

LISIBILITÉ DES GARANTIES ET RÉFORME DU 100% SANTÉ

La lisibilité est un des vieux serpents de mer de la protection sociale complémentaire. On en parle depuis longtemps, mais personne ne l'a jamais vraiment vue. [L'Unocam](#) (Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire) est sur sa trace depuis la signature, en octobre 2010, d'une déclaration commune engageant l'ensemble des acteurs à améliorer leurs pratiques en termes de lisibilité des garanties. En 2014, la loi Hamon voulait faciliter la comparaison entre les offres et éclairer le choix du consommateur, sans résultat spectaculaire sur la lisibilité des garanties, à ce jour.

100% santé : comprendre son tableau de garanties

Aujourd'hui, pour un particulier, déchiffrer un contrat, comprendre un tableau de garanties ou comparer plusieurs offres concurrentes restent des exercices ardues. Si les offres ne sont pas compréhensibles et comparables, l'assuré n'est pas en mesure de faire un choix éclairé. La lisibilité des garanties est donc d'abord une question de protection du consommateur. Cependant dans la réforme du 100% santé, elle revêt une importance supplémentaire puisque le manque de lisibilité risque d'entraver l'accès aux soins. Si l'assuré ne sait pas précisément ce qui lui sera remboursé au moment où il paie la dépense, comment peut-il avoir la certitude que le soin est pris en charge en intégralité ? La lisibilité des garanties est donc une condition sans laquelle la réforme risquerait d'être inopérante pour réduire le renoncement aux soins et, peut-être pire encore, invisible aux yeux des citoyens.

Les engagements de l'Unocam

Les professionnels ont accepté de relever le défi de la lisibilité. Le 14 février, L'Unocam et les principales fédérations d'organismes complémentaires d'assurance maladie (FNMF, FFA et CTIP) ont signé un engagement pour la lisibilité des garanties qui rassemble une série de mesures assez précises et proches des attentes des pouvoirs publics. Le document prévoit une harmonisation des libellés et des intitulés, et l'organisation des garanties en cinq catégories obligatoires - hospitalisation, dentaire, soins courants, optique et aides auditives - qui pourront être complétées par cinq autres postes au maximum pour ne pas noyer le regard.

Depuis plus de 30 ans Gerep créé avec les entreprises des solutions en termes de protection sociale, santé, prévoyance, retraite, épargne salariale, QVT et bien d'autres. Nous mettons à votre disposition des équipes dédiées pour proposer aux entreprises et à leurs salariés des solutions adaptées à leur besoins en accord avec nos valeurs d'expertise, de service et de technologie.

Contactez-nous au 01 45 22 52 53 ou à marketing@gerep.fr.

Un tableau avec une quinzaine d'exemples standard

Ce qui pourrait vraiment faciliter la compréhension des assurés, c'est l'obligation de fournir des exemples de prise en charge pour une quinzaine de cas standards, qui vont du forfait hospitalier à l'équipement optique de classe A (100% santé) de verres unifocaux, en passant par la couronne céramo-métallique sur molaire. Face à chaque soin seront indiqués, en euros : le tarif, la prise en charge de la Sécurité sociale, le remboursement de la complémentaire santé et le reste à la charge du patient. Les tarifs utilisés seront, selon les cas, les tarifs régulés (tarif réglementaire, conventionnel ou prix limite de vente) ou les prix moyens constatés au niveau national. Chaque assuré pourra donc retrouver ce même tableau sur les différentes offres, avec éventuellement quelques précisions supplémentaires intégrant d'autres exemples ou le cas particuliers des réseaux de soins.

Quelques zones d'ombre demeurent

Le tableau des exemples ne permettra cependant pas de rendre clair, comme par magie, ce qui ne l'est pas. Par exemple, l'assuré pourra constater la différence de prise en charge entre un chirurgien adhérent ou non à un DPTAM, sans nécessairement savoir de quoi il retourne. Les prix seront exprimés en euros dans le tableau, mais les assurés les plus curieux devront se référer à une toute nouvelle terminologie s'ils veulent en savoir plus (Prix limite de vente et Honoraires limites de facturation, classe 1 ou 2, classe A ou B). Le volet concernant l'harmonisation des libellés n'est pas encore précisé, et il n'est pas exclu de voir encore en 2020, des remboursements exprimés en pourcentage de la BRSS (Base de remboursement de la sécurité sociale) dans les tableaux de garanties. Ce qui a, pour les assurés, une capacité de compréhension proche du néant.

Finalement, la lumière jaillira peut-être des simulateurs que se sont engagés à développer les organismes complémentaires. Le Smartphone pourrait être l'outil qui rendra familières et lisibles les garanties via des applications, qui permettent de voir le détail des remboursements effectués par chacun des organismes et le reste à charge éventuel pour l'utilisateur.

Dans le but d'améliorer la lisibilité des garanties, Gerep développe actuellement un simulateur en ligne venant compléter son service 100 % digital.

Damien Vieillard-Baron

Depuis plus de 30 ans Gerep créé avec les entreprises des solutions en termes de protection sociale, santé, prévoyance, retraite, épargne salariale, QVT et bien d'autres. Nous mettons à votre disposition des équipes dédiées pour proposer aux entreprises et à leurs salariés des solutions adaptées à leur besoins en accord avec nos valeurs d'expertise, de service et de technologie.

Contactez-nous au 01 45 22 52 53 ou à marketing@gerep.fr.