

Nouveaux enjeux de l'assurance santé complémentaire en Europe

LE PROCESSUS DE GÉNÉRALISATION DE L'ASSURANCE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE EN FRANCE ET LE CADRE JURIDIQUE EUROPÉEN

Marion DEL SOL, *Professeur de droit*
(IODE – UMR CNRS 6262/Université de Rennes 1)

Typologie schématique de l'assurance santé privée

Assurance privée duplicative	Assurance permettant l'accès à un système de soins privés offrant les mêmes prestations que le système public (par ex. pour éviter les files d'attente)
Assurance privée substitutive	Assurance prenant en charge des catégories particulières de la population pour lesquelles elle remplace les assurances sociales
Assurance privée complémentaire	Co-financement des dépenses de santé avec les assurances sociales
Assurance privée supplémentaire	Assurance prenant en charge des dépenses non couvertes par les assurances sociales (hors « panier ») ou le système national de santé

Taux de prise en charge des soins de santé par la sécurité sociale, 2010

	Assurés en ALD	Assurés non ALD	TOTAL
Soins de ville	83,5	51,2	66,6
Soins ambulatoires à l'hôpital	97,3	87,9	94,3
Hôpital	95,1	88,6	92,9
Activité privée à l'hôpital	80,5	65,9	72,9
TOTAL	87,9	59,5	74,7

Voies d'accès à une couverture complémentaire santé

	Caractéristiques	Contenu
CMUC	<ul style="list-style-type: none"> • couverture (\neq assurance) sous conditions de ressources + <ul style="list-style-type: none"> • couverture gratuite 	<p>couverture spécifique unique (panier de services et de soins prédéterminés)</p>
Assurance individuelle	<ul style="list-style-type: none"> • avec possible aide à l'acquisition (ACS) pour revenus \leq 35% du plafond CMUC • sans aide à l'acquisition pour revenus $>$ à 35% du plafond CMUC 	<ul style="list-style-type: none"> • couverture libre dans son contenu mais devant relever des contrats « solidaires et responsables » • couverture libre mais avec incitation fiscale à relever des contrats « solidaires et responsables »
Assurance collective sur critère professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • à adhésion facultative (travailleurs indépendants, fonction publique) • à adhésion obligatoire (secteur privé) mais avec mise en place facultative 	<p>couverture libre mais avec incitation fiscale à relever des contrats « solidaires et responsables »</p>

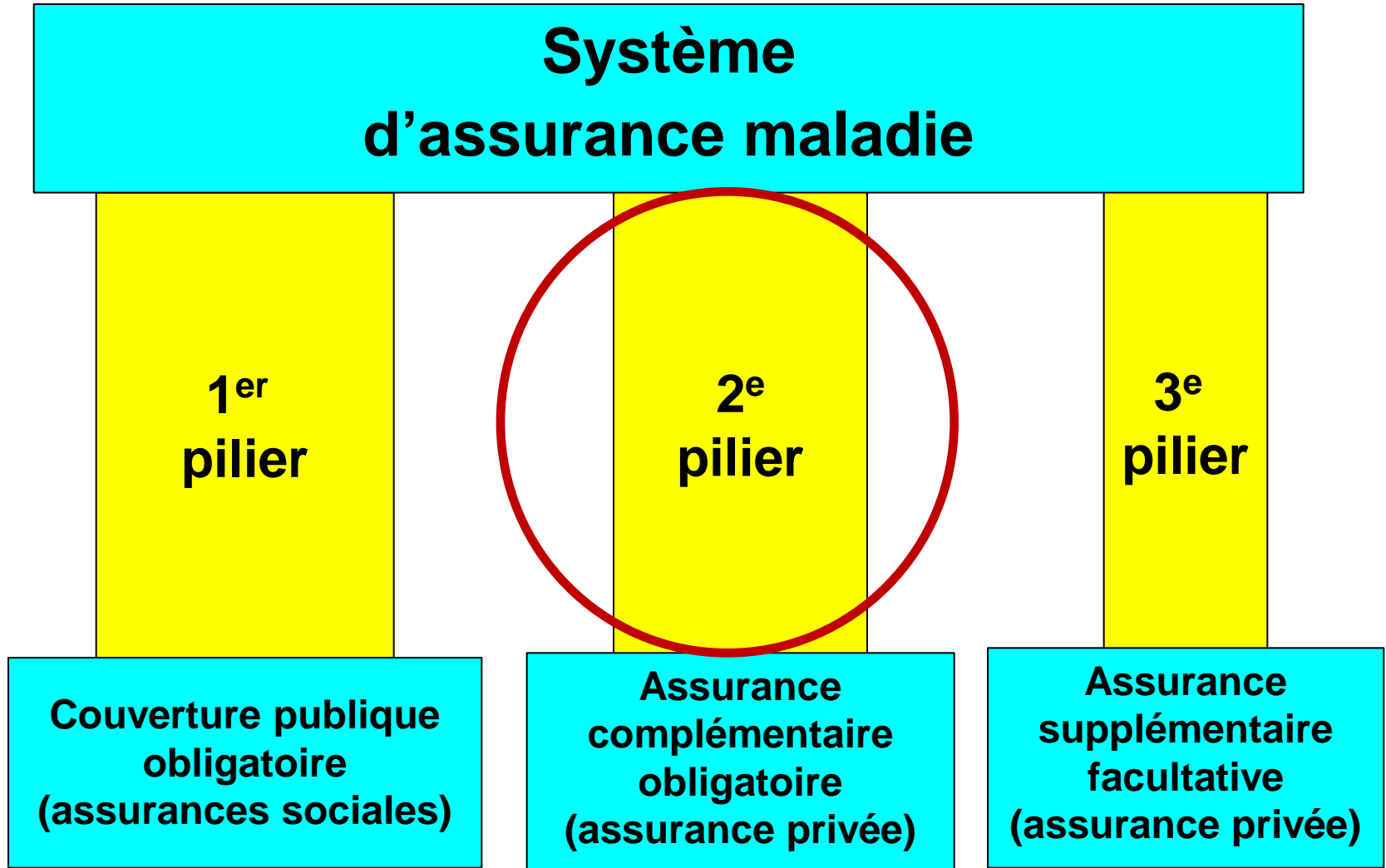


D'importantes inégalités : coût d'acquisition – tarification – niveau/qualité de couverture – reste à charge – degré de solidarité

Paysage à venir de l'accès à une couverture complémentaire santé après la loi du 14 juin 2013

- CMUC
- Couvertures individuelles « sortie de CMUC »
- Couvertures acquises à titre individuel sans aide financière
- Couvertures acquises à titre individuel avec aide financière (ACS)
- Couvertures individuelles « sortie ACS »
- Couvertures acquises à titre individuel dans un cadre collectif (travailleurs indépendants ayant souscrit un contrat Madelin, agents des trois fonctions publiques ayant souscrit dans le cadre professionnel)
- Couvertures acquises obligatoirement dans un cadre collectif pour les actifs (salariés du secteur privé concernés par la généralisation)
- Couvertures collectives maintenues à titre individuel à certains inactifs (bénéficiaires de la portabilité)

Schéma théorique en 3 piliers



2^e pilier – les enjeux juridiques

Influence du droit européen

Assurance (santé) privée =
activité économique

```
graph TD; A[Directives « assurance »] --> B((Marché de l'assurance santé)); C[Droit de la concurrence] --> B;
```

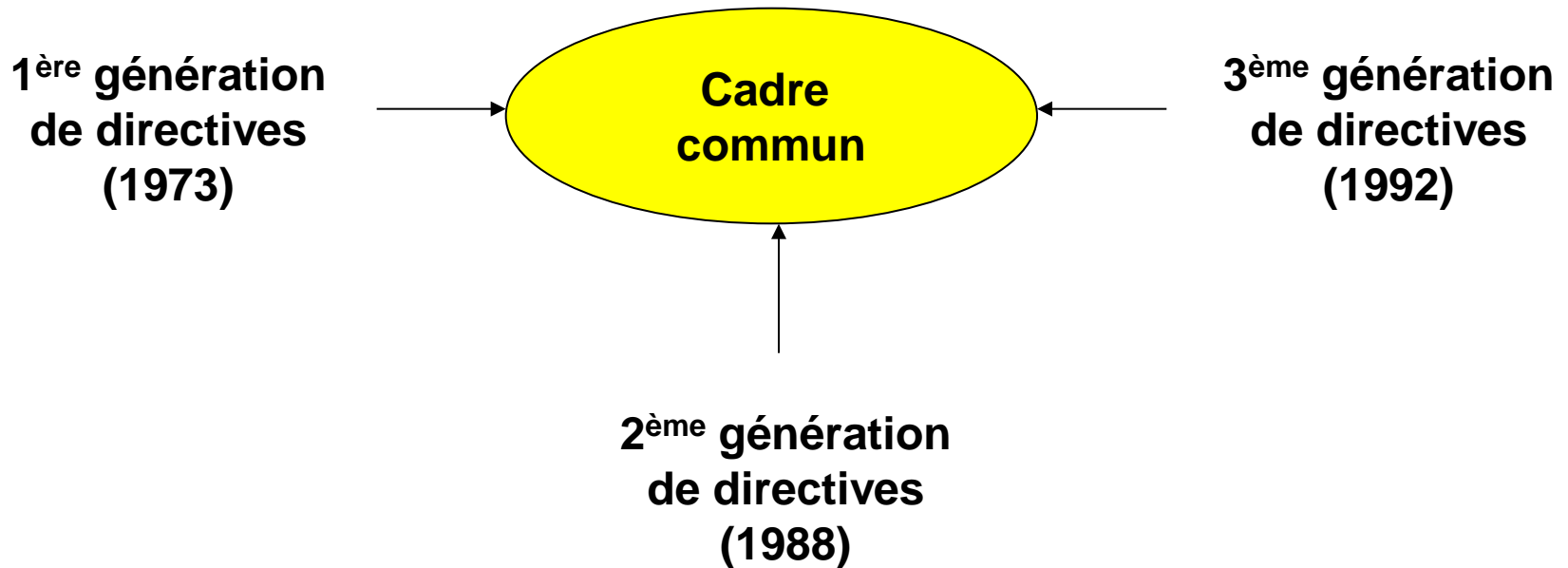
**Marché
de l'assurance santé**

**Directives
« assurance »**

**Droit de la
concurrence**

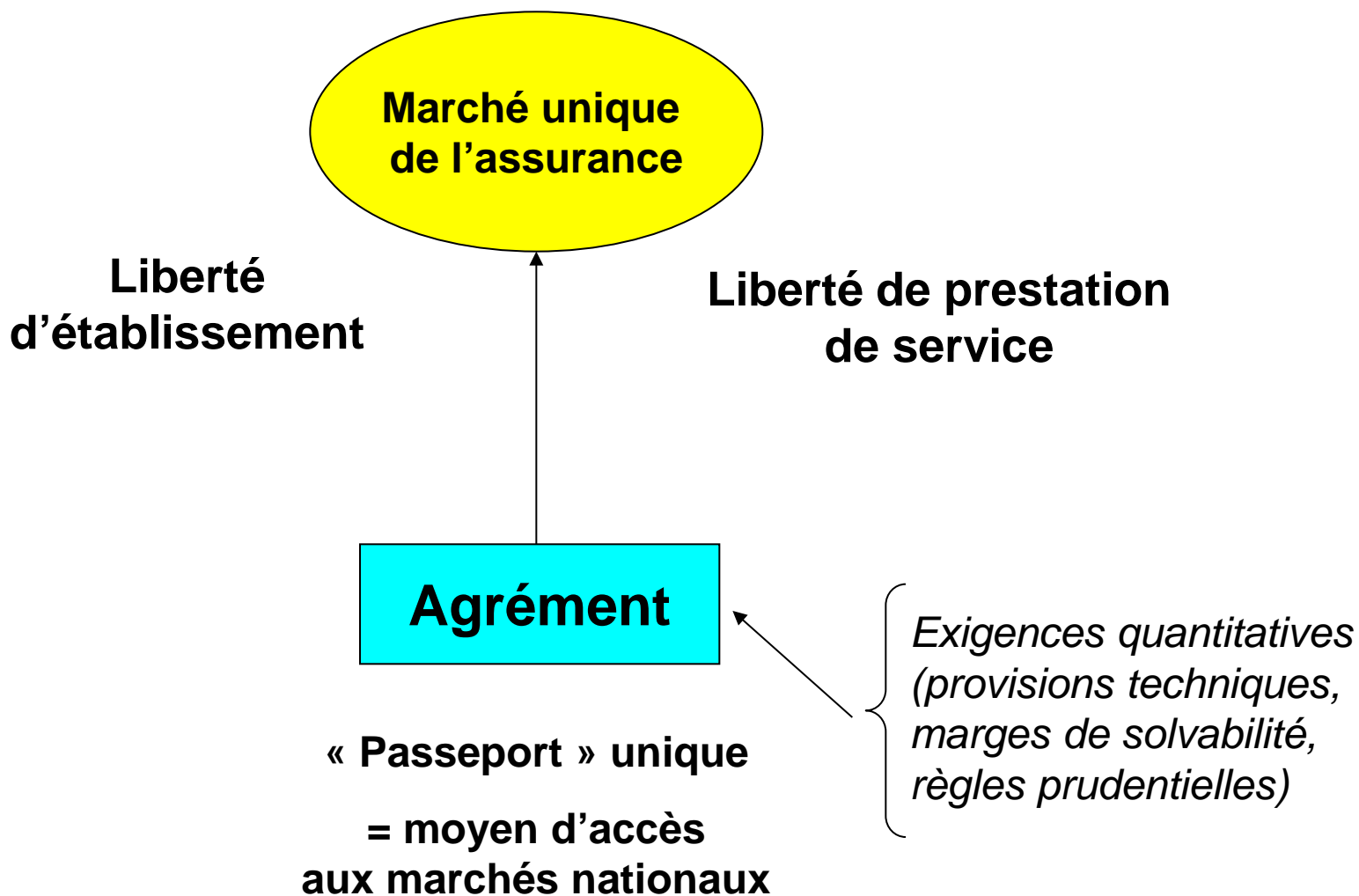
Objectif des directives « assurance »

**Fixer un cadre commun d'exercice d'une liberté économique
afin de poser les conditions d'un marché unique
de l'assurance**



Moyen

Instituer les conditions nécessaires pour rendre effectives les libertés d'établissement et de prestation de service



Construction monolithique



Indifférence de la nature juridique et du caractère lucratif ou non des opérateurs

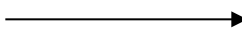
Promotion d'un critère matériel tenant à la nature de l'activité économique exercée (notion d'entreprise d'assurance)

Quasi indifférence de l'objet de l'assurance

Très peu de dispositions spécifiques relatives à l'assurance santé (sauf pour les assurances « substitutives »)

2^e pilier : influence du droit européen – droit de la concurrence

Marché intérieur



Corpus de règles afin de ne pas empêcher, restreindre ou fausser le jeu de la concurrence entre les entreprises, ce qui affecterait les échanges entre États

Entités « mises sous surveillance »



Entreprises

Situations mises sous surveillance



Pratique concertée,
entente, position
dominante, aides étatiques

« Aménagements » autorisés

Intérêt commun /
service économique
d'intérêt général

Dérogations autorisées dans le champ du droit de la concurrence

Entreprises

Service d'intérêt
économique général
(SIEG)



Art. 106§2 TFUE
(ex-art. 86§2)

Aides étatiques autorisées –
compensations de service
public



Art. 107 TFUE
(ex-art. 87)

Effets différenciés et contrastés selon les pays

(place de l'assurance privée – catégories d'opérateurs – intervention de l'État)

- Effets sur les opérateurs présents sur le marché de l'assurance santé
- Effets sur les droits nationaux
- Effets sur les systèmes de protection sociale

Effets sur les opérateurs

Directives « assurance »



- Séparation fonctionnelle des activités (*principe de spécialité*)
- Concentration/regroupement (*exigences prudentielles, marges de solvabilité, provisions techniques*)

Droit de la concurrence



- Remise en question de mesures ou dispositifs tenant à la nature juridique de l'opérateur et/ou à son caractère non lucratif (*mise en concurrence, perte d'avantages « concurrentiels » ou d'aides, ...*)

Place *a priori* résiduelle laissée au volontarisme des opérateurs

- Mécanismes de solidarité inscrits généralement dans la régulation du secteur » (non dans le statut des organismes)
- Prise en compte de l'intérêt général ou des obligations de service public « réservée » aux hypothèses où les opérateurs font l'objet d'une « investiture » par les pouvoirs publics

Effets sur les droits nationaux

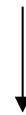
**Directives
« assurance »**



**Effets à géométrie
variable**

- Distinctions préexistantes entre familles d'assureurs
- Choix d'organisation de la prise en charge (art. 54 + art. 28 qui admet des dispositions légales d'intérêt général tendant à réguler le secteur d'activité)

**Droit de la
concurrence**



**Cadre juridique national soumis au
« test de la légalité concurrentielle »
(art. 106 et 107 TFUE)**

Admission de dérogations tendant à corriger les effets négatifs de la libre concurrence (SIEG + aides d'État à caractère social / intérêt commun)

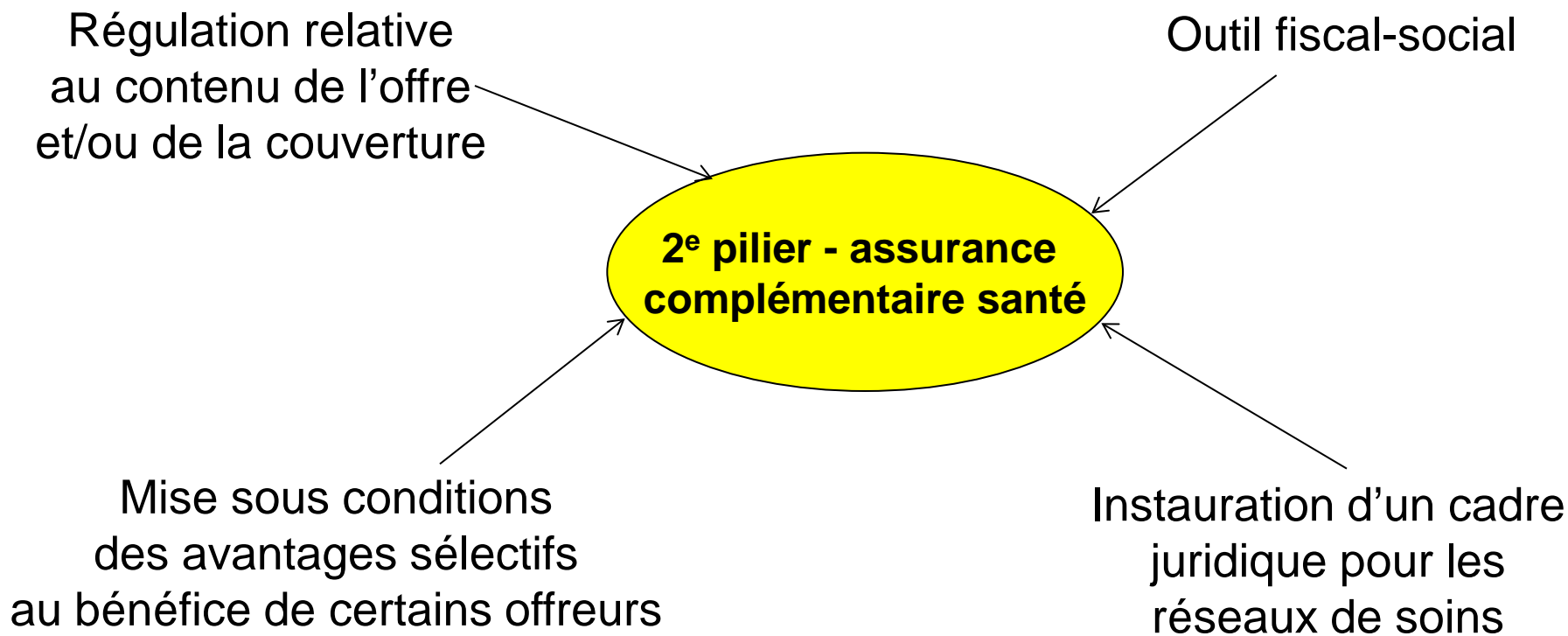
TPICE *Bupa* 12 févr. 2008

Système irlandais de péréquation (système d'égalisation des risques) relatif à l'assurance maladie privée en vertu duquel les assureurs présents sur le marché de l'assurance maladie privée sont redevables ou bénéficient d'une redevance en fonction de leur profil de risque par rapport au profil de risque moyen

- L'attribution d'une mission de SIEG peut consister en une obligation imposée à une multitude, voire à l'ensemble des opérateurs actifs sur un même marché
- Éléments opérants pour la qualification de SIEG : caractère obligatoire des obligations de SIEG (acte de puissance publique)
- Éléments inopérants pour la qualification de SIEG : champ d'application territorial ou matériel restreint – absence de gratuité du service – prix non réglementé ou plafonné – latitude laissée à l'opérateur sur le marché (fixation des prix, contenu du service) – droit exclusif

2^{ème} pilier – les enjeux juridiques

Régulation étatique nationale



2^e pilier : régulation étatique relative au contenu de l'offre et/ou de la couverture

- Couverture obligatoire des salariés du secteur privé → **exigence d'une couverture minimale prise en charge au moins pour moitié par l'employeur** = panier de soins (décret à venir)

- **Contrats « responsables »**
 - ✓ *enjeux multiples* : condition d'un régime de taxation « de faveur » mais aussi, parfois, exigence de fond (contrat ACS + couverture obligatoire du secteur privé)

 - ✓ *véritable outil de régulation* : instrumentalisation par les pouvoirs publics aux fins de solvabilisation de la demande de soins et afin de peser sur certaines pratiques tarifaires (décret à venir) → obligations de prise en charge assorties de limitation du taux de remboursement

2^e pilier : régulation étatique – mise sous conditions des avantages sélectifs au bénéfice de certains assureurs (indépendamment de leur nature juridique)

- Complexité juridique en raison notamment du jeu croisé d'exigences européennes et de principes constitutionnels français

- **Deux voies**

- ✓ ***une procédure de sélection***

- *dans le champ de l'assurance santé complémentaire facultative* → soumission à un cahier des charges comportant des exigences de solidarité pour obtenir un référencement dans la fonction publique d'État
 - *dans le champ de l'assurance santé complémentaire obligatoire* → des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité pour pouvoir être « recommandé » au niveau d'une branche (décret à venir)

- ✓ ***la labellisation des contrats*** sur la base de certaines exigences fixées par les pouvoirs publics (ACS et fonction publique territoriale)

- **Historiquement → outil fiscal-social = outil d'incitation**
 - ✓ *pour améliorer le taux de couverture (diffusion)*
 - ✓ *pour orienter vers un « modèle » de couverture et/ou de régime (v. couvertures collectives dans le secteur privé)*
 - ✓ *pour infléchir le contenu des offres (contrats responsables)*

- **Question du devenir de l'outil fiscal-social**
 - ✓ *dans la perspective d'une AMC obligatoire pour tous*
 - ✓ *en raison du coût budgétaire*

2^e pilier : régulation étatique – cadre relatif aux réseaux de soins (gestion du risque)

Conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, les services et les établissements de santé (CSS, art. 863-8)

Les mutuelles, unions ou fédérations relevant du code de la mutualité, les entreprises d'assurance régies par le code des assurances et les institutions de prévoyance régies par le présent code peuvent, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, conclure avec des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé des conventions comportant des engagements relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service, aux services rendus ou aux prestations ainsi qu'aux tarifs ou aux prix.

Ces conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé et aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins.

L'adhésion des professionnels, établissements ou services à ces conventions s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires. L'adhésion ne peut comporter de clause d'exclusivité.