

Avis du Comité consultatif du secteur financier

sur la lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé

Éléments de contexte

L'assurance complémentaire santé, encore appelée assurance maladie complémentaire, est un secteur auquel le CCSF accorde depuis sa création une très grande attention. Les objectifs de clarté et de lisibilité des garanties des contrats constituent en effet des préoccupations constantes du Comité dans le domaine des relations entre les professionnels du secteur financier et leur clientèle.

Rappel des travaux antérieurs du Comité et de l'UNOCAM sur la lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé

Dès 2011, le ministre de l'Économie des Finances et de l'Industrie, avait donné au Comité mission de contribuer à renforcer la lisibilité des assurances complémentaires santé. Le Comité avait alors pris connaissance avec le plus grand intérêt des travaux menés par l'UNOCAM¹ pour favoriser la compréhension par le grand public des termes techniques utilisés dans le domaine de l'assurance complémentaire santé, pour améliorer la compréhension des garanties et faciliter la comparabilité des contrats d'assurance complémentaire santé. S'agissant du glossaire présenté, le Comité avait souligné la qualité de ce travail de simplification de notions techniques et complexes, ainsi que son rôle de référence terminologique pour les professionnels, partenaires sociaux et autres parties prenantes. Il s'était félicité de la déclaration commune signée par les présidents de l'ensemble des fédérations (CTIP, FNMF, FFSA et GEMA) d'assurance concernées qui traduisait en engagements fermes ces bonnes pratiques en matière de lisibilité des garanties. Le Comité avait conclu à la nécessité de mieux faire connaître les documents élaborés par l'UNOCAM et encouragé les membres du Comité à insérer sur leurs sites des liens permettant leur consultation directe.

En 2013, le Comité s'était prononcé dans un Avis du 26 mars 2013 sur le renforcement de la transparence et de la qualité des comparateurs de contrats individuels d'assurance complémentaire santé sur Internet.

Les travaux actuels de l'UNOCAM en matière de lisibilité des contrats dans le cadre de la réforme « 100% santé »

À la demande du ministère de l'Économie et des Finances, l'UNOCAM a présenté au Comité les travaux complémentaires d'amélioration de la lisibilité des garanties qu'elle a menés au premier semestre 2018, en lien avec le ministère de l'Économie et des Finances et le ministère des Solidarités et de la Santé. Ces travaux s'inscrivent dans le double objectif de répondre aux attentes des adhérents et assurés sur le choix et la bonne compréhension de leurs contrats. Deux types de travaux sont ouverts : les premiers sur l'harmonisation de l'intitulé des garanties, les seconds sur la mise en place d'une base commune d'exemples de remboursement.

En premier lieu, l'UNOCAM propose d'améliorer la lisibilité des garanties, en prévoyant une dizaine de grands postes de remboursement dont 5 grands postes dont les libellés seraient harmonisés et clairement définis : l'hospitalisation, le dentaire, les soins courants, l'optique et les aides auditives et 5 grands postes libres. Les organismes pourront présenter les grands postes dans l'ordre qu'ils

¹ L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) représente tous les opérateurs en assurance maladie complémentaire : les mutuelles, les entreprises d'assurances, les institutions de prévoyance et le Régime local d'Alsace-Moselle.

souhaitent, avec les différenciations en termes de remboursement qu'ils désirent mettre en évidence. Ainsi, entre 3 et 6 des principaux libellés des sous-rubriques de ces postes de soins seront également uniformisés. L'harmonisation des intitulés devra veiller à mettre en avant le panier de soins sans reste à charge pour les soins concernés.

Outre cette mesure d'amélioration de la lisibilité des garanties, l'UNOCAM prévoit d'instituer une liste unique et unifiée d'une douzaine d'exemples de remboursement. Cette liste, à valeur non contractuelle², fera apparaître les tarifs opposables des actes, ou les tarifs moyens des actes quand les tarifs sont libres, le niveau de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, le niveau de remboursement de la garantie et le reste à charge du patient en euros. Comme pour la présentation des garanties, l'ordre de présentation des exemples de remboursement est libre. Les organismes complémentaires pourront ajouter à cette liste d'autres exemples complémentaires.

L'intitulé des postes de garanties et la liste d'exemples pourront évoluer en fonction des résultats de la concertation en cours dans le cadre de la réforme « 100% santé ».

Le CCSF a réuni un groupe de travail à deux reprises sur ces sujets, associant aux membres du Comité, la direction générale du Trésor, la direction de la Sécurité Sociale et l'UNOCAM.

Très mobilisées, les associations de consommateurs, ont indiqué leur préférence pour des engagements professionnels qui ont vocation à être approuvés par l'ACPR afin de garantir l'effectivité du dispositif proposé.

À l'issue de la réunion plénière du 19 juin, le Comité a adopté l'Avis suivant :

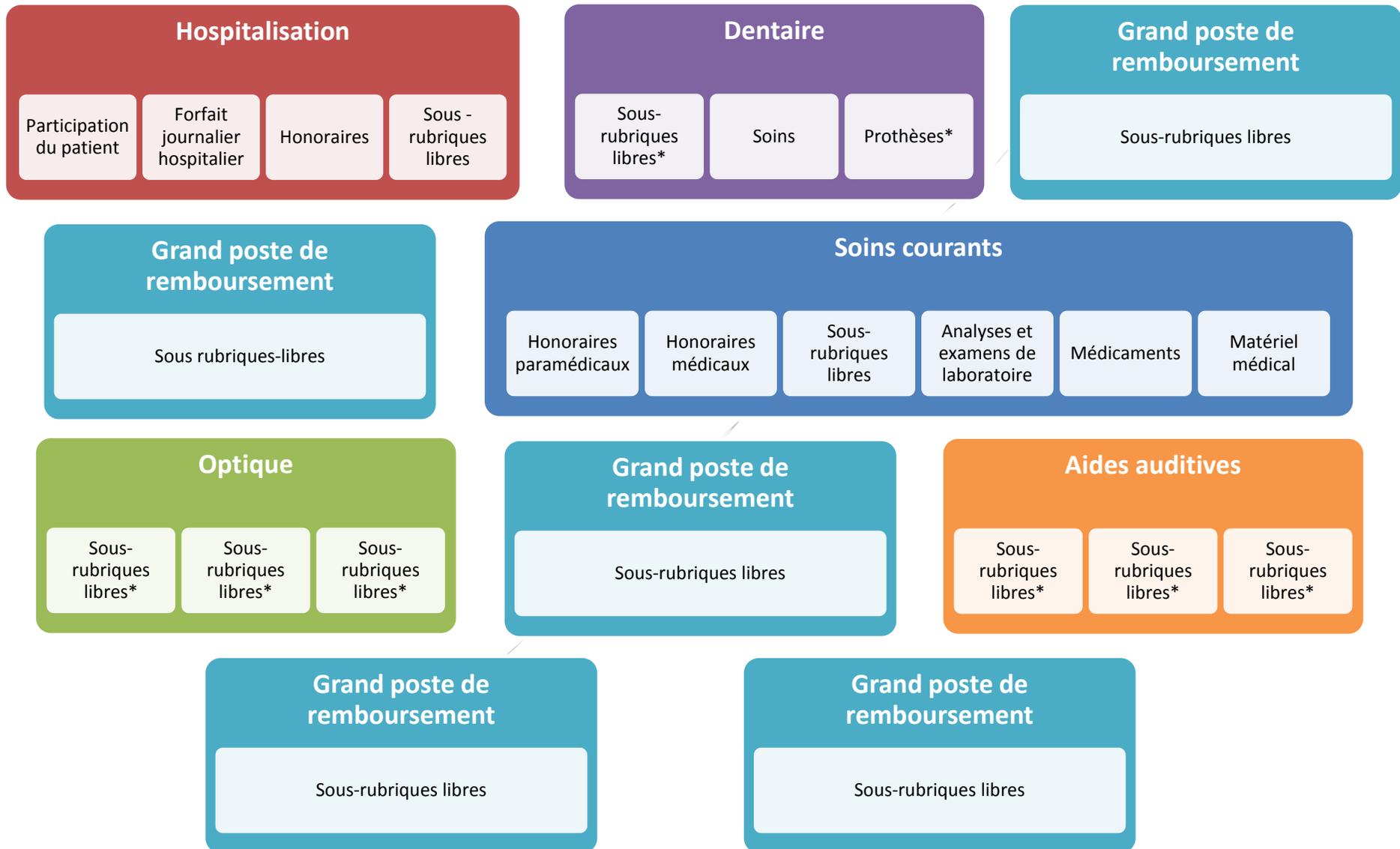
1. Le CCSF se félicite du dispositif permettant la mise en œuvre d'un panier de soins sans reste à charge, dit « 100% santé ».
2. Le Comité constate que les travaux visant une meilleure lisibilité des tableaux de garanties renforcent la réforme « 100% santé », qui lui a été présentée le même jour. Le lien entre les deux accroît les chances d'une mise en œuvre rapide du nouveau dispositif d'une part et facilitera la compréhension de la réforme d'autre part.
3. Le Comité insiste sur l'importance d'une application effective des engagements de lisibilité, transparence et comparabilité, par tous les organismes de complémentaire santé.
4. Le Comité approuve la présentation harmonisée des cinq grands postes de remboursement des garanties ainsi que des exemples de remboursement chiffrés avec les tarifs moyens des actes, les tarifs opposables des actes et le reste à charge du patient en euros qui constituent une avancée importante en termes de lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé.
5. Le Comité rappelle son attachement à la comparabilité des contrats, garanties et tarifs : celle-ci suppose qu'un même service porte un même nom. Sans remettre en cause la liberté de choix des cinq rubriques non harmonisées, le Comité insiste sur l'intérêt pour le consommateur d'avoir des formulations harmonisées pour désigner des garanties semblables, et en tout état de cause, des formulations présentes dans le glossaire.
6. Dans ce même objectif de comparabilité, le Comité invite les professionnels et l'ensemble des parties prenantes à travailler à une expression harmonisée des remboursements, en choisissant soit le remboursement de l'assurance maladie obligatoire inclus, soit le remboursement de l'assurance maladie obligatoire exclu.
7. Le Comité réaffirme le besoin de poursuivre les travaux sur le glossaire afin de parvenir à une plus grande harmonisation des terminologies.
8. Le CCSF rappelle l'intérêt pour l'assuré de disposer en tout état de cause d'une information préalable sur le tarif appliqué et de bénéficier de devis avant tout engagement de sa part pour

² Ce ne sont pas des documents contractuels car ils sont tributaires – en cours d'année – de la revalorisation tarifaire de l'assurance maladie obligatoire sur la part des tarifs opposables qui peut avoir un effet sur leurs garanties

les frais de santé pouvant entraîner un reste à charge. La présentation systématique d'un devis pour les prothèses dentaires, les équipements d'optique et les aides auditives est prévue par la réforme « 100 % santé ».

9. Le Comité considère que les travaux présentés ne rencontreront leur pleine efficacité que s'ils font l'objet d'un engagement professionnel, c'est-à-dire qu'ils revêtent un caractère contraignant.
 10. S'agissant du délai de mise en œuvre, les travaux menés par l'UNOCAM sur l'harmonisation des garanties devraient s'appliquer concomitamment à la réforme « 100% santé », dont l'entrée en vigueur pour les contrats de complémentaire santé est actuellement prévue au premier janvier 2020. Les exemples de remboursement, hors panier « 100% santé », devront en tout état de cause être disponibles de manière dématérialisée courant 2019.
 11. Le Comité encourage tous ses membres, dès que le dispositif sera opérationnel, à en assurer la plus grande diffusion, notamment sur chacun de leurs sites Internet.
 12. Le CCSF assurera un suivi régulier du dispositif dès 2019 et lancera un bilan de l'effectivité de sa mise en œuvre, et notamment des engagements des professionnels, un an après le démarrage de la réforme « 100% santé ».
-

Harmonisation des principaux intitulés des garanties (projet 2018)



* Pour les postes dentaire, optique et aides auditives, le nombre et l'intitulé des sous-rubriques communes seront précisés au vu des évolutions liées à la réforme des « restes à charge zéro ». Pour le poste dentaire, la sous-rubrique « prothèses » pourra, le cas échéant, être modifiée au vu de ces évolutions.

Mise à disposition d'exemples de remboursement (exemple de présentation) (projet 2018)

Exemple	Montant servant de référence*	Remboursement* de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement* de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge*	Précisions éventuelles
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier	Tarif réglementaire				
Honoraires du chirurgien adhérent de l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale	Prix moyen national de l'acte				
Honoraires du chirurgien non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO en clinique pour une opération chirurgicale	Prix moyen national de l'acte				
Exemples libres					
Optique**					
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux sphériques de niveau 2	Prix limite de vente				
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux de niveau 2	Prix moyen national de l'acte				
Exemples libres					
Dentaire**					
Détartrage	Tarif conventionnel				
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires	Honoraire limite de facturation				
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	Prix moyen national de l'acte				
Couronne céramo-métallique sur molaires	Prix moyen national de l'acte				
Exemples libres					
Exemples libres					
Exemples libres					
Aides auditives**					
Aide auditive de classe I par oreille	Prix limite de vente				
Aide auditive de classe II par oreille	Prix moyen national de l'acte				
Exemples libres					
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	Tarif conventionnel				
Consultation d'un médecin spécialiste sans dépassement d'honoraires	Tarif conventionnel				
Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO -)	Prix moyen national de l'acte				
Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte				
Exemples libres					

* Les tarifs, dépenses, remboursements et restes à charge sont présentés en valeur absolue en euros.

** Pour les postes dentaire, optique et aides auditives, les exemples pourront être précisés et/ou revus pour prendre en compte les évolutions liées à la réforme des « restes à charge zéro ».

Note de lecture des exemples :

Si un médecin spécialiste non adhérent de l'OPTAM facturait 50 euros sa consultation (tarif conventionnel de 23 euros + 27 euros de dépassements d'honoraires), le remboursement de l'assurance maladie obligatoire serait de 15,1 euros. Pour une garantie ou contrat à 150% de la base de remboursement (régime obligatoire inclus), le remboursement de l'assurance maladie complémentaire serait de 18,4 euros. Le reste à charge pour le patient serait donc de 16,5 euros (1 euro de participation forfaitaire + 15,5 euros).