

L'assurance maladie privée au Japon

L'histoire de la réglementation, le périmètre de couverture et la sélection des risques

Gen GOTŌ*

- I. Introduction
- II. Quelques réflexions préalables
 - 1. Classification des contrats d'assurance et des assureurs au Japon
 - 2. Évolution de la réglementation de l'assurance maladie privée
- III. Prestations de l'assurance maladie privée au Japon
 - 1. Forfaitaire ou indemnitaire
 - 2. Articulation avec l'assurance maladie publique
- IV. Sélection des risques et ses limites juridiques dans l'assurance maladie privée au Japon
 - 1. Contrôle en matière de polices d'assurance et de fixation des primes d'assurance
 - 2. Limites relatives à la sélection et à la segmentation des risques pratiquées par les assureurs au Japon
- V. Conclusion

I. INTRODUCTION

Il existe au Japon un système d'assurance maladie universelle obligatoire, qui prend en charge une grande partie des frais de santé. Ainsi, l'assurance maladie privée ne couvre que 3 % de l'ensemble des frais¹. Cependant, les patients doivent s'acquitter, en principe, d'un ticket modérateur de 30 %

* Gen GOTŌ [後藤元], Université de Tōkyō.

Le travail sur lequel s'appuie le présent article a bénéficié de précieuses remarques de Takuya SHINOHARA [篠原拓也] de l'institut de recherche NLI [ニッセイ基礎研究所].

Cet article est la version française d'un article qui avait initialement été rédigé en japonais. La traduction a été faite par Yōhei TAKATSU [高津洋平], à qui l'auteur souhaite exprimer des sincères remerciements pour son travail d'excellente qualité.

1 Selon les Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 (<https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/base-donnees-sante.htm>), la part des dépenses de santé prises en charges par les régimes facultatifs de paiement privé des soins de santé s'élève à 3,2 % au Japon (2018) et à 7,0 % en France (2019).

dans le cadre du régime obligatoire². Par ailleurs, des frais supplémentaires, autres que ceux liés aux soins, surviennent dans le cas d'une maladie nécessitant un long traitement. Pour, entre autres, couvrir toutes ces dépenses, l'assurance maladie privée s'est aussi généralisée jusqu'à un certain point, notamment en termes de nombre de contrats souscrits³. S'ajoute à cela la mauvaise situation financière du régime obligatoire. Il n'est pas exclu que les prestations de l'assurance maladie obligatoire diminuent à l'avenir. Si tel est le cas, l'assurance maladie privée pourrait jouer un rôle plus important.

Dans les pages qui suivent, nous allons brièvement expliquer la classification des contrats d'assurance et des assureurs ainsi que l'évolution de la réglementation de l'assurance maladie privée au Japon. Ensuite, nous allons examiner la réglementation en vigueur en matière de couverture et de sélection des risques, tout en prenant en compte le partage des rôles entre les assurances maladie obligatoire et privée.

II. QUELQUES RÉFLEXIONS PRÉALABLES

1. *Classification des contrats d'assurance et des assureurs au Japon*

Avant de procéder à l'examen de la réglementation en vigueur, rappelons-nous la place qu'occupe l'assurance maladie privée dans la législation japonaise en matière de contrats d'assurance et de contrôle des assurances.

a) *Classifications théorique et juridique des contrats d'assurance*

Il existe différentes façons de classer les contrats d'assurance. Théoriquement, et indépendamment des dispositifs juridiques en vigueur au Japon, il est possible de les classer, selon les modalités d'indemnisation, en assurance indemnitaire ou en assurance forfaitaire. Il est également possible de les classer, selon les risques couverts, en assurance de personnes ou en

2 Pour plus de détails sur le régime de l'assurance maladie obligatoire au Japon, voir E. KASAGI/M.-C. PRÉMONT, L'égalité d'accès aux soins dans les systèmes de santé à vocation universelle : l'exemple du Japon et du Québec (1ère partie), *Revue de droit sanitaire et social* 3 (2021) 464 et E. KASAGI/M.-C. PRÉMONT, L'égalité d'accès aux soins dans les systèmes de santé à vocation universelle : l'exemple du Japon et du Québec (2ème partie), *Revue de droit sanitaire et sociale* 4 (2021) 649.

3 Selon les statistiques de l'Association de l'assurance vie, organisation professionnelle des assureurs vie au Japon, le nombre total de souscriptions, via un contrat principal, à une assurance maladie ou à une assurance cancer s'élève à 65,73 millions en 2019, soit équivalent à celui de l'assurance vie, temporaire ou permanente (64,23 millions) (Association de l'assurance vie [生命保険協会], 2020 年版生命保険の動向 [Données de base sur l'assurance vie 2020], 3, disponible sur : https://www.seiho.or.jp/data/statistics/trend/pdf/all_2020.pdf).

assurance de biens⁴. Quant à l'assurance de personnes, on peut la subdiviser en assurance vie-décès couvrant les risques liés à la vie humaine ou en assurance accident-maladie couvrant les risques liés au corps et à la santé des individus. Ainsi peut-il y avoir, théoriquement, six (trois fois deux) catégories de contrats d'assurance.

Or, la loi sur les assurances (la loi régissant les contrats d'assurance au Japon)⁵ définit trois catégories de contrats d'assurance : contrat d'assurance non-vie, contrat d'assurance vie et contrat d'assurance accident-maladie forfaitaire. Elle définit en outre le contrat d'assurance accident-maladie indemnitaire, qui est une sous-catégorie du contrat d'assurance non-vie (art. 2 (vi) à (ix) de ladite loi). Cette classification prend en considération le fait que différentes normes juridiques contractuelles sont nécessaires en fonction des risques couverts, tout en s'appuyant sur la distinction entre assurance indemnitaire et assurance forfaitaire⁶. Le tableau 1 récapitule ces quatre types de contrat d'assurance, en appliquant la classification théorique que nous avons évoquée ci-dessus⁷.

Tableau 1 : Classification des contrats d'assurance selon la loi sur les assurances (la loi régissant les contrats d'assurance)

Risques couverts Modalité de prestations	Personnes		Biens
	Vie/décès	Corps et santé	
Indemnitaire	néant	Assurance accident-maladie indemnitaire (du type assurance non-vie)	Assurance non-vie
Forfaitaire	Assurance vie	Assurance accident-maladie forfaitaire	néant

Selon cette classification, l'assurance maladie privée dont il est question dans cet article correspond soit à l'assurance accident-maladie indemnitaire (du type assurance non-vie) (art. 2 (vii) de la loi sur les assurances) soit à l'assurance accident-maladie forfaitaire (art. 2 (ix)).

4 T. YAMASHITA [山下友信], 保険法 (上) [Droit des assurances (vol. 1)] (2018) 45–48.

5 保険法 *Hoken-hō* [Loi sur les assurances], loi No. 56/2008.

6 YAMASHITA, *supra* note 4, 48.

7 L'absence de définition, dans la loi sur les assurances, de l'assurance de type indemnitaire sur la survie ou le décès d'une personne peut s'expliquer par les difficultés d'évaluer le montant des dommages. Quant à la non-définition de l'assurance forfaitaire sur les biens, elle se justifie sans doute par le risque élevé d'aléa moral.

b) Classification des organismes d'assurance

La classification des différents types d'assurance revêt également de l'importance du point de vue de la loi sur le contrôle des assurances. La loi sur les activités d'assurance⁸ (la loi régissant le contrôle des assurances au Japon) stipule que, pour exercer des activités d'assurance, il est nécessaire de disposer d'une licence de société d'assurance (art. 3 (1) de ladite loi). Deux sortes de licences de société d'assurance sont prévues par la loi : licence d'assurance vie et licence d'assurance non-vie (art. 3 (2)). Une même société ne peut pas cumuler ces deux licences (art. 3 (3)), alors qu'une société d'assurance vie peut détenir une filiale d'assurance non-vie et qu'une société d'assurance non-vie peut détenir une filiale d'assurance vie (art. 106 (1) (i) et (ii)).

Le tableau 2 montre les types d'assurance qui peuvent être proposés avec chaque licence d'assurance (en date d'octobre 2021) (art. 3 (4) et (5)). Le principe est qu'une société d'assurance vie commercialise des assurances forfaitaires sur la vie et qu'une société d'assurance non-vie propose des assurances indemnitaires relatives aux biens. En revanche, lorsqu'il s'agit de l'état physique et de santé d'une personne, chacune des deux licences permet de proposer à la fois les deux types d'assurance accident-maladie (assurance accident-maladie forfaitaire et assurance accident-maladie indemnitaire). Nous reviendrons dans la deuxième partie sur le contexte historique de cette délimitation.

Tableau 2 : Champs d'application des licences d'assurance

Licence d'assurance vie	Licence d'assurance de dommages
Assurance forfaitaire sur la survie ou le décès d'une personne (art. 3 (4) (i) de la loi sur les activités d'assurance)	Assurance de dommages indemnitaire sur les biens (art. 3 (5) (i))
Assurance forfaitaire ou indemnitaire couvrant la maladie, les blessures, le décès directement imputable à une blessure, l'accouchement, le traitement de l'infertilité, la dépendance due au vieillissement, le don de moelle osseuse, ou bien les soins occasionnés dans tous ces cas (art. 3 (4) (ii) de la loi sur les activités d'assurance, art. 4 du règlement d'application de ladite loi)	Assurance forfaitaire ou indemnitaire couvrant la maladie, les blessures, le décès directement imputable à une blessure, l'accouchement, le traitement de l'infertilité, la dépendance due au vieillissement, le don de moelle osseuse, ou bien les soins occasionnés dans tous ces cas (art. 3 (5) (ii) et (4) (ii) de la loi sur les activités d'assurance, art. 4 du règlement d'application de ladite loi)
Réassurance des assurances susmentionnées (art. 3 (4) (iii) de ladite loi)	Assurance forfaitaire sur le décès survenu au cours d'un voyage à l'étranger ou le décès directement imputable à une maladie contractée au cours d'un voyage à l'étranger (art. 3 (5) (iii))

Par ailleurs, la loi sur les activités d'assurance prévoit deux formes juridiques pour les sociétés d'assurance : société anonyme et société mutuelle⁹ (art. 5-2). La loi n'impose aucune limitation concernant les activités d'assurance que peut mener chacune de ces deux formes de sociétés. Mais, en réalité, on trouve bel et bien ces deux formes parmi les assureurs vie, alors que tous les assureurs non-vie sont des sociétés anonymes.

Les sociétés d'assurance sont soumises au contrôle de l'Agence des services financiers (金融庁 *Kin'yū-chō*) en ce qui concerne leurs activités et leurs finances (chapitre 6 de la partie 2 et art. 313 de ladite loi). Or, ce contrôle, exercé de façon très stricte, pourrait peser beaucoup sur les opérateurs de petite taille. C'est pour cette raison que des dispositifs spécifiques sont prévus pour les opérateurs qui commercialisent exclusivement des contrats d'assurance dont la durée n'excède pas un an (ou deux ans s'agissant de l'assurance non-vie) et dont le montant assuré est inférieur à un certain seuil¹⁰ (art. 2 (17) et (18) de ladite loi, art. 1-5 et art. 1-6 de l'ordonnance d'application de ladite loi). Ces opérateurs spécialisés sont donc soumis à un contrôle réglementaire moins strict que celui imposé aux autres assureurs, en tenant compte du fait que les préjudices subis notamment par les assurés seront de moindre ampleur en cas de problème. Pour être précis, ce type d'opérateur relève d'un régime d'enregistrement et non d'un régime de licence, et peut cumuler les activités d'assurance vie et d'assurance non-vie¹¹.

Par ailleurs, en plus des sociétés d'assurance et des opérateurs spécialisés dans les assurances de faible montant et à court terme, il existe diverses coopératives, régies par différentes lois et réglementations, qui exercent des activités d'assurance coopérative (dite « *kyōsai* institutionnelle (制度共済

8 保険業法 *Hoken-gyō-hō* [Loi sur les activités d'assurance], loi n° 105/1995.

9 Une société mutuelle dans laquelle les assurés sont en même temps des membres de la société d'assurance.

10 En ce qui concerne les opérateurs spécialisés dans les assurances de faible montant et à court terme, le montant maximum assuré est fixé à trois millions de yens pour l'assurance décès, à 800 000 yens pour l'assurance maladie et à trois millions de yens pour l'assurance invalidité suite, entre autres, à une maladie (art. 1-6 de l'ordonnance d'application de la loi sur les activités d'assurance).

11 La réforme de la loi sur les activités d'assurance en 2005 a placé les organismes dits de « *kyōsai* non agréée (無認可共済, *mu-ninka kyōsai*) » sous le contrôle de l'Agence des services financiers. Ces organismes, considérés jusqu'alors comme exerçant des activités de « *kyōsai* » (assurance coopérative) entre les personnes partageant un certain nombre de caractéristiques, et non comme exerçant des activités d'assurance – à proprement parler – destinées au grand public, étaient exemptés de tout contrôle opérationnel et financier. Le dispositif spécial relatif aux opérateurs spécialisés dans les assurances de faible montant et à court terme a été alors mis en place dans le but d'alléger la réglementation à l'égard des opérateurs de petite taille. Pour plus de détails, voir YAMASHITA, *supra* note 4, 96–98.

seido kyōsai) »)¹². Ces activités d'assurance coopérative (協同組合保険 *kyōdō kumiai hoken*, le principal objet de la contribution de Tomoka MIYACHI), qui correspondent à « celles régies par d'autres lois » que la loi sur les activités d'assurance (art. 2 (1) (i) de cette dernière), sont donc exclues du champ d'application de ladite loi et soumises au contrôle exercé par les différents ministères responsables de chaque type de coopérative. Par le passé, le fait que ces coopératives d'assurance étaient soumises à un contrôle réglementaire nettement moins strict que celui imposé aux sociétés d'assurance a pu poser problème. Aujourd'hui, la différence entre les deux régimes est moins marquée, à la faveur de la réforme législative des années 2000¹³. Il faut aussi noter qu'en ce qui concerne les règles contractuelles, la même loi sur les assurances s'applique également aux contrats d'assurance coopérative proposés par les coopératives d'assurance.

2. *Évolution de la réglementation de l'assurance maladie privée*

Comme nous l'avons vu, selon la législation actuelle, aussi bien les sociétés d'assurance vie que les sociétés d'assurance non-vie peuvent s'occuper à la fois de l'assurance accident-maladie forfaitaire et de l'assurance accident-maladie indemnitaire (art. 3 (4) (ii) et (5) (ii) de la loi sur les activités d'assurance). Or, cette règle a connu une certaine évolution avant d'être définitivement adoptée par la réforme de la loi sur les activités d'assurance en 1995.

En effet, avant la réforme de 1995, la loi ne précisait pas de laquelle des deux catégories d'assurance (assurance vie ou assurance non-vie) relevait l'assurance accident-maladie. Ainsi, au début des années 1960, les assureurs vie, de même que les assureurs non-vie, commercialisaient des produits de type assurance accident-maladie. Cependant, au fur et à mesure que le potentiel de croissance de l'assurance accident-maladie captait l'attention de ces deux types d'assureurs, le ministère des Finances, autorité de contrôle des assurances de l'époque, a établi par la directive administrative de 1965 un partage entre les assurances vie et non-vie¹⁴. Il voulait ainsi « éviter toute perturbation due à une concurrence totale entre les deux secteurs ». Concrètement, le marché s'est organisé comme suit :

12 On peut citer par exemple la Fédération nationale d'assurance mutuelle des coopératives agricoles (opérateur de « JA Kyōsai »), régie par la loi relative aux coopératives agricoles, ou la Fédération des coopératives japonaises des consommateurs, régie par la loi relative aux coopératives des consommateurs.

13 Voir YAMASHITA, *supra* note 4, 101–102, 136–137. Néanmoins, certaines différences subsistent entre les deux régimes, notamment en matière de possibilité de cumul des activités d'assurance vie et non-vie.

14 Pour le détail, v. les références de la note précédente.

- l'assurance accident, sous forme de contrat indépendant, revient aux assureurs non-vie (les assureurs vie ne peuvent la proposer que sous forme d'option rattachée à d'autres types de contrat d'assurance) ;
- l'assurance maladie revient en principe aux assureurs vie ;
- les assureurs vie aussi bien que les assureurs non-vie peuvent proposer l'assurance voyage à l'étranger pour couvrir les accidents et les maladies survenus au cours d'un séjour à l'étranger (les premiers proposant une couverture forfaitaire, les derniers, une couverture indemnitaire). C'est le seul cas de figure où les assureurs non-vie peuvent s'occuper de la couverture en cas de décès par maladie¹⁵.

Par la suite, la posture de l'administration a évolué en matière de contrôle des assurances, passant de la restriction de concurrence vers la stimulation de la concurrence afin de rationaliser les activités et de mieux répondre aux besoins des usagers. La directive administrative susmentionnée a été finalement abolie par la réforme de la loi sur les activités d'assurance en 1995. Néanmoins, pour atténuer les chocs, des mesures ont été prises en faveur des assureurs nationaux de petite et moyenne taille et des compagnies d'assurance étrangères, qui se focalisaient sur l'assurance accident-maladie, notamment l'assurance cancer (il s'agissait aussi d'accorder une attention particulière au gouvernement américain). Il aura donc fallu attendre 2001 pour que l'assurance accident-maladie, que ce soit forfaitaire ou indemnitaire, puisse être commercialisée de façon totalement libre aussi bien par les assureurs vie que par les assureurs non-vie¹⁶. Cette même année, il est devenu possible pour les assureurs vie de détenir une filiale d'assurance non-vie et pour les assureurs non-vie de détenir une filiale d'assurance vie¹⁷.

15 Voir T. YAMASHITA [山下友信]/T. YONEYAMA [米山高生] (eds.), 保険法解説—生命保険・傷害疾病定額保険 [Commentaire sur le droit des assurances — Assurance vie et assurance accident-maladie forfaitaire] (2010), 54–55.

16 YAMASHITA/YONEYAMA, *supra* note 15, 55–56, TOKIO MARINE & NICHIDO FIRE INSURANCE CO. LTD. [東京海上日動火災保険株式会社] (ed.), 損害保険の法務と実務 [Droit et pratique des assurances de dommages] (2010) 88–89. Le Japon comptait, en février 2003, 42 compagnies d'assureur vie, dont beaucoup proposent l'assurance maladie.

17 TOKIO MARINE & NICHIDO FIRE, *supra* note 16, 89. En 2021, la plupart des assureurs non-vie proposent les produits d'assurance maladie à travers leurs filiales d'assurance vie qui font partie du même groupe. Parmi les quatre principales compagnies d'assurance non-vie (Tokio Marine (東京海上), Sompo Japan (損保ジャパン), Mitsui Sumitomo (三井住友), Aioi Nissay Dowa (あいおいニッセイ同和)), seule Sompo Japan commercialise elle-même l'assurance maladie.

III. PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVÉE AU JAPON

La loi sur les assurances n'établit aucune distinction particulière entre l'assurance accident et l'assurance maladie, ni, par ailleurs, la loi sur les activités d'assurance. Cependant, dans la pratique, ces deux assurances sont commercialisées de manière distincte¹⁸. Dans cette partie, nous allons examiner les prestations courantes qui sont prévues notamment dans les contrats d'assurance maladie proposés actuellement sur le marché (l'assurance maladie privée peut prendre la forme soit d'une option du contrat d'assurance vie, soit d'un produit d'assurance à part entière, alors qu'il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne les prestations).

1. *Forfaitaire ou indemnitaire*

Au Japon, les produits d'assurance maladie sont en grande partie ceux proposant des prestations de type forfaitaire¹⁹. Les assurés se voient verser, le plus couramment, une somme forfaitaire²⁰ en fonction du nombre de jours de soins hospitaliers ou ambulatoires, ou bien une indemnité forfaitaire²¹ en cas d'opération chirurgicale ou de diagnostic de certaines pathologies (cancer, diabète...) ²². Avec la diminution de la durée d'hospitalisation, une indemnité forfaitaire devient plus courante en cas d'hospitalisation également. Ces prestations de type forfaitaire sont censées couvrir le ticket modérateur (30 % en principe) ainsi que les frais supplémentaires liés, par exemple, à une chambre particulière en cas d'hospitalisation. Il n'est pas toutefois exclu qu'elles soient supérieures ou inférieures aux dépenses réelles, car leurs montants sont fixes.

Face à ce problème, de nouveaux produits d'assurance maladie de type indemnitaire ont été mis sur le marché dernièrement, notamment par les

18 Il s'agit sans doute des vestiges du principe de base, établi par la directive administrative de 1965. Ce principe attribuait le marché de l'assurance maladie aux assureurs vie et celui de l'assurance accident aux assureurs non-vie. Il n'est pas rare qu'un assureur non-vie ne s'occupe que de l'assurance accident tout en confiant les activités d'assurance maladie à une autre société d'assurance-vie au sein du même groupe.

19 Si l'assurance maladie de type forfaitaire est principalement commercialisée par les assureurs vie (y compris les filiales des assureurs non-vie), elle est également proposée par certains assureurs non-vie. On peut citer par exemple Kyoei Fire and Marine Insurance (<https://www.kyoeikasai.co.jp/pdf/personal/body/iryoku.pdf>) et Sony Assurance (https://www.sonysonpo.co.jp/md/ms_cvr000.html).

20 L'indemnité journalière d'hospitalisation varie le plus souvent entre 5 000 et 10 000 yens.

21 L'assuré peut toucher, par exemple, une indemnité d'un million de yens lorsqu'il est diagnostiqué atteint d'un cancer.

22 Voir YAMASHITA/YONEYAMA, *supra* note 15, 61–62, TOKIO MARINE & NICHIDO FIRE, *supra* note 16, 103–107.

assureurs non-vie, pour prendre en charge le ticket modérateur ainsi que d'autres frais non remboursables par le régime obligatoire, tels que ceux liés aux traitements innovants, aux actes non-conventionnés et à une chambre particulière à l'hôpital²³. Par ailleurs, les produits d'assurance maladie commercialisés par les assureurs vie s'accompagnent souvent d'une option offrant des prestations de type indemnitaire plafonnées (généralement à 20 millions de yen)²⁴.

Il n'existe malheureusement pas, à la connaissance de l'auteur, de données exhaustives concernant ni le nombre de souscriptions d'assurance maladie indemnitaire de ce type ni la part des contrats avec l'option « traitements innovants ». Néanmoins, il nous semble permis de dire que l'assurance maladie de type indemnitaire ne s'est pas encore substituée à l'indemnisation forfaitaire. Pourquoi ? D'abord, on observe un phénomène de « dépendance au sentier ». Comme nous l'avons vu, le marché de l'assurance maladie a été historiquement construit autour des produits d'assurance de type forfaitaire proposés par les assureurs vie, en conséquence de l'ajustement opéré par le ministère des Finances. Mais ce n'est pas tout. Il semble également que les prestations forfaitaires soient commodées pour les consommateurs du fait qu'elles leur permettent de couvrir d'autres dépenses que le reste à charge des frais médicaux, sans fournir de justificatif particulier, et que le besoin d'une assurance couvrant le reste à charge ne soit pas vraiment ressenti par la population grâce à l'existence du plafonnement du ticket modérateur²⁵ instauré par le régime obligatoire.

23 L'assurance maladie de type indemnitaire couvre le plus souvent les cancers qui risquent d'engendrer des frais de santé importants. C'est le cas par exemple des produits commercialisés par SBI Insurance (SBI 損保, <https://www.sbisampo.co.jp/gan/>) ou SECOM General Insurance (セコム損害保険会社, <https://www.medcom.jp/>). Cependant, d'autres maladies peuvent être aussi couvertes par ce type d'assurance maladie. C'est notamment le cas des produits proposés par Sompo Japan Insurance (損保ジャパン, <https://www.sompo-japan.co.jp/kinsurance/medical/kenkousupport/>) ou AIG General Insurance Company (<https://www.aig.co.jp/sonpo/personal/product/medical/all-1>).

24 Par exemple, Dai-ichi Life Insurance Company (AIG 損保, https://www.dai-ichi-life.co.jp/examine/lineup/products/just_lineup/senshin_iryō.html), Sumitomo Life Insurance Company (住友生命保険会社, https://www.dai-ichi-life.co.jp/examine/lineup/products/just_lineup/senshin_iryō.html) et Meiji Yasuda Life Insurance Company (明治安田生命, <https://www.meijiyasuda.co.jp/find/rider/02.html>).

25 Le plafonnement du ticket modérateur fonctionne de la manière suivante : le régime obligatoire rembourse à l'assuré chaque mois la partie du ticket modérateur qui dépasse le seuil fixé en fonction de son âge et de ses revenus. Ce dispositif a pour but d'alléger le reste à charge des frais liés aux actes médicaux remboursables par le régime obligatoire.

Nous pouvons en déduire que si, à l'avenir, ce dispositif de plafonnement devait être réduit ou supprimé en raison, notamment, des difficultés financières du régime obligatoire, le besoin de recourir à l'assurance maladie privée de type indemnitaire s'accroîtrait.

2. *Articulation avec l'assurance maladie publique*

Une autre caractéristique de l'assurance maladie privée au Japon, notamment de l'assurance maladie à prestations forfaitaires, tient au fait que les motifs d'indemnisation sont généralement définis de façon à s'aligner sur ceux du régime obligatoire²⁶. La décision de verser ou non l'indemnité s'en trouve ainsi facilitée, ce qui apporte des avantages aux assureurs en réduisant les coûts de gestion des dossiers. Par ailleurs, les motifs de versement étant transparents pour les contractants et les assurés, ils n'auront pas la mauvaise surprise de ne pas percevoir l'indemnité de l'assurance privée, alors qu'ils ont été remboursés par le régime obligatoire.

En même temps, certains souhaitent voir la couverture de l'assurance maladie privée s'étendre jusqu'aux actes médicaux non remboursables par le régime obligatoire. L'option « traitements innovants » ajoutée à un contrat d'assurance maladie de type forfaitaire a été conçue pour répondre à un tel besoin dans la limite d'un certain plafond (20 millions de yens le plus souvent). Cette option ne couvre toutefois pas les actes qui ne sont pas désignés comme « traitements innovants (先進医療 *senshin iryō*) » (à savoir les actes non-conventionnés et les « soins optionnels (選定療養 *sentei ryōyō*) »)²⁷. Pour ce qui concerne l'assurance cancer, la couverture peut s'étendre, compte tenu de la forte demande des consommateurs, aux actes non-conventionnés tels que l'administration d'un médicament non autorisé au Japon ou aux traitements dispensés à la demande du patient²⁸. Or, en

26 Voir par exemple https://faq.sonysonpo.co.jp/faq_detail.html?id=2510 ou https://faq.sonysonpo.co.jp/faq_detail.html?id=149 (l'assureur consulte la case « hospitalisation » sur la feuille de soins pour déterminer s'il s'agit d'une hospitalisation). Voir aussi <https://www.nissay.co.jp/kojin/shohin/seiho/mirainokatachi/shiori/02.pdf> (page 109, note 1).

27 Jusqu'à récemment, la prise en charge de l'opération de la cataracte avec implants multifocaux représentait une part importante des prestations en vertu de l'option « traitements innovants ». Or, à partir de 2020, les implants multifocaux ne sont plus désignés comme « traitements innovants », mais ils sont redéfinis comme « soins optionnels ». Avec ce changement, les frais liés à ladite opération ne sont plus couverts par l'option « traitements innovants ».

28 On peut citer, parmi les assureurs vie, AXA Life Insurance (<https://www.axa.co.jp/product/cancer/my-therapy>), ainsi que, parmi les assureurs non-vie, SBI Insurance (<https://www.sbisonpo.co.jp/gan/>) et SECOM General Insurance (<https://www.medcom.jp/>).

dehors du cas de l'assurance cancer, les contrats d'assurance maladie (même ceux qui offrent des prestations indemnitaires) excluent de leur couverture, semble-t-il, les actes non-conventionnés²⁹. Cette exclusion résulte d'une prise de décision des assureurs, entreprises privées, concernant la conception des produits d'assurance, ce qui ne pose pas de problème en soi. Cependant, un manque d'agilité de la part du ministère de la Santé pour désigner les « traitements innovants » pourrait créer une situation dans laquelle de nouveaux traitements ne seraient remboursés ni par le régime obligatoire ni par l'assurance maladie privée³⁰.

Le fait que peu de produits d'assurance maladie privée offrent une couverture des « traitements innovants » ou des actes non-conventionnés peut être expliqué par le problème de l'antisélection. C'est-à-dire qu'une telle couverture serait d'autant plus difficile à commercialiser que la demande serait plus forte chez les individus à haut risque. Si tel était bien le cas, il faudrait aussi s'interroger, lors d'une future révision du régime de l'assurance maladie obligatoire, sur la nécessité d'étendre sa couverture aux soins et services difficilement pris en charge par l'assurance maladie privée³¹, sans considérer le périmètre actuel de la couverture comme allant de soi³².

IV. SÉLECTION DES RISQUES ET SES LIMITES JURIDIQUES DANS L'ASSURANCE MALADIE PRIVÉE AU JAPON

Face au problème de l'antisélection, les mesures que peuvent prendre les assureurs privés consistent à sélectionner et à segmenter les risques à travers la décision d'acceptation et la fixation des primes d'assurance. En

29 Par exemple, Sompo Japan Insurance (<https://www.sompo-japan.co.jp/kinsurance/medical/kenkousupport/>) ou AIG General Insurance Company (<https://www.aig.co.jp/sonpo/personal/product/medical/all-1>). À titre exceptionnel, Nippon Life Insurance commercialise un produit d'assurance, destiné aux femmes, qui offre une couverture forfaitaire de certains traitements de l'infertilité qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (<https://www.nissay.co.jp/kojin/shohin/seiho/shussan/>).

30 La reconnaissance d'un nouveau traitement innovant joue un rôle d'une étape préparatoire de la prise en charge de ce traitement par l'assurance maladie obligatoire. La démarche de l'évaluation est déclenchée par l'initiative d'un établissement médical qui souhaite pratiquer ce nouveau traitement.

31 Outre le traitement de l'infertilité, les maladies génétiques sont entre autres susceptibles de rencontrer le problème de l'antisélection.

32 Bien entendu, le caractère obligatoire de l'assurance maladie publique permet à cette dernière d'échapper au problème de l'antisélection. Cependant, il n'est pas si simple d'élargir son périmètre de remboursement en raison des contraintes financières. Nous reviendrons, à une autre occasion, sur le partage des rôles entre les assurances maladie publique et privée, y compris en ce qui concerne ce dernier point.

règle générale, la manière de sélectionner et segmenter les risques est considérée comme relevant de la stratégie commerciale de chaque assureur. Il n'en reste pas moins qu'elle est susceptible d'être soumise à certaines contraintes pour des raisons d'intérêt public. Nous allons donc ici nous intéresser au contrôle et à la réglementation en vigueur au Japon en matière de polices d'assurance et de fixation des primes d'assurance. Ensuite nous allons présenter le débat autour des limites posées à la sélection et à la segmentation des risques exercées par les assureurs.

1. Contrôle en matière de polices d'assurance et de fixation des primes d'assurance

Contrairement à la législation européenne, la loi japonaise sur les activités d'assurance soumet les polices d'assurance et les taux de prime à l'approbation de l'autorité de contrôle³³. Pour être précis, l'assureur doit soumettre, lors de sa demande de licence de société d'assurance, un document sur les procédures commerciales, les conditions générales des contrats d'assurance³⁴ ainsi qu'un document sur les modes de calcul des primes et des provisions obligatoires, qui seront ensuite examinés (art. 4 (2) (ii) à (iv) et art. 5 (1) (iii) à (iv) de ladite loi). Par ailleurs, toute modification de ces documents sera sujette à l'approbation du commissaire de l'Agence des services financiers (art. 123 (1) et art. 313 (1) de la même loi)³⁵.

33 YAMASHITA, *supra* note 4, 130–131. En Europe, les directives européennes interdisent à un État membre d'exiger la communication systématique des conditions générales et spéciales des polices d'assurance qu'une entreprise se propose d'utiliser sur son territoire dans ses relations avec les preneurs d'assurance (Directives 92/49 du 18 juin 1992 (assurance non-vie) et 92/96 du 10 novembre 1992 (assurance vie)).

34 Dans la pratique, en sus des conditions générales des contrats d'assurance qui énoncent les principes de base des différents contrats d'assurance, tels que les motifs d'indemnisation ou d'exclusion, les assureurs recourent également aux options pour étendre ou réduire la couverture définie par les conditions générales, exclure certaines dispositions ou encore mettre en œuvre des procédures complémentaires. Par ailleurs, la loi sur les activités d'assurance prévoit des dispositions distinctes pour les conditions générales des contrats d'assurance et les options (voir art. 117 (2) (i) du règlement d'application de ladite loi). Ainsi, une modification de la seule option n'est pas considérée en principe comme relevant du régime d'approbation applicable aux conditions générales. Voir H. HOSODA [細田浩史], 保険業法 [Loi sur les activités d'assurance] (2018) 243. Il est à noter que si le document sur les procédures commerciales doit contenir « les éléments concernant les options » (art. 8 (1) (vi) dudit règlement), il ne semble pas forcément reprendre les termes exacts des options.

35 Certaines exceptions sont prévues en cas de modification des conditions générales des contrats d'assurance, notamment pour l'assurance non-vie (art. 123 (1) passage entre parenthèses et art. 123 (2) de la loi sur les activités d'assurance, art. 83 du rè-

Les critères d'examen des conditions générales des contrats d'assurance sont notamment : i) le contenu des contrats d'assurance ne comporte aucun risque de manque de protection des souscripteurs, des assurés ainsi que d'autres personnes bénéficiaires des indemnités d'assurance (ci-après dénommés « les souscripteurs ») ; ii) aucune personne en particulier ne fait l'objet d'un traitement discriminatoire injustifié selon le contenu des contrats d'assurance ; iii) le contenu des contrats d'assurance ne présente aucun risque de favoriser ou de provoquer tout comportement préjudiciable à l'ordre public et aux bonnes mœurs ; iv) les droits et obligations des souscripteurs ainsi que d'autres dispositions des contrats sont clairement et simplement définis aux yeux des souscripteurs (art. 5 (1) (iii) et art. 124 de la loi sur les activités d'assurance, art. 11 du règlement d'application de ladite loi). Quant aux critères d'examen du document sur les modes de calcul des primes et des provisions obligatoires, on peut citer entre autres : v) les modes de calcul sont raisonnables et appropriés, appuyés par la science actuarielle ; vi) aucune personne en particulier ne fait l'objet d'un traitement discriminatoire injustifié en ce qui concerne les primes d'assurance (art. 5 (1) (iv) et art. 124 de ladite loi et art. 12 dudit règlement d'application).

2. *Limites relatives à la sélection et à la segmentation des risques pratiquées par les assureurs au Japon*

Parmi les critères d'examen que nous venons de voir, deux d'entre eux interviennent dans la sélection et la segmentation des risques par les assureurs. Tout d'abord le critère portant sur « l'absence de traitement discriminatoire injustifié à l'égard d'une personne particulière » en ce qui concerne le contenu des contrats, les primes d'assurance ainsi que le document sur les modes de calcul (excepté la partie concernant les primes d'assurance) (art. 5 (1) (iii) (b) et (iv) (b)(c) de la loi sur les activités d'assurance, art. 12 (ii) du règlement d'application de ladite loi). Et ensuite celui portant sur les modes « raisonnables et appropriés, appuyés par la science actuarielle » en ce qui concerne le calcul des primes d'assurance et des provisions obligatoires (art. 5 (1) (iv) (a) de ladite loi)³⁶. Il est entendu ici que

glement d'application de ladite loi). Or, ces exceptions ne portent pas sur l'assurance maladie.

36 Ces critères d'examen sont davantage précisés dans les lignes directrices en matière de contrôle définies par l'Agence des services financiers. Voir 保険会社向けの総合的な監督指針 [Lignes directrices globales pour le contrôle des sociétés d'assurance], IV 保険商品審査上の留意点等 [IV. Points d'attention relatifs à l'examen des produits d'assurance] (disponible sur : <https://www.fsa.go.jp/common/law/guide/ins/04.html>). Dans le contexte de la segmentation des risques, il sera notamment question de vérifier : « si la prime d'assurance n'est pas injustement discriminatoire entre

« l'absence de traitement discriminatoire injustifié » signifie que la segmentation des risques et la différenciation en matière de primes d'assurance sont établies de manière juste en tenant compte de la réalité des risques³⁷.

Que signifie tout cela ? La législation japonaise sur les assurances interdit effectivement tout « traitement discriminatoire injustifié » à l'égard des souscripteurs et des assurés, alors qu'elle permet en principe une différenciation des primes qu'opèrent les assureurs en tenant compte de la réalité des risques présentés par l'assuré, sous réserve d'une justification rationnelle basée sur la science actuarielle. Ainsi, contrairement à l'UE où elle est interdite par une décision de la Cour de justice européenne³⁸, la tarification différenciée selon le sexe, par exemple, est couramment pratiquée au Japon, en commençant par l'assurance maladie jusqu'à l'assurance auto³⁹. Par ailleurs, il n'existe aucune législation limitant l'exploitation des informations génétiques, ni une quelconque autorégulation sectorielle en la matière actuellement (février 2023), quoique les assureurs ne semblent pas utiliser activement ces informations pour sélectionner et segmenter les risques pour le moment (*idem.*)⁴⁰. Or, au fur et à mesure du progrès du diagnostic à l'aide des informations génétiques, il sera possible que le résultat d'un test génétique conduise à une situation d'antisélection. Il nous semble donc important de tenir compte non seulement des enjeux du droit à l'autodéter-

différents groupes d'assurés ou entre différents types d'assurance, etc. » (IV-5-1 (2)) ; « si le taux d'incident prévu, le montant des dommages et le taux de résiliation prévu sont calculés de manière raisonnable à partir des données de base et corrigés en fonction de la fiabilité des données de base » (IV-5-1 (3)) ; « si un système de rabais sur les primes est raisonnable du point de vue actuariel et ne pose aucun problème du point de vue de la cohérence avec d'autres systèmes de majoration ou de rabais, de l'équilibre entre recettes et dépenses après l'introduction du système de rabais et de l'équité entre les assurés » (IV-5-5 (1)).

37 A. UMETSU [梅津昭彦], 性別保険料率に対する規制の一考察 [La différenciation des primes d'assurance selon le sexe : une étude sur la réglementation], 生命保険論集 Seimei Hoken Ronshū 201 (2017) 23, 79.

38 CJUE, 1er mars 2011, *Association belge des consommateurs test-achats ASBL*, C-236/09.

39 UMETSU, *supra* note 37, 80.

40 Pour une vue de l'état actuel de la discussion au Japon, voir YAMASHITA, *supra* note 4, 418-420 et T. MIYACHI [宮地朋果], 日本における保険会社と遺伝子差別をめぐっての一考察 [Une étude sur les compagnies d'assurance et la discrimination génétique au Japon], 生命保険論集 Seimei Hoken Ronshū 209 (2019) 33. À titre d'information, il a été rapporté, en 2019, que l'Association de l'assurance vie allait se doter d'une auto-réglementation qui interdirait la collecte et l'exploitation des informations génétiques lors de la souscription d'une assurance ou du versement d'une indemnisation (voir MIYACHI, 33-34). Néanmoins, en date du 31 octobre 2021, l'Association de l'assurance vie ne l'a toujours pas publiée.

mination des assurés et de la protection des données personnelles, mais aussi du partage du fardeau entre les assurances maladie publique et privée en matière de couverture des risques liés aux maladies génétiques, pour se prononcer sur la nécessité de limiter l'exploitation de ces informations par les assureurs.

V. CONCLUSION

Dans les pages qui précèdent, nous avons décrit le système de l'assurance maladie privée au Japon, en particulier dans le contexte de la législation en matière de contrats et de contrôle des assurances. Ensuite, nous avons présenté l'état actuel et les enjeux de la réglementation relative au périmètre de couverture et à la sélection des risques. Il est primordial, nous semble-t-il, d'aborder la question du partage du fardeau entre les assurances maladie publique et privée afin de mener une réflexion sur tous ces sujets. Or, une telle réflexion n'en est encore qu'à ses débuts. De même que le Japon peut bien tirer parti des études de droit comparé, nous espérons que le présent article contribuera aux discussions en cours dans d'autres pays sur l'assurance maladie, publique ou privée.

RÉSUMÉ

Après un bref aperçu des fondements du droit japonais des contrats d'assurance et de la réglementation des compagnies d'assurance, cet article décrit les caractéristiques de la couverture de l'assurance maladie privée au Japon, en particulier ses liens avec le système public d'assurance maladie. L'article analyse également l'approche du droit japonais en matière de sélection des risques par les compagnies d'assurance, y compris l'utilisation de l'information génétique.

(La rédaction)

SUMMARY

After a brief overview of the basic structure of Japanese insurance contract law and regulation of insurance companies, this article describes the characteristics of the coverage under private health insurance in Japan and, in particular, how it is related to its public health insurance system. The article also analyzes the approach of Japanese law on selection of risks by insurance companies, including the use of genetic information.

ZUSAMMENFASSUNG

Nach einem kurzen Überblick über die Grundstruktur des japanischen Versicherungsvertragsrechts und die Regulierung von Versicherungsunternehmen widmet sich der Beitrag den Charakteristika des Versicherungsschutzes in der privaten Krankenversicherung, insbesondere dessen Beziehung zum öffentlichen Krankenversicherungssystem. Der Artikel analysiert auch den Ansatz des japanischen Rechts in Bezug auf die Risikobewertung durch Versicherungsunternehmen, einschließlich der Verwendung genetischer Informationen.

(Die Redaktion)