

Améliorer la lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé :

Engagements pris, engagements tenus !

Première évaluation du dispositif instauré par les Fédérations membres de l'UNOCAM

5 mars 2012

Les Fédérations membres de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) ont rendu publique, en octobre 2010, une « *Déclaration commune portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties* ». La Mutualité Française, la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), le Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA) et la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM) ont ainsi invité l'ensemble des opérateurs en assurance maladie complémentaire à améliorer la lisibilité de leurs garanties, afin de permettre à leurs adhérents et assurés de bénéficier d'une information claire, sincère et aussi exhaustive que possible sur les services et produits de santé qui leur sont remboursés.

Cet engagement de bonnes pratiques portait notamment, de façon très précise, sur la rédaction des garanties. Ayant fait l'objet d'une concertation avec les associations de malades, d'usagers du système de santé et de consommateurs¹, cette Déclaration commune était accompagnée d'un glossaire, définissant les termes de référence de l'assurance maladie complémentaire, et d'un guide méthodologique, intitulé « *Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé* ». Ces trois documents (Déclaration commune, glossaire et guide méthodologique) sont consultables et téléchargeables sur le site www.unocam.fr.

¹ Consommation, logement et cadre de vie (CLCV) ; Collectif inter-associatif sur la santé (CISS) ; Institut national de la consommation - 60 millions de consommateurs ; Union fédérale des consommateurs (UFC) – Que choisir ; Union nationale des associations familiales (UNAF).

Réuni le 7 avril 2011, le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) avait salué « *la remarquable qualité du travail réalisé et de la concertation menée par l'UNOCAM, s'agissant d'information des publics sur des sujets complexes* ». Il avait insisté sur « *la nécessité de faire très largement connaître ces documents, en particulier le glossaire, en relayant le plus possible l'information* ». Enfin, le CCSF avait souligné notamment « *l'importance d'une mise en œuvre accélérée de ce dispositif pour garantir l'effectivité des engagements pris en matière de lisibilité et de diffusion de ces informations, avec un suivi particulier des nouvelles garanties et des nouveaux contrats* ».

Les Fédérations membres de l'UNOCAM avaient prévu d'évaluer ce dispositif un an après son entrée en vigueur. Elles ont conduit cette évaluation de novembre 2011 à février 2012, en questionnant les organismes complémentaires d'assurance maladie sur leur appropriation de cette démarche et de ses outils, en particulier dans les nouvelles offres proposées aux adhérents et assurés².

Plus des deux tiers des mutuelles, entreprises d'assurances et institutions de prévoyance (67,2 %) ont participé à cette évaluation³. Ce taux de réponse significatif donne une première indication, un an après la publication de la Déclaration commune, de la forte implication des opérateurs en assurance maladie complémentaire dans une démarche visant à améliorer la qualité de l'information proposée aux adhérents et assurés.

Dans le cadre de cette évaluation, l'UNOCAM a rencontré de nouveau les associations de malades, d'usagers du système de santé et de consommateurs⁴. Elle en tire aujourd'hui un premier bilan. Celui-ci n'est qu'un rapport d'étape, le dispositif devant monter en charge dans la durée, à l'occasion du renouvellement des contrats⁵. De ce bilan, l'UNOCAM tire six enseignements.

² L'engagement pris concerne en priorité les nouvelles offres, compte tenu de la difficulté d'intervenir sur des contrats en cours.

³ Les résultats présentés dans le présent rapport tiennent compte du chiffre d'affaires des organismes sur le marché de la complémentaire santé.

⁴ Le CCSF a été informé de la réalisation de cette évaluation lors de sa réunion du 2 février 2012.

⁵ La durée d'un contrat est en moyenne de six ans pour les entreprises d'assurances. Dans son rapport sur la Sécurité sociale 2011, la Cour des comptes rappelait que 4,8 millions d'adhérents ou assurés avaient changé d'organisme complémentaire d'assurance maladie en 2010, représentant 9,5 % du marché en valeur.

1. Près des deux tiers des organismes complémentaires d'assurance maladie ont diffusé le glossaire

Le glossaire a été diffusé par près des deux tiers des organismes complémentaires d'assurance maladie (64,5 %). Cette diffusion a été effectuée sur le site Internet des organismes (dans 88,6 % des cas), plus rarement (dans 33,7 % des cas) par une mise à la disposition des adhérents et assurés dans les agences, voire (dans 17,8 % des cas) en envoyant systématiquement le document aux adhérents et assurés. Dans 34,5 % des cas, les organismes ont également adopté d'autres modalités de diffusion : intégration des définitions dans les supports remis aux prospects, voire dans les documents contractuels remis aux adhérents et assurés ; citation dans les revues périodiques des organismes ; diffusion du document aux intermédiaires et réseaux commerciaux.

2. Plus de la moitié des organismes complémentaires d'assurance maladie ont diffusé le guide «*Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé*»

Le guide « *Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé* » a été diffusé par plus de la moitié des organismes complémentaires d'assurance maladie (53,6 %). Cette diffusion a été effectuée via le site Internet des organismes (dans 72,5 % des cas), plus rarement (dans 24,3 % des cas) en mettant le guide à la disposition des adhérents et assurés dans les agences, voire (dans 15,2 % des cas) suivant d'autres modalités : communication aux adhérents et assurés, sur support de type revue, d'articles exposant tout ou partie du guide ; envoi du document aux intermédiaires et agents généraux ; etc.

3. Les organismes complémentaires d'assurance maladie estiment que la diffusion du glossaire et du guide méthodologique est très utile à leurs adhérents et assurés

Les organismes complémentaires d'assurance maladie ont été invités à apprécier l'utilité de la diffusion de ces deux documents à leurs adhérents et assurés, en donnant une note de 1 à 5 (5 étant la note la plus positive). Témoignant d'une appréciation très favorable, la note moyenne atteint 3,6. Les différentes parties du guide méthodologique font également l'objet d'une évaluation positive.

Appréciation portée par les organismes complémentaires d'assurance maladie sur les différentes parties du guide méthodologique

Contenu du guide	Note moyenne (entre 1 et 5)
A quoi sert une complémentaire santé ?	3,5
Que vous rembourse votre complémentaire santé ?	3,6
Comment sont formulées les garanties ?	3,9
Comment évaluer vos besoins de couverture en complémentaire santé ?	3,3
A quoi faut-il être attentif avant de choisir une complémentaire santé ou d'engager des dépenses ?	3,9
Quelle est la durée de vos garanties ?	3,5
Qu'est-ce qu'une complémentaire santé « <i>solidaire et responsable</i> » ?	3,2

4. La quasi-totalité des organismes complémentaires d'assurance maladie qui proposent une nouvelle offre tiennent compte des engagements de bonne pratique

44,4 % des organismes complémentaires d'assurance maladie ont proposé une nouvelle offre en 2011. 56,6 % le feront en 2012 et 47,5 % envisagent de le faire en 2013 ou après.

La quasi-totalité des organismes (97,4 %) qui ont déjà déployé une nouvelle offre, ou qui ont prévu de le faire à court terme, déclarent avoir tenu compte, dans leur exhaustivité, des recommandations faites pour améliorer la lisibilité des garanties. 82,3 % de ces organismes estiment qu'ils appliquaient déjà ces bonnes pratiques avant octobre 2010. La publication de la Déclaration commune s'est donc traduite par une mobilisation accrue de l'ensemble des opérateurs en assurance maladie complémentaire (de plus de 15 points en un an).

Application des recommandations de bonnes pratiques par les organismes complémentaires d'assurance maladie

Recommandations de bonnes pratiques	Application (en pourcentage)
Utilisation des termes du glossaire	93,4
Référence à la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les prestations exprimées en fonction des tarifs de l'assurance maladie obligatoire	98,5
Caractère explicite de l'inclusion ou de l'exclusion des remboursements de l'assurance maladie obligatoire dans les prestations	99,7
Présentation systématique des données détaillées permettant la compréhension de chaque prestation	90,8
Présentation des prestations soit totalement en euros, soit en pourcentage de la base de remboursement et en euros au-delà de 100 % de celle-ci :	
- Pour les lunettes	96,4
- Pour les prothèses dentaires	53,8

Cette mobilisation n'a pas rencontré d'obstacles majeurs pour 55,9 % des organismes. Toutefois, certains organismes notent des difficultés dans l'expression des remboursements pour les frais d'optique et surtout pour les dépenses dentaires, dans la prise en compte de la démarche par certains intervenants ou lors de l'implémentation du dispositif dans les systèmes d'informations.

5. La majorité des organismes complémentaires d'assurance maladie ont également intégré les engagements de bonnes pratiques dans leurs offres en cours

Les recommandations de bonnes pratiques visent en priorité les nouvelles offres, compte tenu des difficultés d'intervention sur des contrats déjà conclus.

Toutefois, la majorité des organismes complémentaires d'assurance maladie ont intégré les recommandations de bonnes pratiques dans leurs offres existantes, dès lors qu'ils en avaient la possibilité, c'est-à-dire à l'occasion d'autres modifications contractuelles. Leur mobilisation doit être signalée.

Pour les garanties individuelles, cela a été le cas de 32,7 % des organismes avant 2011, taux porté de 60,5 % en 2011 et maintenu à 57,9 % en 2012.

Pour les garanties collectives, les organismes complémentaires d'assurance maladie étaient 25,2 % à intégrer les recommandations de bonnes pratiques en 2010. Ils ont été 45,6 % à le faire en 2011 et presque autant (44,3 %) en 2012.

6. La grande majorité des organismes complémentaires d'assurance maladie mettent à disposition de leurs adhérents et assurés des outils permettant de faciliter la lisibilité des garanties et de mieux évaluer le reste à charge

85,5 % des mutuelles, entreprises d'assurances et institutions de prévoyance mettent à la disposition de leurs adhérents et assurés un tableau récapitulatif des grands postes de garanties.

Au-delà du tableau des garanties, les organismes complémentaires d'assurance maladie mettent à disposition de leurs prospects, adhérents et assurés des exemples de remboursements en euros sur les principaux postes de garanties : lunettes (dans 94,8 % des cas), prothèses dentaires (90,9 %), consultation médicale avec dépassements d'honoraires (77 %) et audioprothèses (33 %). Les exemples sont présentés sur un dépliant commercial (dans 91,5% des cas), le site Internet de l'organisme complémentaire (56,3%), le tableau des garanties (43,2%), le service Extranet réservé aux adhérents et assurés (34%), voire une application pour Smartphone (5,3 %).

87,1 % des organismes complémentaires d'assurance maladie ont développé des outils de calcul du remboursement et du reste à charge, pour aider les adhérents et assurés à appréhender le montant de leurs dépenses de santé qu'il leur restera à financer. Ces outils concernent les domaines des prothèses dentaires (dans 95,4 % des cas), des lunettes (94,3 %), des consultations médicales avec dépassements d'honoraires (49,7 %) et des audioprothèses (22,8 %). Les medias utilisés à cette fin peuvent être un service téléphonique (dans 64,9 % des cas), une simulation sur Internet (39,7 %), l'envoi d'un courriel par un conseiller (36,2 %), un service Extranet réservé aux adhérents et assurés (23,6 %), voire une application pour Smartphone (5 %).

ooo



Les Fédérations membres de l'UNOCAM considèrent que ce premier bilan est positif, même si des progrès peuvent encore être réalisés. Ce rapport d'étape est une invitation, pour l'ensemble des organismes complémentaires d'assurance maladie, à continuer à innover au quotidien dans l'objectif de favoriser la compréhension de notre système de protection sociale et pour améliorer l'accès à la couverture complémentaire santé, donc aux soins.

Conscientes de leurs responsabilités et attachées à leur autonomie, les Fédérations membres de l'UNOCAM entendent poursuivre leur action en faveur de l'amélioration constante de l'information délivrée et du service rendu aux adhérents et assurés.

