

Information du consommateur dans le secteur des assurances complémentaires maladie (avis et rapport du 20 octobre 1998)

Avis du Conseil National de la Consommation sur l'information du consommateur dans le secteur des assurances complémentaires maladie

Rapporteurs :

M. Yves HUGUET (ALLDC)

M. Claude RIVÉ (CNPF)

Dans l'exécution de son mandat, le groupe de travail a pu constater combien la terminologie et le contenu des garanties complémentaires santé étaient déterminés par ceux des régimes obligatoires.

Les difficultés liées à la compréhension des mécanismes de ces régimes se répercutent sur les garanties facultatives souscrites pour les compléter.

Ainsi l'information des consommateurs sur les prestations qui leur sont offertes à titre complémentaire passe en premier lieu par la compréhension des régimes dont ils bénéficient à titre obligatoire.

Elle suppose également une connaissance plus exacte du rapport entre l'offre de prestation, son coût et le montant du remboursement.

Quant à la formulation et au contenu des garanties résultant de la protection complémentaire maladie, il est apparu nécessaire d'élaborer un glossaire rassemblant des termes et des concepts fondamentaux. Il a été mis au point en collaboration entre les membres du groupe de travail.

De même, pour accompagner le consommateur dans ses démarches d'information à l'occasion de la souscription des garanties, une grille récapitulant les points essentiels a été constituée qui lui permet d'effectuer les comparaisons conduisant à son choix.

Le glossaire et la grille sont des instruments simples dont l'efficacité dépendra toutefois de l'usage qui en sera fait par les consommateurs et les professionnels. Il importe que les uns et les autres prennent conscience de leur utilité et des progrès qu'on est fondé à attendre de ces instruments. Aussi convient-il de leur assurer la plus large diffusion et d'insister sur l'intérêt qu'ils présentent.

De même ils devraient donner lieu, après négociation, à des concrétisations contractuelles entre associations et fédérations professionnelles.

Pour ces motifs, le Conseil, sur le rapport qui lui est fait par le groupe de travail :

- approuve le glossaire et la grille de comparaison joints au présent avis et recommande qu'il leur soit donné la plus large diffusion ;
- recommande leur utilisation dans les rapports entre professionnels et consommateurs relatifs aux garanties complémentaires santé ;
- recommande aux régimes obligatoires d'assurance maladie d'utiliser la terminologie du glossaire ;
- recommande aux associations et aux fédérations professionnelles concernées de s'engager dans une démarche volontaire de qualité en matière d'information.
- demande au groupe de travail de se réunir avant la fin de 1999 pour faire - aux plans de l'information, de l'utilisation et de la diffusion du questionnaire et du glossaire - le bilan des actions menées respectivement et en fonction de leur rôle et de leurs moyens, par les professionnels, les associations de consommateurs et l'administration - ainsi que de la démarche qualité engagée.

Les membres du Conseil National de la Consommation, réunis en séance plénière le 20 octobre 1998, ont adopté l'avis à l'unanimité des deux collèges, moins une abstention pour le collège des " Consommateurs et Usagers . "

Rapport du Conseil National de la Consommation sur l'information du consommateur dans le secteur des assurances complémentaires maladie

Le Conseil National de la Consommation s'est penché depuis plusieurs années sur les dispositions à mettre en oeuvre dans le secteur de la santé devant permettre une amélioration substantielle et attendue de l'information diffusée en direction des usagers.

C'est ainsi que des groupes de travail ad hoc ont analysé les difficultés rencontrées et ont proposé les mesures à prendre dans le secteur de l'optique médicale, des prothèses dentaires, de l'affichage des honoraires médicaux, de la médecine d'urgence ambulatoire, des maisons de retraite, de la chirurgie esthétique et des masseur-kinésithérapeutes.

Il était parfaitement cohérent de poursuivre par l'intermédiaire d'un nouveau groupe ad hoc une analyse approfondie sur l'information du consommateur dans le secteur des assurances complémentaires maladie celui-ci prenant en charge une part significative des dépenses de santé des usagers.

Il aurait été peu judicieux d'avoir mis en place de manière concertée des améliorations sur l'information préalable du coût d'une prothèse dentaire ou d'un équipement orthopédique en oubliant de se pencher sur la mise en oeuvre d'une amélioration de l'information relative à la couverture complémentaire. Cette initiative s'imposait d'autant plus que la souscription d'une couverture complémentaire maladie est un acte aux conséquences considérables pour une période souvent longue.

Le groupe de travail avait pour mission de réfléchir aux différentes informations qui paraissent devoir être portées à la connaissance du consommateur ainsi que leurs modalités et les mentions qui devraient obligatoirement figurer dans chaque contrat d'assurance complémentaire maladie.

Les membres du groupes de travail ont pris acte dès le départ de la volonté des Pouvoirs Publics de ne pas intervenir de manière réglementaire et de la nécessité d'aboutir de " manière concertée " à la mise en oeuvre des moyens d'une information complète du consommateur sur le coût et le contenu des informations offertes en ce domaine conformément à l'article L.113-3 du code de la consommation.

Dès le départ, les représentants des organisations de consommateurs ont perçu la difficulté de la tâche à accomplir. Le secteur professionnel se répartit en quatre catégories d'intervenants professionnels qui proposent à des milliers de familles des prestations diversifiées avec des approches parfois différentes.

L'audition de représentants des deux médiateurs a permis de cerner la nécessité d'améliorer l'information du consommateur à partir d'une meilleure lisibilité des contrats. Le secteur représente environ 10 % de l'activité médiation.

Le médiateur de la F.F.S.A. souligne que certains " litiges étaient révélateurs au moins, sinon des défauts de conseils éventuellement reprochables à l'employeur ou à l'assureur, des risques évidents encourus par des assurés qui ont sans précaution, changé d'assurance maladie " .

Il ajoute que " les litiges sont aggravés par l'hétérogénéité des critères sur lesquels les différents organismes sociaux et les assureurs s'appuient selon leurs contrats " .

Les Associations de consommateurs auraient souhaité que le groupe de travail recense et analyse l'ensemble des documents remis au futur souscripteur en vue de parvenir à l'élaboration éventuelle de " contrat type " .

Devant les réticences des professionnels à se lancer dans l'usage de documents homogènes pouvant à terme s'imposer à un secteur restant très diversifié, il a été convenu dans l'esprit du mandat du groupe de travail de s'en tenir, dans un premier temps, à définir des outils d'information préalable utiles aux consommateurs.

Le glossaire

Les organisations de consommateurs ont insisté dès le début des travaux sur l'amélioration prioritaire des documents assurant la " primo information ", celle-ci étant celle qui pousse un consommateur à contracter plutôt telle complémentaire santé qu'une autre. Certains documents publicitaires, à ce titre non-contractuels, sont néanmoins extrêmement précis et ont en définitive l'aspect de contrat.

Elles réclament avec insistance que le bureau de la vérification de la publicité (B.V.P.) se penche davantage sur ce secteur d'activité en étant un peu plus interventionniste les sanctions frappant les publicités réputées mensongères interviennent tardivement et il est parfois trop tard pour le contractant abusé pour obtenir une solution alternative.

Le groupe de travail a conscience de la difficulté de réaliser des documents suffisamment attractifs ne contenant que des informations claires, complètes et précises mais cette tâche n'est pas insurmontable.

Les réflexions du groupe de travail ont débouché sur la nécessité d'élaborer un glossaire exhaustif commun qui serait selon un engagement des " professionnels " disponible au " bon moment et au bon endroit ". Il s'agissait de proposer des définitions vraiment compréhensibles par le consommateur en ayant conscience qu'une expression parfaite sur le plan juridique n'est pas forcément claire pour le consommateur et peut receler des approximations juridiques qui pourraient lui être préjudiciables.

Les membres du groupe de travail en étudiant les termes du glossaire se sont efforcés de trouver des définitions évitant autant que possible des incompréhensions ultérieures, en gommant les risques de confusions entre les termes employés par la Sécurité Sociale et par les organismes de complémentaires santé.

Il a été proposé par les professionnels dans les documents d'information remis aux assurés de préciser les liens existants ou non entre les décisions de la Sécurité Sociale et celles des organismes de complémentaire santé prenant en charge la couverture complémentaire.

Il n'est pas nécessaire de reprendre dans ce rapport une liste exhaustive de tous les termes composant le glossaire ci-joint. Il convient de dire que chaque définition a été analysée de façon approfondie afin d'offrir en un minimum de mots une compréhension sans ambiguïté des termes employés et des mécanismes qu'ils recouvrent.

L'étendue du glossaire couvre, semble-t-il, toutes les interrogations susceptibles de se poser lors de la lecture des documents d'information publicitaire en couvrant tous les événements pouvant intervenir durant la vie d'un contrat.

Les travaux du groupe ad hoc ont permis aux participants de faire le constat que l'utilisation de certains mots relève de la curiosité du langage proposé, sans qu'ils ne correspondent plus à la réalité d'aujourd'hui. Il a été constaté que l'expression " ticket modérateur " est un exemple frappant.

C'est ainsi qu'il a été acté, à la demande du représentant du Ministère des Petites et Moyennes Entreprises, que ce " rapport insiste pour attirer l'attention des Pouvoirs Publics sur l'anachronisme de certains termes à l'aube du XXI^e siècle et sur la nécessité de les remplacer par des appellations plus adaptées ".

Le questionnaire pour bien choisir sa complémentaire santé

Les organisations de consommateurs ont estimé qu'il était indispensable de dépasser la simple délivrance d'un glossaire et de travailler à l'élaboration d'un tableau commun aux organismes complémentaires qui aurait un but pédagogique incitant le consommateur à prendre son temps avant de choisir une complémentaire maladie et de réellement comparer les différentes offres fort nombreuses.

Cette proposition n'est pas en elle-même une innovation absolue car le principe du tableau comparatif a été introduit dans le secteur de l'assurance vie.

Les représentants professionnels se sont montrés très réticents sur la démarche conduisant à prévoir une réponse pré-imprimée des offreurs au questionnaire proposé par le C.N.C. Un groupe de travail du Conseil National des Assurances, dans la matière voisine des assurances des personnes, a conclu à " l'infinie difficulté de mettre en oeuvre une grille de comparaisons des offres efficaces, les produits proposés sont multi dimensionnels et découlent de la situation de chacun vis-à-vis des régimes de base obligatoires ".

Les représentants professionnels, d'une part, ont souligné qu'il ne fallait pas subordonner l'élaboration de cette grille au champ de sa destinée éventuelle.

Les organisations de consommateurs, d'autre part, souhaitent répondre, sans délais ,aux attentes des consommateurs toujours confrontés à des offres séduisantes pas toujours compréhensibles.

Le projet d'avis qui vous est soumis définit donc les conditions (certes minimum mais acceptables par les deux collègues) qui permettent d'aller plus loin dans la démarche qualité et l'amélioration de l'information des consommateurs.

Il fixe un objectif, un calendrier et une méthode de travail.

Il semble nécessaire, dans l'immédiat, de se donner les moyens de faire connaître ces premières avancées en popularisant l'avis voté par le C.N.C.

Glossaire

1 - Accident

Événement soudain, imprévu et extérieur à la victime ayant, pour elle, des conséquences matérielles et/ou physiques.

2 - Accident du travail

Accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail ou sur le trajet du domicile au travail ou du travail au domicile.

3 - Assistance

Aide en nature ou en espèces fournie au bénéficiaire lorsqu'il se trouve en difficulté par suite d'un événement prévu au contrat.

4 - Assurance maladie obligatoire (sécurité sociale)

Régimes obligatoires de protection sociale couvrant tout ou partie des risques liés à la maladie, à la maternité et aux accidents de la vie privée et professionnelle, les maladies professionnelles et les invalidités.

5 - Contrat de groupe (ou contrat collectif)

Assurance à adhésion facultative ou obligatoire rassemblant dans un contrat unique un ensemble de personnes appelées à bénéficier des prestations de l'assurance maladie complémentaire.

6 - Consolidation (stabilisation)

Constat médical effectué par les médecins conseils de la sécurité sociale ou les médecins contrôleurs des organismes complémentaires indiquant, à un moment donné, que l'état médical de l'intéressé n'évolue plus. Il détermine le taux d'invalidité et donc le montant de la rente qui sera versée.

7 - Cotisation

Somme dont le paiement ouvre droit au bénéfice des garanties de l'assurance complémentaire maladie et éventuellement des services proposés.

8 - Délai d'attente (délai de stage)

Période qui suit l'adhésion ou la souscription et pendant laquelle l'assuré cotise à une complémentaire maladie sans pouvoir bénéficier des prestations pour tout ou partie des risques.

9 - Délai de carence, délai de franchise (en cas d'arrêt de travail)

Période qui suit l'arrêt de travail et pendant laquelle l'assuré remplit les conditions fixées au contrat pour bénéficier des garanties sans être indemnisé.

9 a - carence absolue : seuls les droits acquis postérieurement au délai de carence prévu au contrat font l'objet d'une indemnisation.

9 b - carence relative : si au terme du délai de carence prévu au contrat, l'assuré remplit toujours les conditions d'indemnisation, la totalité des droits acquis depuis le début de l'arrêt de travail fait l'objet d'un règlement.

10 - Documents contractuels

Documents définissant les droits et les obligations des personnes assurées. Ils varient, dans la forme, en fonction de l'organisme de protection complémentaire, en général :

- pour une mutuelle : les statuts
- pour une institution de prévoyance : le règlement ou le contrat
- pour une société d'assurance : le contrat ou la police.

11 - Échéance de cotisation

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation.

12 - Exclusion de garanties

Situation, risque ou maladie pour lesquels les dépenses de soins ou les pertes de revenu ne sont pas couvertes par le contrat. Ils doivent être obligatoirement précisés dans les documents contractuels.

13 - Fonds social ou de solidarité

Fonds destiné à intervenir de manière exceptionnelle dans le cadre de difficultés financières déterminées selon des critères économiques et familiaux.

14 - Forfait hospitalier

Somme journalière restant à la charge de l'assuré et dont le montant est fixé par arrêté.

15 - Incapacité de travail

Handicap physique ou psychique résultant d'une maladie ou d'un accident et entraînant une interruption temporaire d'activité professionnelle.

16 - Indemnités journalières

Sommes versées en cas d'incapacité temporaire de travail (ITT).

Les indemnités journalières des régimes d'assurance maladie obligatoires sont égales à un pourcentage variable du salaire de référence dans la limite du plafond de la sécurité sociale. Les indemnités journalières des organismes complémentaires sont fixées par le document contractuel.

17 - Invalidité

Réduction plus ou moins importante de la capacité de travail d'une personne dont l'état de santé est " consolidé ". L'invalidité ouvre droit au versement de prestations dans des conditions précisées par les documents contractuels. Son appréciation peut être différente selon les organismes complémentaires et être différente de celle retenue par l'assurance maladie obligatoire (exemple : la perte d'un doigt peut conduire à un taux d'invalidité de 5 % ou à un taux d'invalidité de 100 %, par exemple dans le cas d'un pianiste).

18 - Maladie professionnelle

Affection contractée dans le cadre professionnel et figurant sur des tableaux réglementaires.

19 - Organismes de protection complémentaire

Sociétés d'assurances : sociétés régies par le code des assurances. Elles sont de deux types :

- Société anonyme dont les actionnaires ne sont pas les assurés ;
- Société d'assurance mutuelle : société à but non lucratif régie par le code des assurances dont les sociétaires, qui sont en même temps les assurés, participent aux décisions au travers de l'assemblée générale.

Institution de prévoyance : organisme assureur, régi par le code de la sécurité sociale, sans but lucratif, géré à parité entre les employeurs et les salariés, destiné à couvrir, dans le cadre de l'entreprise, les salariés et anciens salariés.

Mutuelles : sociétés à but non lucratif, régies par le code de la mutualité, dans lesquelles les adhérents arrêtent directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants élus, les statuts, le montant des cotisations ainsi que la nature et le montant des prestations qu'ils désirent recevoir.

20 - Pension (ou rente)

Indemnité versée périodiquement en cas d'invalidité permanente.

21 - Prestations

Les prestations en espèces ou indemnités journalières sont destinées à compenser la perte de salaire due à un arrêt de travail.

La prestation en nature est la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, et/ou la protection complémentaire, de tout ou partie des dépenses liées à la fourniture d'un produit ou d'un service médical.

22 - Protection complémentaire maladie

Protection, volontaire ou non résultant d'une adhésion ou d'un contrat à titre individuel ou collectif, pouvant couvrir l'individu ou sa famille. Elle permet la prise en charge de tout ou partie des frais liés à la santé en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

23 - Résiliation, démission, radiation

Fin du contrat à l'initiative de l'assuré ou de l'organisme de protection complémentaire dans les cas et conditions prévus par la loi ou le document contractuel, à une date précise et en respectant un délai de préavis.

24 - Tarif de responsabilité

- 241 - tarif de convention (pour des actes pratiqués par des professionnels conventionnés)

Tarif résultant des conventions entre les professionnels de santé et la sécurité sociale. Ce tarif sert de base aux remboursements de la sécurité sociale.

- 242 - tarif d'autorité (pour les actes pratiqués par la minorité de professionnels non conventionnés)

Tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec la sécurité sociale.

25 - Ticket modérateur

Fraction des dépenses laissée à la charge de l'assuré social et calculée sur la base d'un tarif de responsabilité. Le ticket modérateur peut être très inférieur à la dépense réellement laissée à la charge du patient.

Le ticket modérateur varie selon les catégories de prestations. Il peut être réduit ou supprimé dans certains cas notamment en cas de maternité, accidents du travail, actes chirurgicaux importants.

Exemple :

- Médecin généraliste conventionné respectant le tarif conventionnel : 115 F taux de remboursement du régime général : 70 %

Le montant à la charge de l'assuré social sera seulement le ticket modérateur c'est-à-dire 30 % de 115 F soit 34,50 F.

- Médecin généraliste conventionné à honoraires libres, consultation à 150 F taux de remboursement du régime général : 70 %.

Le montant à la charge de l'assuré social sera de 35 F (150 F - 115 F) + 34,50 F soit 69,50 F.

- Médecin généraliste non conventionné

Le taux de remboursement de 70 % ne s'applique que sur la base d'un tarif d'autorité d'un montant très faible, laissant la quasi-totalité de la dépense à la charge de l'assuré.

26 -Tiers payant ou dispense d'avance de frais

Paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques par les organismes d'assurance complémentaire au lieu et place de l'assuré.