'assurance maladie n'a pas remplacé l'assurance maladie publique par une assurance maladie privée et que les organismes d'assurance privés ne se sont pas vu offrir la possibilité de couvrir le moindre risque lié à la sécurité sociale obligatoire. D'après la République slovaque, la réforme du secteur de la santé avait pour principal objectif d'établir des règles précises pour l'utilisation des fonds octroyés pour la santé, et la transformation — avant le 30 septembre 2005 — de toutes les sociétés d'assurance maladie existantes en sociétés anonymes, avec des règles comptables clairement définies, s'est avérée être un moyen approprié pour fixer ces règles. Les autorités slovaques estiment que tous les organismes d'assurance maladie en République slovaque sont impliqués dans la gestion des fonds publics qui leur ont été octroyés dans le cadre du système d'assurance maladie public.

⁽³⁴⁾ Principalement affaires jointes C-159/91 et C-160/91, Poucet et Pistre; affaire C-218/00, Cical et INAIL; affaires jointes C-264/01, C-306/01, C-354/01 et C-355/01, AOK Bundesverband.

- (66) Selon les autorités slovaques, le fait que le régime slovaque d'assurance maladie obligatoire permette un niveau de concurrence restreint en matière de qualité peut être considéré comme un élément contraignant les sociétés d'assurance maladie à fonctionner efficacement en termes de coûts, en se conformant aux principes de bonne gestion, dans l'intérêt du bon fonctionnement du système, mais pas comme un élément susceptible d'influencer le caractère non économique du système d'assurance maladie dans son ensemble.
- (67) Les autorités slovaques ont également expliqué que les fonds collectés et répartis dans le cadre du système slovaque d'assurance maladie public par l'intermédiaire des sociétés d'assurance maladie représentent la totalité des cotisations d'assurance maladie publique obligatoires en vertu de la loi, et c'est pourquoi ils relèvent des finances publiques de la Slovaquie. Toutes les sociétés d'assurance maladie sont ainsi chargées de gérer les fonds publics versés par le public conformément aux dispositions juridiques en vigueur, avec pour objectif d'utiliser ces fonds pour la couverture des soins de santé.
- (68) Pour appuyer leur allégation, les autorités slovaques ont rappelé aussi que, même après l'abolition en 2011 de l'interdiction de distribution des bénéfices, la loi modificative n° 250/2011 Rec. a autorisé les sociétés d'assurance maladie à réaliser des bénéfices uniquement sous certaines conditions bien définies, à savoir:
- a) l'instauration d'un impôt sur le bénéfice des sociétés d'assurance maladie;
 - b) l'affectation obligatoire des bénéfices à la constitution d'un fonds de réserve au moins jusqu'à 20 % du capital social souscrit de la société d'assurance (le fonds de réserve ne peut être utilisé que pour couvrir les pertes de la société d'assurance concernée);
 - c) la constitution obligatoire de réserves techniques pour le paiement des soins de santé prévus pour les assurés sur liste d'attente (en conséquence de quoi les sociétés d'assurance maladie ne peuvent réaliser de bénéfices au détriment de leurs clients en les plaçant sur liste d'attente au lieu de payer leurs soins de santé rapidement; cette condition est essentielle pour la conformité avec les principes comptables généralement reconnus dans le domaine de l'assurance maladie).
- (69) À cet égard, les autorités slovaques ont expliqué que, lorsque VŠZP a enregistré un excédent, elle a constitué un fonds de soins de santé pour payer l'utilisation des soins de santé et le financement des soins particulièrement coûteux pris en charge par l'assurance maladie publique. En outre, les années où la société d'assurance VŠZP a enregistré un excédent, une partie de celui-ci a été affectée au fonds de réserve légal, qui a ensuite servi à réduire les dettes accumulées. D'après les autorités slovaques, les sociétés d'assurance maladie publiques n'ont donc jamais versé à leurs actionnaires les bénéfices qu'elles ont réalisés.
- (70) À cet égard, la République slovaque renvoie aussi à d'autres restrictions applicables aux sociétés d'assurance maladie, à savoir le fait que les assureurs peuvent emprunter des fonds uniquement conformément aux dispositions de la loi n° 523/2004 Rec. relative aux règles budgétaires de l'administration publique et avec l'accord préalable de l'ÚDZS.
- (71) Pour appuyer encore leur allégation selon laquelle l'activité dans le secteur de l'assurance maladie obligatoire n'est pas soumise aux règles de la concurrence, les autorités ont évoqué aussi l'enquête de l'Autorité de la concurrence de la République slovaque datant de 2009, qui a mis en évidence le fait que les activités des sociétés d'assurance maladie étaient exercées dans le cadre d'un système caractérisé par un haut degré de solidarité, avec des soins de santé fournis gratuitement, et que les éléments essentiels de ces activités étaient réglementés par l'État, et donc que les activités exercées par les sociétés d'assurance maladie dans le cadre de l'assurance maladie publique ne pouvaient être considérées comme une activité économique d'entreprise entravant la concurrence. C'est pourquoi l'Autorité de la concurrence de la République slovaque estime que la loi slovaque sur la concurrence ne s'applique pas aux activités des sociétés d'assurance maladie exercées dans le cadre de la fourniture de la couverture de l'assurance maladie publique ⁽³⁵⁾.
- (72) Les autorités slovaques ont également expliqué qu'en 2011 la cour constitutionnelle avait proclamé que l'interdiction de distribuer les bénéfices annoncée en 2007 était anticonstitutionnelle car contraire au droit constitutionnel slovaque en matière de propriété, mais qu'elle ne partageait pas l'opinion selon laquelle la loi sur les sociétés d'assurance maladie restreignait les principes de l'économie de marché. Elles renvoient aussi au fait que la cour constitutionnelle avait par ailleurs indiqué à cet égard que les dispositions juridiques en matière d'assurance maladie qui excluent ou restreignent considérablement les effets des instruments de l'économie de marché et limitent donc la concurrence étaient compatibles avec la Constitution.

⁽³⁵⁾ Enquête de l'Autorité de la concurrence en relation avec la fusion proposée entre SZP et VŠZP, achevée le 3 décembre 2009; voir aussi le rapport annuel 2009 de l'Autorité de la concurrence disponible à l'adresse internet suivante: <http://www.antimon.gov.sk/data/att/958.pdf>.

- (73) En sus de leur allégation selon laquelle l'activité de l'assurance maladie obligatoire en République slovaque n'est pas soumise aux règles de la concurrence, les autorités slovaques affirment que les mesures ne satisfont pas aux autres critères d'aide d'État fixés à l'article 107, paragraphe 1, du traité. À cet égard, elles allèguent que les injections de capital effectuées en 2006 et en 2009 ne constituaient pas une aide, car le principe de l'investisseur en économie de marché avait été respecté. Elles rejettent également l'allégation portant sur un traitement discriminatoire injustifié de la part de la société Veriteľ a. s. dans le cadre du processus de désendettement et persistent à dire qu'en 2006 VŠZP n'avait reçu aucune subvention et que cette opération relevait plutôt d'un remboursement normal par l'État de dettes non contestées. Les autorités slovaques ont fourni d'autres détails concernant les cessions du portefeuille de DZP à VŠZP et du portefeuille d'EZP à SZP et allèguent que ces transferts n'ont pas non plus procuré d'avantage sélectif à SZP/VŠZP au sens de l'article 107, paragraphe 1, du traité. Elles ont également communiqué des informations complémentaires sur le DER, expliqué notamment le mode de répartition (mensuelle et annuelle) des cotisations de 2006 à 2012, et affirmé que cette mesure ne constituait pas non plus une aide d'État, dans la mesure où elle permet d'égaliser les risques inhérents au régime en raison de l'existence de tarifs de cotisation unitaires pour tous les groupes d'assurés, lesquels présentent des degrés de risque divers.
- (74) Dans leurs observations sur la décision d'ouvrir la procédure, les autorités slovaques ont défendu leur point de vue selon lequel SZP et VŠZP ne sont pas des entreprises en raison de l'absence d'activité économique et selon lequel les mesures sont conformes au principe de l'investisseur en économie de marché et n'ont procuré aucun avantage à SZP/VŠZP, et ne constituent donc pas une aide. C'est pourquoi elles n'ont pas jugé nécessaire de présenter des arguments sur la compatibilité des prétendues mesures d'aide.

7. APPRÉCIATION DES MESURES

- (75) L'article 107, paragraphe 1, du TFUE dispose: «[...] sont incompatibles avec le marché intérieur, dans la mesure où elles affectent les échanges entre États membres, les aides accordées par les États ou au moyen de ressources d'État sous quelque forme que ce soit qui faussent ou qui menacent de fausser la concurrence en favorisant certaines entreprises ou certaines productions».
- (76) Conformément à l'article 107, paragraphe 1, du TFUE, les règles concernant les aides d'État établies dans le TFUE trouvent à s'appliquer uniquement si le bénéficiaire de l'aide est une «entreprise». Dans la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, aux fins de l'article 107, paragraphe 1, du traité, la notion d'entreprise est définie comme toute entité exerçant une activité économique, indépendamment du statut juridique de cette entité et de son mode de financement ⁽³⁶⁾. Le fait qu'une entité concrète soit qualifiée d'entreprise ou non dépend donc entièrement du caractère économique ou non économique de son activité.
- (77) Comme expliqué dans la décision d'ouvrir la procédure, pour savoir si les mesures prises en faveur de SZP/VŠZP constituent une aide d'État, il convient donc en premier lieu de se demander si et dans quelle mesure SZP et VŠZP, lorsqu'elles opèrent dans le régime slovaque d'assurance maladie obligatoire, agissent en tant qu'entreprises, car elles pourraient être qualifiées d'entités exerçant une activité économique, selon la définition de la jurisprudence.
- (78) D'après la Cour de justice de l'Union européenne, constitue une activité économique toute activité consistant à offrir des biens ou des services sur un marché donné ⁽³⁷⁾. La question de l'existence d'un marché pour certains services peut dépendre à cet égard du mode concret d'organisation et de prestation de ces services dans l'État membre concerné ⁽³⁸⁾. Les règles en matière d'aides d'État ne s'appliquent que lorsqu'une activité donnée est réalisée dans un environnement de marché. Le caractère économique de services de même type peut donc différer d'un État membre à l'autre. En outre, la qualification d'un service donné peut varier dans le temps en fonction de choix politiques ou d'une évolution économique. Ce qui ne constitue pas une activité marchande aujourd'hui peut le devenir et inversement ⁽³⁹⁾.
- (79) S'agissant de la prestation de soins de santé, le classement des systèmes de santé parmi les systèmes comportant une activité économique dépend des spécificités politiques et économiques et de leur forme et structure concrètes dans l'État membre concerné. Dans la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, la distinction est faite entre les systèmes fondés sur le principe de solidarité et les systèmes économiques ⁽⁴⁰⁾.

⁽³⁶⁾ Voir, par exemple, affaires jointes C-180/98 à C-184/98, Pavlov et autres, Rec. 2000, p. I-6451, point 74.

⁽³⁷⁾ Affaire 118/85, Commission/Italie, Rec. 1987, p. 2599, point 7; affaire C-35/96, Commission/Italie, Rec. 1998, p. I-3851, point 36; affaires jointes C-180/98 à C-184/98, Pavlov et autres, point 75.

⁽³⁸⁾ Affaires jointes C-159/91 et C-160/91, Poucet et Pistre, Rec. 1993, p. I-637.

⁽³⁹⁾ Voir également la communication de la Commission de 2012 relative à l'application des règles de l'Union européenne en matière d'aides d'État aux compensations octroyées pour la prestation de services d'intérêt économique général (JO C 8 du 11.1.2012, p. 5) (ci-après la «communication de 2012 relative aux services d'intérêt économique général»), point 12.

⁽⁴⁰⁾ La Commission a récapitulé la jurisprudence correspondante de la Cour de justice de l'Union européenne en matière d'application de ces règles au financement des systèmes de sécurité sociale et de soins de santé dans la communication de la Commission de 2012 relative à l'application des règles de l'Union européenne en matière d'aides d'État aux compensations octroyées pour la prestation de services d'intérêt économique général (ci-après la «communication de 2012 relative aux services d'intérêt économique général»).

- (80) La jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne applique un ensemble de critères pour déterminer si un système de sécurité sociale est fondé sur la solidarité et, par conséquent, ne comporte pas d'activité économique. À cet égard, plusieurs facteurs peuvent être pertinents: i) le caractère obligatoire de l'affiliation ⁽⁴¹⁾; ii) l'objectif exclusivement social du système ⁽⁴²⁾; iii) le but non lucratif du système ⁽⁴³⁾; iv) des prestations indépendantes du montant des cotisations ⁽⁴⁴⁾; v) un montant des prestations pas nécessairement proportionnel aux revenus de l'assuré ⁽⁴⁵⁾; et vi) un système soumis au contrôle de l'État ⁽⁴⁶⁾.
- (81) Contrairement aux systèmes fondés sur la solidarité, les systèmes économiques se caractérisent fréquemment par les éléments suivants: i) le caractère facultatif de l'affiliation ⁽⁴⁷⁾; ii) le principe de la capitalisation (les prestations auxquelles le bénéficiaire a droit dépendent des cotisations versées ainsi que des résultats financiers du régime) ⁽⁴⁸⁾; iii) le but lucratif ⁽⁴⁹⁾; et iv) la fourniture de prestations complémentaires par rapport au système de base ⁽⁵⁰⁾.
- (82) Certains systèmes combinent des éléments des deux catégories (système fondé sur la solidarité et système économique) ⁽⁵¹⁾; pour pouvoir dire si un système concret a un caractère économique ou non économique, la Commission doit donc vérifier dans le cadre du système donné la présence de chaque élément caractéristique présenté dans les deux considérants précédents et en apprécier l'importance ⁽⁵²⁾.
- (83) La réponse finale à la question de savoir si la prestation des services de l'assurance maladie obligatoire en République slovaque est une activité économique ou non dépendra donc de l'analyse détaillée de l'organisation et du fonctionnement concrets de cette activité dans l'État membre en question, et sera donc spécifique au régime d'assurance maladie obligatoire dudit État membre. En examinant si les mesures contestées prétendent accordées à SZP/VšZP constituent une aide d'État en tant que mesures adoptées en faveur d'une «entreprise» au sens de l'article 107, paragraphe 1, du traité, la Commission prendra en considération ces circonstances générales.
- (84) Plusieurs éléments portant essentiellement sur le fonctionnement de ce système et le fait que ce dernier repose sur le principe de solidarité indiquent que le système slovaque d'assurance maladie a un caractère non économique, notamment en ce qui concerne ses caractéristiques et objectifs sociaux.
- (85) Premièrement, l'affiliation au système d'assurance maladie publique est imposée par la loi pour la plupart des habitants de la République slovaque, et les services de santé couverts par l'assurance maladie obligatoire sont prodigués sans qu'il soit tenu compte du montant des cotisations versées par l'assuré. L'assuré a le droit de choisir librement n'importe quelle société d'assurance maladie et, en vertu de la garantie de libre accès, la société d'assurance maladie qu'il a choisie ne peut refuser de l'assurer en raison de son âge, de son état de santé ou de son risque de maladie ⁽⁵³⁾.

⁽⁴¹⁾ Affaires jointes C-159/91 et C-160/91, Poucet et Pistre, précitées, point 13.

⁽⁴²⁾ Affaire C-218/00, *Cisal et INAIL*, Rec. 2002, p. I-691, point 45.

⁽⁴³⁾ Affaires jointes C-264/01, C-306/01, C-354/01 et C-355/01, *AOK Bundesverband*, précitées, points 47 à 55.

⁽⁴⁴⁾ Affaires jointes C-159/91 et C-160/91, *Poucet et Pistre*, précitées, points 15 à 18.

⁽⁴⁵⁾ Affaire C-218/00, *Cisal et INAIL*, précitée, point 40.

⁽⁴⁶⁾ Affaires jointes C-159/91 et C-160/91, *Poucet et Pistre*, précitées, point 14; affaire C-218/00, *Cisal et INAIL*, précitée, points 43 à 48; affaires jointes C-264/01, C-306/01, C-354/01 et C-355/01, *AOK Bundesverband*, précitées, points 51 à 55.

⁽⁴⁷⁾ Affaire C-67/96, *Albany*, Rec. 1999, p. I-5751, points 80 à 87.

⁽⁴⁸⁾ Affaire C-244/94, *FFSA e.a.*, précitée, points 9 et 17 à 20; affaire C-67/96, *Albany*, précitée, points 81 à 85; voir aussi affaires jointes C-115/97 à C-117/97, *Brentjens*, Rec. 1999, p. I-6025, points 81 à 85; affaire C-219/97, *Drijvende Bokken*, Rec. 1999, p. I-6121, points 71 à 75, et affaires jointes C-180/98 à C-184/98, *Pavlov*, précitées, points 114 et 115.

⁽⁴⁹⁾ Affaires jointes C-115/97 à C-117/97 *Brentjens*, précitées.

⁽⁵⁰⁾ Affaires jointes C-180/98 à C-184/98, *Pavlov e.a.*, précitées.

⁽⁵¹⁾ Voir, par exemple, appréciation de la Cour de justice dans l'affaire C-350/07, *Kattner Stahlbau*, Rec. 2009, p. I-1513, notamment points 33 à 68.

⁽⁵²⁾ À cet égard, il convient de noter que dans un arrêt récent (arrêt *Allemagne/Commission*, T-347/09), auquel le plaignant, la société d'assurance *Dôvera*, faisait référence dans ses observations sur la décision d'ouvrir la procédure, la Cour de justice n'a fait que confirmer que même des organisations à but non lucratif pouvaient commercialiser des biens et des services sur le marché (voir également la communication de 2012 relative aux services d'intérêt économique général, point 9, avec renvoi à la jurisprudence). Cela ne change toutefois rien au fait que la conclusion sur le caractère économique ou non économique de l'activité considérée doit être fondée sur la présence et l'appréciation de l'importance individuelle de chacun des éléments.

⁽⁵³⁾ Voir considérants 23 à 25.

- (86) Deuxièmement, l'assurance maladie obligatoire en Slovaquie est fondée sur des cotisations clairement fixées par la loi, proportionnellement aux revenus des assurés et indépendamment du niveau de risque de l'assuré (âge, état de santé, risques de maladie). En outre, il n'existe aucun rapport direct entre le montant des cotisations versées dans le régime par les individus et le montant des prestations dont ils bénéficient. Pour cette raison, les sociétés d'assurance ne peuvent influencer ni sur le montant des cotisations ni sur le niveau minimal de couverture auquel les assurés ont droit, étant donné qu'ils sont établis par les dispositions juridiques nationales.
- (87) Troisièmement, tous les assurés ont droit de par la loi à un niveau de prestation de base identique qui, dans les faits, est très élevé, car couvrant presque tous les actes médicaux prodigués en République slovaque, ce qui signifie que le système d'assurance maladie obligatoire permet la prestation de pratiquement tous les soins de santé ⁽⁵⁴⁾. En République slovaque, le DER garantit le partage des risques d'assurance, ce qui renforce encore davantage la solidarité. Le régime slovaque impose de surcroît le principe d'une tarification commune, ce qui signifie que les assureurs ne peuvent fixer le montant des cotisations en fonction du risque d'assurance, étant précisé que le mécanisme d'égalisation des risques compense partiellement les assureurs dont le portefeuille comprend un profil démographique à risque accru, et ce par une redistribution des fonds des assureurs payant moins que le montant moyen des prestations aux assureurs qui versent à leurs assurés plus que la moyenne ⁽⁵⁵⁾.
- (88) Outre ce caractère social et solidaire, la Commission rappelle que l'organisation et le fonctionnement de l'assurance maladie obligatoire en République slovaque sont conformes à un cadre réglementaire bien établi: le statut, les droits et les obligations de toutes les sociétés d'assurance maladie sont fixés par des lois qui définissent les modalités précises, et les sociétés d'assurance opèrent sous le contrôle strict de l'État ⁽⁵⁶⁾.
- (89) Compte tenu de cette caractéristique, la Commission a conclu que le régime slovaque d'assurance maladie obligatoire n'a pas un caractère économique et que SZP et VŠZP ne peuvent donc être considérées comme une «entreprise» au sens de l'article 107, paragraphe 1, du traité ⁽⁵⁷⁾.
- (90) La Commission reconnaît que certains éléments du régime slovaque d'assurance maladie obligatoire pourraient laisser penser que les activités exercées dans le cadre de ce régime ont un caractère économique: i) la présence de plusieurs organismes d'assurance (publics et privés) dans le secteur de l'assurance maladie obligatoire en République slovaque; ii) un certain degré de concurrence entre ces organismes d'assurance maladie, qui; iii) exercent une activité à but lucratif; et iv) le fait que la Cour constitutionnelle de la République slovaque a qualifié cette activité de concurrence ouverte. La Commission estime cependant que la présence de tels aspects ne remet pas en cause sa conclusion selon laquelle l'assurance maladie obligatoire en République slovaque constitue une activité non économique.
- (91) Premièrement, la Commission constate que l'existence de plusieurs entités (publiques et privées) actives dans le secteur de l'assurance maladie obligatoire n'est pas automatiquement révélateur du caractère économique de leurs activités dans un régime où — comme expliqué aux considérants 85 à 87 — prédominent les aspects et objectifs sociaux et dont le fonctionnement repose en premier lieu sur le principe de solidarité, avec un contrôle strict de l'État. Une telle interprétation accorderait à des mesures plutôt organisationnelles, voulues par l'État membre dans le cadre de la gestion d'une partie de son système de sécurité sociale, une importance plus grande qu'au principe même sur lequel le régime en question repose ⁽⁵⁸⁾.
- (92) Deuxièmement, il ressort de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne que l'existence d'un espace de concurrence dans le régime d'assurance maladie, ou une concurrence bien réelle, même si son existence était voulue par le législateur et confirmée par les tribunaux, ne signifierait pas nécessairement que l'activité concernée aurait un caractère économique. La Cour de justice de l'Union européenne a établi que, pour déterminer si les activités exercées dans le cadre du régime d'assurance maladie légal — qui, comme le régime

⁽⁵⁴⁾ Voir considérants 26 à 29.

⁽⁵⁵⁾ Voir considérants 23 à 25.

⁽⁵⁶⁾ Voir considérant 32.

⁽⁵⁷⁾ Les caractéristiques du régime slovaque d'assurance maladie obligatoire sont identiques au régime légal allemand d'assurance maladie publique examiné par la Cour de justice de l'Union européenne dans les affaires jointes C-264/01, C-306/01, C-354/01 et C-355/01, AOK Bundesverband. La Cour de justice de l'Union européenne a qualifié le régime allemand de non économique et a particulièrement insisté sur le fait que les caisses de maladie allemandes sont légalement contraintes d'offrir à leurs affiliés des prestations obligatoires, pour l'essentiel similaires, qui sont fixées par l'État et qui sont indépendantes du montant des cotisations des assurés; les caisses de maladie ne sont donc pas en concurrence entre elles pour l'octroi des prestations légales obligatoires et participent à un dispositif d'égalisation des risques (voir points 52 à 54 de cet arrêt).

⁽⁵⁸⁾ Voir aussi affaire C-350/07, Kattner Stahlbau, précitée, point 53, et notamment les conclusions de l'avocat général Mazák en l'espèce (point 59).

slovaque, laisse un certain espace à la concurrence — ont un caractère économique ou non, les éléments déterminants sont: la nature et le niveau de cette concurrence, les circonstances dans lesquelles cette concurrence est réalisée et la présence et l'importance d'autres facteurs pertinents ⁽⁵⁹⁾. En l'espèce, le type de concurrence le plus intéressant pour les consommateurs (concurrence tarifaire au niveau des cotisations) n'est pas permis, car les organismes d'assurance maladie en République slovaque ne peuvent modifier le montant des cotisations des assurés qui est fixé par la loi. En outre, les possibilités de concurrence dans le domaine de la qualité sont relativement restreintes, car le régime slovaque d'assurance maladie obligatoire prévoit un large éventail de prestations légales, identiques pour tous les assurés, ne laissant donc que peu de marge aux organismes d'assurance pour chercher à gagner des clients sur le fondement d'une offre de prestations complémentaires (gratuites). Les organismes d'assurance maladie ne se concurrencent pas, étant donné qu'ils n'ont aucune possibilité d'influer sur ces prestations légales ni sur la fourniture des prestations légales obligatoires relatives aux soins de santé, qui constituent leur mission première.

- (93) Troisièmement, la Commission estime que le caractère non économique de l'activité d'assurance maladie obligatoire n'est pas influencé par le fait que les sociétés d'assurance maladie se concurrencent en matière de qualité et d'efficacité des achats, en se procurant, à des prix compétitifs, des services de santé et des services connexes de qualité auprès des prestataires. Ainsi, les sociétés d'assurance maladie se procurent les intrants nécessaires à l'accomplissement de leur mission dans le régime d'assurance maladie obligatoire par l'intermédiaire d'une activité pouvant être dissociée des contrats qu'elles passent avec les assurés dans le cadre de ce régime. Il ressort de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne que, si le régime d'assurance maladie obligatoire a, du fait de ses caractéristiques élémentaires, un caractère non économique, l'achat des intrants nécessaires au fonctionnement de ce régime a lui aussi un caractère non économique ⁽⁶⁰⁾.
- (94) Quatrièmement, le fait que, selon la législation slovaque dans le domaine de l'assurance maladie obligatoire, les organismes d'assurance maladie soient autorisés à réaliser des bénéfices et à en distribuer une partie à leurs actionnaires n'a pas d'effet sur le caractère non économique de leurs activités, car ils les exercent dans le cadre d'un régime dans lequel tous les éléments évoquant des activités à caractère non économique susmentionnés sont fortement présents. Le fait que les organismes d'assurance maladie puissent réaliser des bénéfices et en distribuer une partie ne peut en soi remettre en cause la prédominance des éléments et objectifs sociaux du régime, changer sa mission fondamentale, à savoir le principe de solidarité, et n'enlève rien au fait que son fonctionnement fait l'objet d'une réglementation et d'un contrôle stricts par l'État. Concernant cette réglementation par l'État, la Commission rappelle que la possibilité de réaliser, d'utiliser et de distribuer des bénéfices est encadrée et limitée par les obligations légales que l'État impose aux sociétés d'assurance en République slovaque, dont l'objectif est d'assurer la viabilité et la continuité de l'assurance maladie obligatoire, en ce compris tous ses objectifs sociaux et de solidarité prédominants ⁽⁶¹⁾. Dans le secteur de l'assurance maladie obligatoire en République slovaque, la liberté de réaliser, d'utiliser et de distribuer des bénéfices est donc beaucoup plus limitée que dans les secteurs marchands classiques, et subordonnée à la réalisation d'objectifs sociaux et de solidarité.
- (95) Compte tenu de la concurrence limitée instaurée dans le régime d'assurance maladie obligatoire en République slovaque (avec uniquement une concurrence restreinte en matière de qualité et aucune concurrence tarifaire) ainsi que des modalités restreintes de réalisation et d'utilisation des bénéfices, les éléments de concurrence et le but lucratif présents dans le régime slovaque de l'assurance maladie obligatoire ne remettent pas en cause les caractéristiques sociales, solidaires et réglementaires dominantes qui attestent du caractère non économique des activités exercées par les sociétés d'assurance maladie dans le cadre de ce régime. Les éléments de concurrence et le but lucratif présents dans le régime slovaque de l'assurance maladie obligatoire devraient plutôt être considérés comme des éléments destinés à la poursuite de l'objectif principal consistant à motiver les sociétés d'assurance à exercer leurs activités dans le respect des principes de bonne gestion dans l'intérêt du bon fonctionnement du système de sécurité sociale en question, et donc comme des éléments garantissant la réalisation des objectifs sociaux et de solidarité du système ⁽⁶²⁾.
- (96) La Commission est d'avis que le fait que la Cour constitutionnelle de la République slovaque (dans le cadre de l'appréciation d'une possible violation du droit d'entreprendre garanti par la Constitution de la République slovaque) ait qualifié le régime slovaque de l'assurance maladie obligatoire de secteur «appartenant à la sphère de la concurrence» ne signifie pas que ce régime donne lieu à l'exercice d'activités à caractère économique au sens des règles applicables en matière d'aide d'État. En réalité, dans l'affaire en question, il avait été demandé à la Cour

⁽⁵⁹⁾ La Commission rappelle à cet égard que, même s'il existait dans l'affaire AOK Bundesverband (affaires jointes C-264/01, C-306/01, C-354/01 et C-355/01) une certaine concurrence tarifaire entre les caisses de maladie allemandes, sous la forme d'une certaine marge de manœuvre, s'agissant des niveaux des cotisations des assurés, elle ne remet pas en question l'avis de la Cour que les sociétés d'assurance n'exerçaient pas une activité économique. La Cour de justice de l'Union européenne estime que l'introduction d'un élément de concurrence au niveau des cotisations afin d'inciter les caisses de maladie à exercer leur activité selon les principes d'une bonne gestion, à savoir de la manière la plus efficace et la moins coûteuse possible, est dans l'intérêt du bon fonctionnement du système de sécurité sociale allemand. D'après la Cour de justice de l'Union européenne, la poursuite de cet objectif ne change en rien la nature de l'activité des caisses de maladie (voir point 56 de l'arrêt susvisé).

⁽⁶⁰⁾ Voir affaire T-319/1999, FENIN, Rec. 2003, p. II-357, (notamment point 37).

⁽⁶¹⁾ Considérants 84 à 88.

⁽⁶²⁾ Également compte tenu de l'objectif principal de la réforme (portant sur l'efficacité) mentionné au considérant 13.

constitutionnelle de la République slovaque d'examiner si l'interdiction légale de distribuer des bénéfices imposée aux sociétés d'assurance maladie en 2007 était conforme à la Constitution de la République slovaque (violation du droit de propriété, du droit à la protection des biens et du droit d'entreprendre) et compatible avec les articles 18, 49, 54 et 63 du traité — indépendamment de la législation de l'Union européenne sur la concurrence et des règles en matière d'aide d'État. La Cour constitutionnelle de la République slovaque a statué en concluant que cette interdiction violait la Constitution de la République slovaque et qu'il n'y avait pas lieu de discuter des éléments fondamentaux des règles du marché intérieur de l'Union européenne ni de décider si ces règles avaient été violées.

- (97) Vu les faits exposés précédemment, le caractère spécifique de l'affaire ainsi que la présence d'indicateurs majeurs et leur importance, l'activité d'assurance maladie obligatoire organisée et exercée en République slovaque ne saurait être considérée comme une activité économique.
- (98) Compte tenu de ce qui précède, la Commission a conclu que SZP et VŠZP, en tant que bénéficiaires des mesures litigieuses, ne sauraient être qualifiées d'entreprises au sens de l'article 107, paragraphe 1, du traité, et donc que ces mesures n'entraînent pas l'octroi d'une aide d'État au sens des dispositions citées.
- (99) C'est pourquoi il n'est pas nécessaire d'examiner les autres conditions relatives à l'existence d'une aide d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE ni d'apprécier la compatibilité des mesures contestées.

8. CONCLUSION

- (100) À la lumière de ce qui précède, la Commission conclut que les mesures contestées ne constituent pas une aide d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE,

A ARRÊTÉ LA PRÉSENTE DÉCISION:

Article premier

Les mesures énumérées ci-après que la République slovaque a accordées à Spoločná zdravotná poisťovňa a. s. (SZP) et/ou à Všeobecná zdravotná poisťovňa a.s (VŠZP) ne constituent pas une aide au sens de l'article 107, paragraphe 1, du traité:

- a) l'augmentation du capital de SZP entre le 28 novembre 2005 et le 18 janvier 2006 pour un montant de 450 millions de SKK;
- b) l'acquittement de la dette de SZP par la société Veritel' a. s. entre 2003 et 2006;
- c) la subvention octroyée à SZP par le ministère de la santé en 2006;
- d) l'augmentation du capital de VŠZP au 1^{er} janvier 2010 pour un montant de 65,1 millions d'EUR;
- e) le dispositif d'égalisation des risques instauré sur le fondement de la troisième partie de la loi n° 580/2004 Rec.; et
- f) le transfert de portefeuilles de sociétés d'assurance liquidées, notamment celui du portefeuille de Družstevná zdravotná poisťovňa à VŠZP et celui du portefeuille d'Európská zdravotná poisťovňa à SZP.

Article 2

La République slovaque est destinataire de la présente décision.

Fait à Bruxelles, le 15 octobre 2014.

Par la Commission
Joaquín ALMUNIA
Vice-président