

Avis du CCSF sur la lisibilité des contrats dans le cadre de l'assurance complémentaire santé

Suite de l'Avis du 19 juin 2018

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 de l'information 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 souhaité mieux faire connaître les documents élaborés par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) et encourager 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.
- En 2018, 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 menés en 2017 et 2018, dans le double objectif de répondre aux attentes des adhérents et assurés sur le choix et la bonne compréhension de leurs garanties et contrats, et d'éviter toute standardisation par le biais de contrats types. Sur l'harmonisation des garanties, deux types de chantiers avaient été ouverts : le premier sur les garanties elles-mêmes, le second sur les documents non contractuels en lien avec les garanties. L'Unocam proposait d'améliorer la lisibilité des garanties, en prévoyant une dizaine de grands postes de remboursement dont cinq grands postes avec des libellés harmonisés et clairement définis : l'hospitalisation, le dentaire, les soins courants, l'optique et l'aide auditive et cinq grands postes libres. Les organismes étaient également invités par l'Unocam à harmoniser les sous-rubriques de ces grands postes afin d'intégrer les soins et équipements relevant de la réforme « 100 % santé ». Ces libellés harmonisés permettent de couvrir la grande majorité des garanties proposées par les organismes.

Outre cette mesure d'amélioration de la lisibilité des garanties, l'Unocam prévoyait une harmonisation des informations non contractuelles¹, de présentation des exemples de remboursement, faisant 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. Dans son Avis du 19 juin 2018, le Comité s'est félicité du dispositif permettant la mise en œuvre de la réforme « 100 % santé » ; il a approuvé 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 ; il a rappelé 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 a insisté 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.

Enfin, le Comité avait réaffirmé le besoin de poursuivre les travaux sur le glossaire afin de parvenir à une plus grande harmonisation des terminologies, rappelant l'intérêt pour le consommateur de bénéficier d'un devis réalisé par le professionnel de santé avant tout engagement de sa part pour des frais de santé.

Considérant que ces travaux ne rencontreraient leur pleine efficacité que s'ils font l'objet d'un engagement professionnel, le Comité suggérerait qu'une déclaration commune, à l'instar de celle de 2010, donne cette force d'engagement au dispositif et encourageait tous les membres, dès que le dispositif sera opérationnel, à en assurer la plus grande diffusion, notamment sur chacun de leurs sites internet.

À l'issue de la réunion plénière du 10 décembre 2019, le CCSF a adopté l'Avis suivant

- Le Comité se félicite de la signature par l'Unocam et les fédérations FNMF, FFA et CTIP, le 14 février 2019, en présence de la ministre de la Santé, d'un engagement pour une harmonisation des libellés des principaux postes de garanties, incluant des exemples communs en euros sur les actes et prestations les plus courants et/ou potentiellement reste à charge important et des outils pédagogiques visant à accompagner les assurés dans leur compréhension du système et leurs démarches.
- Sur la mise en œuvre de cet engagement, le Comité constate que l'accord a été effectivement traduit dans les engagements professionnels. Le collège des consommateurs regrette toutefois leur caractère non-contraignant.
- Le Comité constate l'élaboration d'exemples communs de remboursement en euros présentés par l'Unocam, pour les prospectus, dès 2019, et pour l'ensemble des assurés et des adhérents en 2020, comme prévu dans l'engagement professionnel. Pour améliorer encore la comparabilité, le collège des consommateurs demande qu'un travail de normalisation de l'ordre de la liste des exemples de remboursement soit mené.
- Pour les garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement, le Comité invite les professionnels à développer autant que possible la communication aux assurés d'une estimation en

¹ 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.

euros du montant du remboursement, cette expression constituant l'information la plus lisible pour permettre aux consommateurs de réaliser un choix de couverture éclairé.

- Le Comité prend acte de l'annonce par les professionnels de la mise en conformité, dès janvier 2020, de tous les nouveaux contrats responsables et, d'ici à la fin 2020, de tous les contrats responsables à renouveler en cours d'année et reconnaît l'ampleur du chantier juridique et informatique qui en découle pour les organismes.
- Le Comité regrette, en revanche, que les professionnels n'aient pu aboutir 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, ainsi que cela avait été demandé par le Comité dans son Avis du 19 juin 2018, ce qui aurait favorisé la comparabilité des offres pour le consommateur. Cette absence d'harmonisation est d'autant plus regrettable qu'elle ne pourra pas être intégrée dans les chantiers informatiques en cours. Le Comité souhaite qu'un état des lieux des pratiques puisse être réalisé pour connaître la proportion des formulations remboursement assurance maladie inclus et remboursement de l'assurance maladie exclu, tant pour les contrats individuels que collectifs.
- Dans ce même souci de comparabilité, le Comité insiste sur le besoin d'une plus grande harmonisation des termes utilisés pour désigner des garanties semblables. Il réaffirme le besoin de poursuivre les travaux sur le glossaire, sur les modalités de son adoption rapide par les professionnels et propose de créer sous son égide un groupe de travail restreint pour travailler à cette harmonisation, incluant les terminologies des secteurs publics et privés².
- Afin de favoriser la visibilité de l'information pour le consommateur, le Comité invite les professionnels à rendre facilement accessibles les exemples de remboursement depuis leur site internet ou tout autre vecteur adapté, en plus de leur présence systématique dans les supports présentant les garanties.
- Le Comité appelle également les professionnels à accroître la lisibilité des informations données aux clients, notamment sur les délais de carence.
- Le Comité 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 les frais de santé pouvant entraîner un reste à charge, étant précisé qu'il appartient aux professionnels de santé de délivrer cette information et de réaliser ce devis. 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 ».
- Le Comité examinera les résultats de la première enquête menée auprès des organismes attendus pour janvier 2020 et assurera le suivi de la mise en œuvre du dispositif.

² Ce qui justifie d'associer, outre les représentants des organismes complémentaires santé, des représentants de l'assurance maladie obligatoire, de l'État, des professionnels de santé, etc.