

## A VERSENYPOLITIKA VÉGREHAJTÁSÁRA VONATKOZÓ ELJÁRÁSOK

## BIZOTTSÁG

## ÁLLAMI TÁMOGATÁSOK – FRANCIAORSZÁG

## Állami támogatás C 50/07 (ex N 894/06) – A szolidáris és felelősség-alapú betegbiztosítási szerződések fejlesztésére szolgáló támogatási program

## Felhívás észrevételek benyújtására az EK-Szerződés 88. cikkének (2) bekezdése értelmében

(EGT-vonatkozású szöveg)

(2008/C 38/07)

A Bizottság 2007. november 13-án kelt levélben – melyet hiteles nyelven ezen összefoglalóhoz mellékeltek – értesítette határozatáról Franciaországot, mely szerint az említett támogatásokat illetően megindítja a Szerződés 88. cikke (2) bekezdése szerinti eljárást.

Az érdekelt felek a bizottsági eljárás tárgyát képező támogatásra vonatkozó észrevételeiket az ezen összefoglaló és az ezt követő közlemény közzétételét követő egy hónapon belül az alábbi címre nyújthatják be:

Commission européenne (Európai Bizottság)  
Direction générale de la Concurrence (Versenypolitikai Főigazgatóság)  
Greffé des aides d'État (Állami Támogatások Hivatala)  
B-1049 Brüsszel  
Fax: (32-2) 296 12 42

Az említett észrevételeket közlik Franciaországgal. Az észrevételeket benyújtó érdekelt fél a kérését megindokolva, írásban kérheti személyazonosságának bizalmas kezelését.

## AZ ÖSSZEFOGLALÁS SZÖVEGE

A francia hatóságok bejelentést tettek a szolidáris és felelősség-alapú betegbiztosítási szerződések fejlesztésére szolgáló támogatási programról. E program rendelkezéseit a 2006. december 30-i 2006-1771. számú, 2006. évi módosított pénzügyi törvény<sup>(1)</sup> 88. cikke tartalmazza. A francia hatóságok úgy tekintik, hogy ezen intézkedések összeegyeztethetőek a Szerződés 87. cikke (2) bekezdésének a) pontja szerint az állami támogatásra vonatkozó szabályokkal.

A Bizottság a fenti törvény más rendelkezéseire vonatkozó értékelésének sérelme nélkül úgy határozott, hogy az alábbi intézkedésekkel kapcsolatos kétségeinek kifejezésére megindítja a hivatalos vizsgálati eljárást:

<sup>(1)</sup> A Francia Köztársaság Hivatalos Lapjának 303. száma, 2006. december 31., 2. számú szöveg (forrás: <http://www.legifrance.gouv.fr>).

1. a társasági és az iparűzési adó alóli mentesség a szolidáris és felelősség-alapú szerződések kezelési tevékenységei; és

2. a kiegyenlítési tartalék.

Az első bejelentett intézkedés a társasági adó alóli mentesség (az általános adótörvénykönyv új 207-2. cikke) és az iparűzési adó alóli mentesség (az általános adótörvénykönyv 1461-1. cikke) bizonyos, ún. „szolidáris és felelősség-alapú” betegbiztosítási szerződések kezelési műveletei miatt. E rendszer az egészségbiztosító szerv státuszától függetlenül alkalmazható lenne.

Valamely intézkedés állami támogatásnak történő minősítése a következő feltételek együttes teljesülését feltételezi, nevezetesen: 1. a kérdéses intézkedés állami forrásból finanszírozott előnyt nyújt; 2. ez az előny szelektív és 3. az érintett intézkedés torzítja a versenyt vagy magában hordozza a versenytorzulás veszélyét és befolyásolhatja a tagállamok közötti kereskedelmet.

Mivel Franciaország elismerte a bejelentett intézkedések vonatkozásában az állami támogatás minősítést, a Bizottság a csatolt határozatában csupán rövid elemzésre szorítkozik és megállapítja, hogy e bejelentett intézkedések valóban állami támogatást képeznek.

A Szerződés 87. cikke (2) bekezdésének a) pontja szerint: „2. A közös piaccal összeegyeztethető: a) a magánszemély fogyasztóknak nyújtott szociális jellegű támogatás, feltéve hogy azt a termék származásán alapuló megkülönböztetés nélkül nyújtják”.

Valamely állami támogatással kapcsolatos intézkedés e rendelkezéssel összeegyeztethető az alábbi három feltétel együttes teljesülése esetén:

1. a támogatás szociális jellegű;
2. azt magánszemély fogyasztóknak nyújtják;
3. azt a termék származásán alapuló megkülönböztetés nélkül nyújtják.

Jelen szakaszban a Bizottságnak fenntartásai vannak e három feltétel teljesülését illetően, és következésképpen kétségesnek véli, hogy a támogatásokat a fenti rendelet alapján összeegyeztethetőnek lehet nyilvánítani.

### **Társasági és iparüzési adó alóli mentességek a szolidáris és felelősség-alapú szerződések kezelési tevékenységei miatt**

Az intézkedés szociális jellege (1. feltétel) látszólag teljesen megalapozott a tekintetben, hogy annak célja kiegészítő egészségbiztosítás nyújtása azon személyek számára, akik a koruknál, egészségi állapotuknál vagy anyagi helyzetüknél fogva nehezen juthatnak ilyenhez. Mindazonáltal bizonyos alkalmazási szabályokat még pontosítani kell.

Viszont az intézkedés nem közvetlenül a magánszemély fogyasztókat szolgálja (2. feltétel), hanem azon biztosítási vállalkozásokat, amelyek támogatható szerződéseket kínálnak. A francia hatóságok szerint a vállalkozásoknak nyújtott támogatások közvetve a magánszemély fogyasztók javára szolgálnak, mivel a támogatásnyújtás olyan feltételekhez kötött, melyek a kiegészítő egészségbiztosításhoz nehezen jutó személyek bevonását is magukban foglalják; mivel a támogatások lehetővé teszik a biztosítási vállalkozások számára, hogy az ilyen szerződések kezelésére vonatkozóan a program terheiből adódó költségeket fedezni tudják; valamint mivel a támogatási program számos meglévő és potenciális piaci szereplő előtti nyitottságának köszönhetően a verseny biztosítani fogja, hogy a vállalkozások által kapott támogatások eljussanak a fogyasztóhoz az általa fizetendő biztosítási díjak összegének megállapítása révén.

A Bizottságnak kételyei vannak afelől, hogy csupán a piaci mechanizmus által biztosítani lehet a támogatás nyújtotta előny – a Szerződés 87. cikke (2) bekezdésének a) pontja szerint előírt – teljes mértékű átruházását a magánszemély fogyasztók felé. E kételyeket még inkább alátámasztják a meglévő betartandó küszöbértékek, melyek az említett szerződéseket kínáló szervezetek számát – tehát potenciálisan a versenyt is – csökkenthetik.

A Bizottság szintén vitatja a termék származásán alapuló megkülönböztetés tilalma feltételének (3. feltétel) tiszteletben tartását. Annak érdekében, hogy e feltétel teljesüléséről megbizonyosodjunk, meg kell vizsgálni, hogy a fogyasztók az említett támogatás előnyeiből attól függetlenül részesülnek-e, hogy az érintett tagállam által hivatkozott szociális célt betöltő terméket vagy szolgáltatást mely gazdasági szereplő nyújtja. Azonban a támogatható szerződések típusára vonatkozó feltételeken kívül a támogatási programot igénybe venni szándékozó

vállalkozásoknak a tevékenységi körüknél figyelembe kell venniük a szolidáris és felelősség-alapú biztosítások számára (120 000/150 000 szerződés)/arányára (80/90 %-os arány) vonatkozó küszöbértékeket is.

E küszöbértékek egyes szervezetek elől elzárhatják a mentesség igénybevételének lehetőségét, még akkor is, ha azok a francia hatóságok által támogatni szándékozott szolidáris és felelősség-alapú betegségbiztosítási szerződéseket nyújtanak. Következésképpen az a fogyasztó, aki a küszöbértékeket el nem érő szervezetekhez fordul, nem részesülhet az intézkedés előnyeiből. Ezenfelül úgy tűnik, hogy e küszöbértékek meggátolhatják az érintett piacra történő belépést bizonyos gazdasági szereplők esetében, amelyek attól tartanak, hogy a küszöbértékeknek nem képesek megfelelni. A fenti érvelés alapján a küszöbérték tehát éppen az ilyen típusú szerződéseket kínáló szervezetek számának csökkenéséhez vezetne.

### **Az egyes kollektív kiegészítő biztosítási szerződésekhez kapcsolódó kiegyenlítési tartalékokhoz nyújtott költségvetési juttatások adócsökkentése**

A kiegyenlítési tartalékokhoz nyújtott költségvetési juttatások adócsökkentése (az általános adótörvénykönyv új GD 39d. cikke) tekintetében a francia hatóságok véleménye szerint a kérdéses támogatás a magánszemély fogyasztók számára nyújtott szociális jellegű támogatás jellemzőit mutatja a halálesettel, rokkantsággal vagy fogyatékossgal összefüggő súlyos események bekövetkezésekor, és nem az az elsődleges célja, hogy a Szerződés 87. cikke (3) bekezdésének c) pontja szerinti bizonyos tevékenységek fejlesztését elősegítse. A Bizottság mindazonáltal kifejezi kétségeit a Szerződés 87. cikke (2) bekezdésének a) pontja alkalmazását illetően. A rendelkezésére álló információk alapján ugyanis úgy tűnik számára, hogy a jelenlegi szakaszban a három feltétel egyike sem teljesült.

Elsősorban, a Bizottság elismeri, hogy szociális szempontból kívánatos azon célkitűzés megvalósítása, amely lehetővé teszi valamennyi munkavállaló és azok családja részére, hogy a halálesettel, rokkantsággal vagy fogyatékossgal összefüggő súlyos események bekövetkezésekor megfelelő biztosítási védelemben részesülhessenek. Mindazonáltal a Bizottság rendelkezésére álló információk alapján az intézkedés szociális jellege nem tűnik kellően bizonyítottnak, ha a biztosítási szerződés megkötésének időpontját – vagyis a fenti súlyos események bekövetkezése előtti időszakot – vesszük alapul. A kollektív betegbiztosítási szerződéseket a vállalkozások kötik a biztosítási szervezetekkel, és azok egy ágazat vagy egy vállalkozás valamennyi munkavállalója számára védelmet nyújtanak, azonban a francia hatóságok által rendelkezésre bocsátott információkból nem tűnik ki egyértelműen, hogy a tervezett intézkedés lehetővé teszi-e azok igénybevételét a különösen védelemre szoruló személyek kategóriái által.

Másodszorban, csakúgy, mint az első vizsgált intézkedés esetében, a fogyasztó/biztosított a támogatásnak csupán közvetett haszonélvezője lenne. A francia hatóságok mindeddig nem bizonyították, hogy a biztosítási szervezeteknek juttatott előny teljes egészében továbbkerül a végfogyasztókhöz. Ennélfogva – és még inkább, mint az előző intézkedés vonatkozásában – ez a teljes mértékű átruházás feltételesnek és esetlegesnek látszik. Egyrészt úgy tűnik, hogy az előny átruházása lényegében az ilyen szerződések piaci jelenlétét illető tényleges verseny mértékétől függ, mely verseny jelenleg jellemzően az előtakarékosági intézmények kezében összpontosul. Fennáll tehát annak esélye, hogy a tervezett támogatás ezek jelenlegi helyzetét erősíti meg.

Harmadsorban, az e szerződésekkel kapcsolatos tevékenységek említettek szerinti, jelenleg jellemzően nagy fokú összpontosulása az előtakarékosági intézmények kezében az ezen intézmények javára történő *de facto* megkülönböztetést idézhet elő. A Bizottság úgy véli, hogy ebben az összefüggésben a támogatásnyújtás még inkább erősítheti az esetleges megkülönböztetést.

A 659/1999/EK tanácsi rendelet <sup>(2)</sup> 14. cikke értelmében a kedvezményezett kötelezhető a jogellenes támogatás visszafizetésére.

#### A LEVÉL SZÖVEGE

„Par la présente, la Commission a l'honneur d'informer la France qu'après avoir examiné les informations fournies par vos autorités sur l'aide citée en objet, elle a décidé d'ouvrir la procédure prévue à l'article 88, paragraphe 2, du traité.

#### I. PROCÉDURE

- (1) Le 28 décembre 2006, les autorités françaises ont notifié un régime d'aides en faveur du développement des contrats d'assurance-maladie solidaires et responsables repris dans un projet de loi de finances rectificative pour 2006. Les dispositions de ce régime ont entretemps été reprises à l'article 88 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006 <sup>(3)</sup>.
- (2) Le dispositif notifié prévoit également l'abolition progressive des exonérations accordées aux sociétés mutuelles en France au titre de l'impôt sur le revenu et de la taxe professionnelle.
- (3) Par courriers des 22 janvier, 27 mars et 13 juillet 2007, la Commission a demandé à la France de lui fournir des informations complémentaires. La France a répondu respectivement par ses lettres du 26 février, 11 mai et 18 septembre 2007.
- (4) La Commission a, par ailleurs, reçu des courriers d'un tiers formulant des observations au sujet de la réforme projetée.

#### II. DESCRIPTION DU RÉGIME

- (5) La base légale du régime est le projet de Loi de finances rectificative pour 2006 qui modifie les articles 207-2, 1461-1° et 39 *quinquies* GD du code général des impôts (CGI). Le régime notifié prévoit des aides fiscales ayant pour objet de favoriser le développement de la couverture complémentaire maladie de la population française. Le nombre de bénéficiaires estimé par les autorités françaises est supérieur à 1 000.
- (6) Le régime notifié comporte trois dispositifs fiscaux distincts.

*Exonérations d'impôt des sociétés et de taxe professionnelle à raison des activités de gestion des contrats solidaires et responsables*

- (7) La première mesure notifiée est un régime d'exonération d'impôt sur les sociétés (l'article 207-2 nouveau du CGI) et de taxe professionnelle (article 1461-1° du CGI) à raison des opérations de gestion de certains contrats d'assurance maladie dits "*solidaires et responsables*". Ce régime s'appliquerait indépendamment du statut de l'organisme d'assurance. Selon les autorités françaises, ces exonérations accordées à raison des activités de gestion de ces contrats bénéficieraient, lorsqu'elles sont exercées dans des conditions qui garantissent une plus grande solidarité, à l'ensemble des organismes diffusant ces contrats: mutuelles et unions régies par le code de la mutualité, institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural ainsi que toutes les entreprises d'assurance régies par le code des assurances.
- (8) L'objectif de cette mesure est, par le développement de ce type de contrats, d'élargir la couverture complémentaire de la population française et de contribuer au succès du parcours de soin instauré dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004. À ce titre, la mesure serait complémentaire du régime d'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance qui s'applique au même type de contrats et que la Commission a autorisé par décision <sup>(4)</sup> du 2 mars 2005.
- (9) Les contrats d'assurance maladie concernés par ce régime d'exonération, dits "*solidaires et responsables*", ont été introduits en France en 2001. Il s'agit d'une part, des contrats relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire, et d'autre part, des contrats relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative.
- (10) Pour donner droit au régime préférentiel, ces contrats devront satisfaire les conditions suivantes:
  - Aucune information médicale sur l'assuré ne sera exigée de la part de l'organisme d'assurance pour l'adhésion à des contrats facultatifs.
  - Le montant des cotisations ou des primes ne sera pas fixé en fonction de l'état de santé de l'assuré.
  - Les garanties accordées devront obligatoirement couvrir les prestations liées à la prévention et aux consultations du médecin traitant ainsi qu'à ses prescriptions.
  - Les garanties accordées ne devront pas couvrir les participations aux frais médicaux que l'assuré peut exposer soit à raison de dépassements d'honoraires sur le tarif de certains actes ou de certaines consultations, soit du fait de l'absence de désignation d'un médecin traitant.

<sup>(2)</sup> HLL 83., 1999.3.27., 1. o.

<sup>(3)</sup> JO n° 303 du 31 décembre 2006 page 20228, texte n° 2 (source: <http://www.legifrance.gouv.fr>)

<sup>(4)</sup> Cf. aide d'État n° E 20/2004, décision publiée au JO L 296 du 12.11.2005, p. 19.

- (11) Pour être éligibles, ces organismes devront en outre respecter des seuils relatifs au nombre de contrats maladie complémentaire à caractère solidaire et responsable dans l'ensemble de leur portefeuille d'activités. Ces seuils varient en fonction de la nature des contrats:
- les contrats relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative,
  - leur part doit représenter 150 000 personnes ou une proportion minimale (fixée par décret) comprise entre 80 % et 90 % de l'ensemble des souscripteurs et membres participants des contrats relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative souscrits auprès de l'organisme,
  - les contrats relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire.
- Leur part doit représenter 120 000 personnes ou une proportion minimale (fixée par décret) comprise entre 90 % et 95 % de l'ensemble des souscripteurs et membres participants des contrats relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion obligatoire souscrits auprès de l'organisme.
- (12) Enfin, ces organismes devront également satisfaire à au moins l'une des conditions suivantes:
- mettre en œuvre une modulation tarifaire ou de prise en charge des cotisations en fonction de la situation sociale des souscripteurs et membres participants,
  - les membres participants et les souscripteurs qui bénéficient d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire doivent représenter entre 3 % et 6 % au moins des participants ou souscripteurs de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative souscrits auprès de l'organisme,
  - les personnes âgées d'au moins soixante cinq ans doivent représenter entre 15 % et 20 % au moins des membres participants ou souscripteurs de contrats d'assurance maladie souscrits auprès de l'organisme,
  - les personnes âgées de moins de vingt-cinq ans doivent représenter au moins entre 28 % et 35 % des bénéficiaires de contrats d'assurance maladie souscrits auprès de l'organisme.
- (13) Selon les autorités françaises, ces critères imposent une mutualisation tarifaire ou générationnelle et la réalisation d'un niveau minimum de solidarité effective. Ils viseraient à encourager la diffusion des contrats solidaires et responsables et la couverture de l'ensemble de la population:
- soit en maintenant les garanties maladie des adhérents et de leur famille confrontés à des accidents de la vie (décès, chômage, invalidité ...) ou dont la situation est précaire (chômeurs, apprentis, personnes dépendantes),
  - soit en accueillant une proportion significative de personnes jeunes ou âgées, deux catégories qui rencontrent le plus de difficultés pour obtenir une assurance complémentaire santé en raison de la faiblesse de leurs ressources (les jeunes) et du coût potentiel qu'elles représentent (les personnes âgées).
- (14) Ainsi, l'objectif général — diffusion des contrats solidaires et responsables et couverture de l'ensemble de la population — serait-il décliné en différents critères qui permettraient de répondre aux différents enjeux qui se posent en termes de solidarité. Ces critères sont alternatifs dès lors que, selon les autorités françaises, les différents acteurs du marché de l'assurance maladie complémentaire ne seraient pas en mesure, en raison de leur organisation même ou du public auquel ils s'adressent, de les remplir tous simultanément. Le 4<sup>o</sup> du 2 de l'article 207 du CGI ainsi modifié imposerait en outre que ces critères soient appréciés au niveau des groupes, au titre de leurs activités imposables en France. Cette disposition aurait pour objet d'éviter le contournement du dispositif ou des montages aboutissant à une concentration de ce type de risque dans quelques structures ad hoc, en contradiction avec l'objectif de mutualisation.
- (15) Selon les autorités françaises, ces conditions auraient pour objectif d'inciter les organismes d'assurance, au-delà même de l'effet propre de l'exonération, à développer la diffusion de ces contrats, à participer à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle de base et complémentaire et à offrir une couverture maladie complémentaire à l'ensemble de la population dans des conditions tarifaires maîtrisées. Sont visées, en particulier, les personnes dont l'état de santé où les capacités financières ne leur permettent pas de disposer à titre individuel d'une couverture.
- (16) Ce premier dispositif fiscal doit en principe entrer en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, à l'exception de l'exonération de taxe professionnelle prévue à l'article 1461-1<sup>o</sup> nouveau du CGI qui s'appliquera pour la première fois aux impositions dues au titre de 2010. Par conséquent, le régime actuel (°) d'exonération de taxe professionnelle, dont bénéficient les mutuelles et leurs unions en raison de leur statut, serait abrogé à compter de 2010.
- Soumission progressive des mutuelles et institutions de prévoyance au régime de droit commun de l'impôt des sociétés*
- (17) Un deuxième dispositif (article 217 sexdecies du CGI) prévoit, à partir de 2008, la soumission progressive des mutuelles et de leurs unions ainsi que des institutions de prévoyance au régime de droit commun de l'impôt sur les sociétés. Jusqu'en 2013, les mutuelles et leurs unions ainsi que les institutions de prévoyance pourraient déduire de leur résultat imposable, c'est-à-dire de leur résultat réalisé à raison des activités non liées à la gestion des contrats d'assurance maladie solidaires et responsables, des dotations à une réserve spéciale. La dotation serait déductible à concurrence de 100 % du résultat réalisé en 2008, pour finir à 20 % en 2013. Le régime de droit commun serait donc pleinement applicable dès 2014. Les sommes prélevées sur cette réserve seraient ensuite rapportées au résultat imposable. Le but de cette transition est, selon les autorités françaises, de permettre aux mutuelles de constituer les fonds propres nécessaires à garantir leur solvabilité, une fois soumises au régime de droit commun.

(°) Art 1461-1<sup>o</sup> du CGI.

*Déduction fiscale des dotations aux provisions d'égalisation afférent à certains contrats d'assurances complémentaires collectifs*

- (18) Le troisième dispositif fiscal notifié permet la déduction fiscale des dotations aux provisions d'égalisation afférent à certains contrats d'assurances complémentaires collectifs (article 39 *quinquies* GD nouveau du CGI). En effet, la constitution d'une provision technique d'égalisation est prévue par la réglementation comptable et prudentielle des organismes d'assurance. Elle est destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité afférentes aux opérations collectives couvrant les risques de décès ou de dommages corporels (incapacité et invalidité). Ces fluctuations de résultat seraient liées à l'exécution effective des garanties prévues par les contrats d'assurance souscrits par rapport aux hypothèses de mise en œuvre des obligations de garanties qui avaient été retenues lors de l'élaboration de la tarification des primes d'assurances. La provision permet le lissage des résultats techniques afférents aux opérations concernées en vue de couvrir des fluctuations de sinistralité importantes susceptibles d'être constatées ultérieurement.
- (19) La provision pour égalisation est une aide complémentaire à l'exonération d'impôt sur les sociétés sur le risque maladie. Selon les autorités françaises, elle participe ainsi à l'objectif général de développement et d'amélioration de l'offre, par les organismes d'assurances, des garanties de prévoyance souscrites dans le cadre d'une procédure de désignation. Sont concernées les garanties collectives complémentaires résultant de conventions ou accords collectifs professionnels ou interprofessionnels, d'accords d'entreprises ou de décisions de l'employeur réalisées dans le cadre d'une procédure de désignation. L'objectif de cette mesure serait d'encourager la conclusion de ce type de contrats susceptibles d'assurer une meilleure couverture maladie complémentaire de la population et de promouvoir une plus grande solidarité entre les assurés.
- (20) Selon les autorités françaises, la désignation permet en outre d'obtenir de l'organisme désigné un rapport cotisation/garantie plus avantageux et de faire accéder tous les salariés d'un secteur économique aux mêmes garanties, quelle que soit la taille de l'entreprise à laquelle ils appartiennent. Elle impliquerait également un réexamen périodique des modalités d'organisation de la mutualisation des risques et de la désignation de l'organisme considéré.
- (21) Cette mesure permettrait d'améliorer, au bénéfice du consommateur individuel, la maîtrise des tarifs et la qualité des prestations servies lors de la réalisation de risques graves comme l'invalidité, l'incapacité ou le décès qui ont pour l'assuré ou sa famille des conséquences sociales et financières significatives (dépenses supplémentaires, pertes de revenus, exclusion etc.).
- (22) Plus précisément, le mécanisme de la provision en faveur des garanties décès, invalidité et incapacité souscrites dans le cadre d'une procédure de désignation vise à permettre aux organismes d'assurance:

– la prise en charge des écarts déficitaires sur ce type de contrats, par rapport à la moyenne prévue à l'origine, qui pourraient résulter des aléas de sinistralité (montant, nombres) ou de la dérive du risque (changements des données à partir desquelles avait été faite la tarification initiale),

– l'amélioration des fonds propres et de la marge de solvabilité des organismes qui proposent ces opérations grâce à la constitution de la réserve spéciale.

- (23) En d'autres termes, la provision procure aux organismes assureurs, aux employeurs et aux salariés, pour cette catégorie de contrats, des marges de manœuvre en termes de tarifs et de sécurité, puisqu'elle permet de réduire le coût fiscal de ces opérations et de couvrir les écarts de sinistralité constatés par rapport aux données retenues lors de la tarification. Cette exigence de sécurité et de maîtrise des tarifs est particulièrement importante s'agissant de contrats pour lesquels la cotisation est fixée de manière uniforme pour l'ensemble des salariés de l'entreprise, de l'établissement ou de la branche professionnelle ou de catégories objectives d'entre eux.
- (24) En pratique, la dotation annuelle à la provision est admise en déduction dans la limite du bénéfice technique des opérations concernées. Son montant total ne peut excéder 130 % du montant total des cotisations afférentes à l'ensemble de ces opérations réalisées au cours de l'exercice. La provision est affectée à la compensation des résultats techniques déficitaires de l'exercice dans l'ordre d'ancienneté des dotations annuelles.
- (25) Les dotations annuelles non utilisées dans un délai de dix ans sont transférées dans une réserve spéciale. Le montant de cette réserve spéciale ne peut excéder 70 % du montant total des cotisations afférentes à l'ensemble des opérations concernées réalisées au cours de l'exercice. L'excédent des reprises de dotations est rapporté au bénéfice imposable.
- (26) Par ailleurs, les autorités françaises envisagent également la mise en œuvre de deux autres dispositifs fiscaux qu'elles considèrent comme des mesures générales ne devant pas faire l'objet d'une notification au titre de l'article 88, paragraphe 3, du traité. Il s'agit:

– d'une exonération de taxe professionnelle (prévue à l'article 1461-9° nouveau du code général des impôts) au profit de certains groupements de moyens constitués sous la forme d'associations régies par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 ou de groupements d'intérêt économique, au titre des opérations de gestion et d'administration réalisées pour le compte de l'AGIRC <sup>(6)</sup> et de l'ARRCO <sup>(7)</sup>,

– de la création (prévue à l'article 223 A du code général des impôts) d'un régime de groupe similaire à celui existant pour les groupes capitalistiques pour les entreprises d'assurance qui ne sont pas dotées de capital et qui établissent des comptes combinés.

### III. APPRÉCIATION DU RÉGIME

#### A. Portée de la présente décision

- (27) Tout d'abord, il y a lieu de préciser que la présente décision concerne uniquement les mesures notifiées à la

<sup>(6)</sup> Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC).

<sup>(7)</sup> Association des régimes de retraite complémentaire (ARRCO).

Commission qui constituent des aides nouvelles, c'est-à-dire:

- 1) l'exonération d'impôt des sociétés et de taxe professionnelle à raison des activités de gestion des contrats solidaires et responsables [point (7) ci-dessus] et
- 2) la réserve d'égalisation [point (18) ci-dessus].

(28) Elle ne concerne donc pas les mesures décrites au paragraphe (26) ci-dessus qui n'ont pas été formellement notifiées à la Commission, et dont la France considère qu'elles ne contiennent pas d'aides d'État <sup>(8)</sup>.

(29) Elle ne concerne pas non plus la deuxième mesure notifiée, i.e. le régime de soumission progressive des mutuelles au régime de droit commun en matière d'impôt des sociétés (et par voie de conséquence, au régime de droit commun de la taxe professionnelle). La Commission considère en effet que cette soumission progressive doit être évaluée dans le cadre de l'évaluation du régime actuel auquel sont soumises les mutuelles et de son extinction progressive.

#### B. Caractère d'aide des mesures évaluées

(30) Selon l'article 87, paragraphe 1, du traité, sont "incompatibles avec le marché commun, 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 menacent de fausser la concurrence en favorisant certaines entreprises ou certaines productions".

(31) La qualification d'une mesure en tant qu'aide d'État suppose que les conditions cumulatives suivantes soient remplies, à savoir que: 1) la mesure en question confère un avantage au moyen de ressources d'État; 2) cet avantage soit sélectif et 3) la mesure en cause fausse ou menace de fausser la concurrence et soit susceptible d'affecter les échanges entre États membres.

(32) La qualification d'aide d'État étant admise par la France en ce qui concerne les mesures notifiées, la Commission se contente ici d'une analyse succincte de cette qualification.

(33) Les exonérations ou réductions d'impôt des sociétés et de taxe professionnelle consistent à supprimer ou à réduire une charge que les entreprises concernées devraient normalement supporter. À ce titre, ces exonérations ou réductions fiscales constituent des avantages économiques.

<sup>(8)</sup> La Commission tient à rappeler que, en l'absence, d'une notification formelle des mesures en cause, l'État membre concerné ne saurait faire valoir une quelconque confiance légitime ou sécurité juridique quant à la légalité ou la compatibilité avec le marché commun des dites mesures. La référence des autorités françaises à ces deux mesures est d'ailleurs sans préjudice de l'exercice par la Commission de ses pouvoirs en application des articles 87 et 88 du traité, y compris s'agissant de la récupération des aides illégales et incompatibles avec le marché commun.

(34) Ces avantages sont accordés par l'État français qui, ce faisant, renonce à percevoir des recettes fiscales. Il accorde donc cet avantage au moyen de ressources d'État.

(35) Les mesures notifiées ne sont pas ouvertes à toutes les entreprises. La première mesure est seulement accessible à certaines entreprises du secteur des assurances qui proposent les contrats d'assurance maladie complémentaire solidaires et responsables, répondant en outre à des conditions additionnelles [voir description aux points (9) à (12) ci-dessus]. La seconde mesure à certaines entreprises du secteur des assurances qui proposent les contrats de désignation couvrant certains risques liés au décès, à l'incapacité, à l'invalidité. Ces mesures sont donc sélectives.

(36) La position des entreprises concernées sera renforcée dans les échanges intracommunautaires et ces entreprises sont actives dans la fourniture de services d'assurance qui sont l'objet d'une intense concurrence tant au niveau national qu'international. Ces mesures sont donc susceptibles de créer des distorsions de concurrence et d'affecter les échanges intracommunautaires.

#### C. Compatibilité de la mesure avec le marché commun

(37) Les mesures notifiées étant constitutives d'aides d'État, il y a lieu de procéder à une analyse de leur compatibilité avec le marché commun. Les autorités françaises considèrent que toutes les mesures notifiées sont des aides d'État compatibles en application de l'article 87, paragraphe 2, sous a, du traité.

(38) L'article 87, paragraphe 2, sous a, du traité se lit: "2. Sont compatibles avec le marché commun: a) les aides à caractère social octroyées aux consommateurs individuels, à condition qu'elles soient accordées sans discrimination liée à l'origine des produits".

(39) Une mesure d'aide d'État est compatible sur la base de cette disposition dès lors que les trois conditions suivantes sont réunies:

- 1) l'aide doit avoir un caractère social;
- 2) elle doit être accordée aux consommateurs individuels;
- 3) elle doit être accordée sans discrimination quant à l'origine du produit.

(40) À ce stade, la Commission exprime des doutes quant à la satisfaction de ces trois conditions et, par voie de conséquence, quant à la possibilité de déclarer les aides compatibles sur la base de cette disposition.

(41) Dans l'état actuel du dossier, la Commission ne dispose pas d'éléments permettant de conclure à une compatibilité en application d'autres dispositions du traité.

*Exonérations d'impôt des sociétés et de taxe professionnelle à raison des activités de gestion des contrats solidaires et responsables*

- (42) Concernant les exonérations d'impôt des sociétés et de taxe professionnelle (article 207-2 nouveau et 1461-1<sup>o</sup> CGI), le caractère social de la mesure (critère 1) semble globalement bien établi dans la mesure où l'objectif est de permettre aux personnes qui, en raison de leur âge, de leur état de santé ou de leurs ressources, éprouvent des difficultés à accéder à une couverture santé complémentaire. Toutefois, les modalités d'application doivent encore être précisées dans un décret, dont la Commission ne dispose pas à ce stade. La Commission devrait examiner le projet de ce décret avant de se prononcer définitivement sur le caractère social de la mesure, notamment au sujet de la définition des modulations tarifaires à mettre en œuvre pour obtenir le droit à exemption [voir point (12) ci-dessus].
- (43) En revanche, la mesure ne vise pas directement les consommateurs individuels (critère 2) mais bien les entreprises d'assurance qui offriront les contrats éligibles.
- (44) D'après les autorités françaises, les aides accordées aux entreprises bénéficieront indirectement aux consommateurs individuels. D'une part, les aides seraient subordonnées à des conditions tenant à l'accueil des personnes rencontrant des difficultés à accéder à une couverture complémentaire, notamment par le biais de dispositifs de modulation tarifaire. D'autre part, les aides permettraient aux entreprises d'assurance de supporter le coût lié aux contraintes imposées par le régime pour la gestion de ce type de contrats. Enfin, le régime d'aides étant ouvert à de nombreux opérateurs existants ou potentiels, le jeu de la concurrence garantirait le transfert des aides reçues par les entreprises vers le consommateur par le biais de fixation du montant des primes demandées au consommateur.
- (45) La Commission observe à ce stade que l'ampleur du transfert de l'avantage des entreprises vers le consommateur final dépendra essentiellement du bon fonctionnement du marché des contrats d'assurance solidaires et responsables et donc également de l'accès effectif d'un nombre important de concurrents audit marché. Si certains acteurs occupent une position dominante, ils seront sans doute peu enclins à réduire le prix de leurs prestations au profit des consommateurs.
- (46) La Commission estime que la France n'a pas, à ce jour, rapporté la preuve du transfert intégral de l'avantage vers les consommateurs, ni de la mise en place de mécanismes de contrôle permettant de garantir ce transfert intégral. La Commission exprime des doutes quant à la possibilité de garantir le transfert intégral de l'avantage aux consommateurs individuels — tel qu'exigé par l'article 87, paragraphe 2, sous a), du traité — par le seul mécanisme de marché. Ces doutes sont renforcés par la présence des seuils à respecter qui risquent de réduire le nombre d'organismes offrant ce type de contrats et donc, potentiellement, la concurrence (voir ci-dessous).
- (47) La Commission s'interroge également sur le respect de la condition de non discrimination quant à l'origine du produit (critère 3). Pour s'assurer de la satisfaction de cette condition, il y a lieu de vérifier si les consommateurs
- bénéficient de l'aide en cause quel que soit l'opérateur économique fournissant le produit ou le service susceptible de remplir l'objectif social invoqué par l'État membre concerné. Or, outre les conditions relatives au type de contrats éligibles, les entreprises désireuses de bénéficier du régime doivent respecter des seuils relatifs au nombre (120 000/150 000 contrats) ou à la proportion (taux de 80/90 %) de contrats solidaires et responsables dans leur portefeuille d'activités.
- (48) Les autorités françaises invoquent la nécessité de veiller à ce que, ni les organismes qui offriraient de nombreux contrats de ce type sans atteindre un seuil exprimé uniquement en pourcentage, ni les petits organismes qui auraient pour activité quasi-exclusive ces contrats sans atteindre un seuil purement quantitatif ne soient exclus du mécanisme. Ces seuils comporteraient également un incitant pour développer massivement ce type de contrats et seraient nécessaire pour éviter que l'avantage fiscal ne porte sur une fraction trop faible de l'activité des organismes et ainsi d'atteindre les objectifs de solidarité et de mutualisation.
- (49) La Commission craint toutefois que ces seuils n'aient pour effet d'accroître la sélectivité de la mesure et d'induire, ce faisant, une discrimination potentielle quant à l'origine du produit, sans que cela ne soit nécessaire au regard de l'objectif de la mesure, à savoir d'offrir à l'ensemble de la population française la possibilité d'accéder à une assurance maladie complémentaire. Ainsi, les seuils semblent susceptibles d'exclure un certain nombre d'organismes du bénéfice de l'exonération, alors même que ceux-ci offriraient les contrats solidaires et responsables que les autorités françaises souhaitent soutenir. Le consommateur qui s'adresserait à ces organismes n'atteignant pas les seuils serait par conséquent privé du bénéfice de la mesure. En outre, ces seuils semblent pouvoir constituer une barrière à l'entrée sur le marché considéré pour certains acteurs qui craindraient de ne pas pouvoir les respecter. Selon ce raisonnement, le seuil aurait donc au contraire pour conséquence de réduire le nombre d'organismes offrant ce type de contrats. Dans ce contexte, la durée illimitée du régime envisagé est également susceptible d'induire le maintien à long terme de ces discriminations.
- (50) La Commission s'interroge également sur l'effet incitatif de ces seuils dans la mesure où ils prennent en compte une mesure statique, relative à l'état du portefeuille à un moment donné, plutôt qu'une mesure dynamique, relative à l'évolution dans le temps du portefeuille des entreprises. Selon les autorités françaises, ces seuils ont été fixés en fonction de la composition actuelle des portefeuilles des organismes d'assurance. La Commission constate toutefois que, à ce stade, aucune information précise n'a pu être fournie par les autorités françaises concernant la répartition actuelle des contrats solidaires et responsables entre les différents acteurs du marché, ni concernant la proportion de ces contrats dans leurs portefeuilles. Pour les acteurs qui auraient actuellement déjà atteint les seuils imposés, l'effet incitatif semble donc limité sans qu'il n'ait été établi que le dispositif en cause soit de nature à favoriser l'entrée de nouveaux opérateurs proposant ces contrats. De surcroît, compte tenu des frais qui semblent être associés à la gestion des contrats solidaires et responsables, ces seuils semblent pouvoir décourager de nouveaux acteurs d'entrer sur le marché, voire même encourager certains acteurs à le quitter par crainte de ne pas pouvoir les atteindre rapidement.

- (51) Aucune autre cause de compatibilité n'a été invoquée par la France et la Commission exprime par ailleurs des doutes quant à la compatibilité éventuelle de cette mesure en application d'autres dispositions de l'article 87, paragraphes 2 et 3 du traité.
- (52) Si la compatibilité sur la base de l'article 87, paragraphe 3, sous c, du traité devait être envisagée, la Commission estime que la France n'a pas démontré, à ce stade, le caractère nécessaire et proportionné des nouvelles exonérations envisagées pour atteindre l'objectif décrit. En effet, la Commission observe que la mesure visant les contrats d'assurance maladie solidaires et responsables s'ajoute à l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance, accordée depuis 2004, qui poursuivait également l'objectif de diffusion universelle de ces contrats. Les autorités françaises expliquent que cette exonération ne peut être considérée comme suffisante dans la mesure où un nouveau "parcours de soins" a été mis en place, qui précise le contenu des critères de solidarité et de responsabilité et fixe de nouvelles exigences. Les exonérations sur les opérations liées à la gestion de ces contrats auraient pour but de tenir compte de ces nouvelles exigences, de favoriser le développement des contrats responsables et solidaires par rapport aux autres contrats, mais aussi de favoriser l'accès du plus grand nombre à ces contrats, but que l'exonération de la taxe sur les contrats d'assurance ne permettrait pas d'atteindre seule.
- (53) La Commission ne dispose toutefois à ce jour d'aucune information chiffrée permettant de soutenir cette argumentation, ni concernant l'effet de la mesure d'exonération précédente sur la diffusion des contrats solidaires et responsables, ni concernant le rapport entre l'avantage supplémentaire envisagé et les coûts ou exigences supplémentaires liés à la gestion de ce type de contrats.
- Déduction fiscale des dotations aux provisions d'égalisation afférent à certains contrats d'assurances complémentaires collectifs*
- (54) Concernant la déduction fiscale des dotations aux provisions d'égalisation (article 39 *quinquies* GD nouveau du CGI), les autorités françaises considèrent que l'aide présente bien le caractère d'une aide à caractère social octroyée au consommateur individuel lors de la survenance d'événements graves liés au décès, à l'invalidité ou à l'incapacité et qu'elle n'est pas, à titre principal, destinée à faciliter le développement de certaines activités au sens de l'article 87, paragraphe 3, sous c), du traité. La Commission exprime toutefois des doutes quant à l'application de l'article 87, paragraphe 2, sous a), du traité. En effet, sur la base des informations dont elle dispose, aucune des trois conditions ne semble satisfaite à ce stade.
- (55) Premièrement, la Commission reconnaît que l'objectif de permettre à l'ensemble des travailleurs et à leur famille de bénéficier d'une couverture adaptée au moment où ils traversent des événements graves liés au décès, à l'invalidité, à l'incapacité est socialement souhaitable (critère 1).
- (56) Selon les autorités françaises, les opérations gérées dans le cadre d'une clause de désignation visent à favoriser la couverture la plus large possible des salariés contre les risques faiblement pris en charge par la Sécurité Sociale (décès, incapacité, invalidité). Ces couvertures, mises en œuvre par le jeu du dialogue social entre les représentants des employeurs et des salariés d'un même secteur professionnel, permettraient en particulier d'offrir une protection sociale aux salariés des petites et moyennes entreprises.
- (57) Dans ce contexte, les autorités françaises font valoir que les opérations gérées dans le cadre d'une désignation offrirait en outre des garanties, de par la loi ou de par les conventions, particulièrement favorables aux personnes couvertes:
- mutualisation large entre les générations, entre les catégories de salariés (coût plus faible du risque),
  - unicité de la cotisation (pas de discrimination selon l'âge, le sexe, l'état de santé),
  - implication des partenaires sociaux d'une branche professionnelle offrant la garantie d'une recherche de l'équilibre permanent des opérations, d'un objectif désintéressé de la gestion, etc.,
  - portabilité de la couverture sociale d'une entreprise à une autre au sein d'un même secteur,
  - mise en œuvre de mesures à caractère social (droits gratuits en cas de chômage, pour les enfants à charge, pour les personnes défavorisées, etc.).
- (58) L'organisme assureur désigné se verrait aussi imposer des contraintes de gestion fortes: conditions de réexamen des tarifs particulièrement exigeantes et une absence totale de sélection des salariés couverts impliquant la recherche d'un équilibre de gestion sans profit.
- (59) Toutefois, sur la base des informations dont dispose la Commission, le caractère social de la mesure ne semble pas pleinement démontré si l'on se place au stade de la souscription du contrat d'assurance, c'est-à-dire avant la survenance desdits événements graves. En effet, les contrats collectifs sont conclus par les entreprises avec les organismes d'assurance et bénéficient à l'ensemble des travailleurs d'un secteur ou d'une entreprise sans qu'il ressorte clairement des informations fournies par les autorités françaises que le dispositif envisagé permette à des catégories de personnes particulièrement vulnérables d'accéder à cette couverture.
- (60) Deuxièmement, comme pour la première mesure analysée, le consommateur/assuré ne serait que le bénéficiaire indirect de l'aide (critère 2). Or, les autorités françaises n'ont pas démontré, à ce stade, que l'intégralité de l'avantage accordé aux organismes d'assurance sera transférée aux consommateurs finals. Dès lors, davantage encore que pour la mesure précédente, ce transfert intégral semble hypothétique et aléatoire. D'une part, le transfert de l'avantage semble dépendre essentiellement du degré de concurrence effective sur le marché de ce type de contrats, actuellement caractérisé par une forte concentration entre les mains des institutions de prévoyance. Leur position actuelle risquerait donc d'être renforcée par l'aide envisagée. D'autre part, un transfert de l'avantage semble pouvoir profiter non seulement aux consommateurs/assurés mais également aux employeurs dans la mesure où ils contribuent également au financement du contrat. En l'absence de mécanismes permettant d'assurer un transfert intégral vers le consommateur de l'avantage résultant de l'immunisation des dotations à la réserve d'égalisation, la Commission exprime des doutes quant à ce transfert intégral.



- (61) Troisièmement, comme évoqué ci-dessus, le haut degré de concentration entre les mains des institutions de prévoyance, qui caractérise actuellement les activités relatives aux contrats de désignation semble pouvoir se traduire par une discrimination de facto au profit de ces institutions (critère 3). La Commission estime que l'octroi d'une aide est susceptible, dans ce contexte, de renforcer d'éventuelles discriminations. À cet égard, la durée illimitée du régime envisagé est également susceptible d'induire le maintien à long terme de ces discriminations.
- (62) Enfin, la France n'a pas invoqué à ce stade la compatibilité éventuelle de ces mesures sur la base d'autres dispositions de l'article 87, paragraphes 2 et 3, du traité.

Compte tenu des considérations qui précèdent, la Commission invite la France, dans le cadre de la procédure de l'article 88, paragraphe 2, du traité, à présenter ses observations et à fournir toute information utile pour l'évaluation de l'aide dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la présente. Elle invite vos autorités

à transmettre immédiatement une copie de cette lettre au bénéficiaire potentiel de l'aide.

La Commission rappelle à la France l'effet suspensif de l'article 88, paragraphe 3, du traité et se réfère à l'article 14 du règlement (CE) n° 659/1999 du Conseil qui prévoit que toute aide illégale pourra faire l'objet d'une récupération auprès de son bénéficiaire.

Par la présente, la Commission avise la France qu'elle informera les intéressés par la publication de la présente lettre et d'un résumé de celle-ci au *Journal officiel de l'Union européenne*. Elle informera également les intéressés dans les pays de l'AELE signataires de l'accord EEE par la publication d'une communication dans le supplément EEE du *Journal officiel*, ainsi que l'autorité de surveillance de l'AELE en leur envoyant une copie de la présente. Tous les intéressés susmentionnés seront invités à présenter leurs observations dans un délai d'un mois à compter de la date de cette publication."