

Centre de Recherche Sociologique (CESO)

Louvain, mars 2005

PROJET DE RECHERCHE AG/01/084

**PRESTATIONS SOCIALES COMPLEMENTAIRES
DANS LES DEUXIEME ET TROISIEME PILIERS**

SYNTHESE

prof. dr. J. Berghman & Els Meerbergen

Politique Sociale

CESO (Centre de Recherche Sociologique)

K.U.Leuven

Pour le compte de

Service Public de Programmation

Politique Scientifique Fédérale

Service Public Fédéral

Sécurité Sociale

Introduction

L'étude portant sur les assurances maladie complémentaires (deuxième et troisième piliers des soins de santé) a été initiée à la demande du Service public fédéral de programmation Politique scientifique et du Service public fédéral Sécurité sociale. Cette étude s'inscrit dans un programme de recherche plus large dont le but est de donner une vision consolidée de la population belge en fonction des catégories de sécurité sociale. A cet effet, un schéma de classification exhaustif, appelé 'matrice conceptuelle AGORA', a été élaboré. Cette étude s'intéresse exclusivement à l'assurance maladie complémentaire d'indemnisation.

Comme il avait été précisé à l'entame du projet de recherche, trois points font l'objet d'une attention particulière:

1. La collecte de *macro-chiffres* sur le nombre de participants, les revenus, les dépenses, les réserves, ... des différentes sortes de produits dans le but de mieux cerner l'importance du secteur et les évolutions dans le secteur aux cours des 10 dernières années;
2. La collecte de données (micro et macro) sur le profil socio-économique et démographique des participants à ces assurances, afin de mettre en lumière la *problématique des participants et des non-participants*.
3. L'établissement d'un *inventaire* des produits complémentaires proposés par les mutualités (et les unions nationales de mutualités) et les entreprises d'assurances.

Les piliers de l'assurance maladie en Belgique

Une assurance contre les frais médicaux est aujourd'hui bien plus large que l'assurance maladie obligatoire organisée par les pouvoirs publics. C'est pourquoi cette étude vise à mettre également en lumière, de manière systématique, l'assurance maladie complémentaire. Pour ce faire, un moyen pratique consiste à établir une analogie avec la division en piliers du secteur des pensions¹. Dans le cas de l'assurance maladie, toutefois, le contenu des différents piliers est quelque peu différent.

¹ Gieslink, G., Peeters, H., Van Gestel, V., Berghman, J. et Van Buggenhout, B. (2003). Onzichtbare pensioenen in België. Een onderzoek naar de aard, de omvang en de verdeling van de tweede en derde pensioenpijler. Gent: Academia Press.

Dans le premier pilier, on trouve les assurances organisées et (partiellement) financées par les pouvoirs publics ou par un organisme public. Ces produits sont obligatoires pour ceux qui relèvent du champ d'application de l'assurance. Les cotisations qui sont payées pour ces produits sont au minimum solidarisées et, dans un certain nombre de cas, liées aux revenus. Concrètement, nous classons dans le premier pilier de l'assurance maladie les produits suivants: l'assurance maladie obligatoire pour travailleurs salariés, personnel des services publics et indépendants, et 'De Vlaamse Zorgverzekering'.

Le deuxième pilier de l'assurance maladie englobe les produits qui ne relèvent pas du système légal mais sont (co)financés par une prime solidarisée qui peuvent donc éventuellement bénéficier d'une aide financière des pouvoirs publics. Compte tenu de la prime solidarisée, les produits d'assurance du deuxième pilier sont obligatoires, ou à tout le moins accessibles, pour tous les membres d'un groupe bien défini. Les produits suivants ont inclus: les services et activités complémentaires des mutualités et l'assurance maladie complémentaire liée au travail.

Le troisième pilier de l'assurance maladie comprend les produits qui sont organisés en dehors du système légal et peuvent être conclus sur une base individuelle. Le financement de ces produits ne se fait pas par le biais d'une prime solidarisée. L'assureur pratique la sélection des risques en décidant si telle ou telle personne peut y accéder et à quelles conditions. Compte tenu des conditions proposées, l'accès dépend d'une décision individuelle. Une aide publique n'est cependant pas exclue. Ce groupe comprend les assurances hospitalisation facultatives et leurs extensions de garanties, les assurances dépendance facultatives, l'assurance petits risques pour indépendants et l'assurance soins de santé de l'Office de sécurité sociale d'outre mer.

La question centrale qui se pose après cet aperçu est de savoir jusqu'où s'étend le territoire de la sécurité sociale. Selon Berghman, pour pouvoir être incluse dans la sécurité sociale, une assurance doit offrir une protection contre des 'dommages humains collectifs reconnus' et la protection sociale doit avoir un caractère redistributeur². Sur la base de ces deux conditions, sont repris dans la sécurité sociale les produits d'assurance qui ont les caractéristiques suivantes:

² Berghman, J.(1986). De onzichtbare sociale zekerheid. Deventer: Kluwer.

- produits organisés et soutenus par les pouvoirs publics, soit par le biais de subsides, soit par l'attribution d'avantages fiscaux;
- et/ou les produits qui sont accessibles à toutes les personnes appartenant à un groupe bien défini, et pour lesquels il est question d'une prime solidarisée (en d'autres termes, le niveau de la prime est indépendant du risque individuel du cotisant).

D'un point de vue juridique, le classement selon ces trois piliers n'est cependant pas évident. Les dispositions légales relatives aux différents produits contrecarrent en effet le système des piliers. Juridiquement parlant, la distinction se fait plutôt en fonction des institutions qui proposent les produits. Les assurances complémentaires des mutualités et de leurs unions nationales sont régies par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités. Les assurances maladie des entreprises d'assurances sont soumises à la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances et la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. En raison de cette dichotomie, il arrive que des produits identiques reposent sur une base légale différente. Dans le passé, plusieurs initiatives ont été prises au niveau législatif en vue de soumettre l'assurance maladie complémentaire à un cadre légal uniforme et surtout plus clair. L'Office de contrôle des assurances (OCA) a rédigé à cet effet un projet d'AR en 1993, et récemment encore, une proposition de loi a été déposée à la Chambre (proposition de loi Creyf)³. Ces deux tentatives sont restées sans suites. Une réglementation spécifique s'impose pourtant.

Evolution du deuxième et du troisième piliers des soins de santé

Pour pouvoir établir que le deuxième et le troisième piliers des soins de santé ont progressé, nous devons avant tout considérer l'importance et l'évolution du premier pilier. En ce qui concerne les dépenses du *premier pilier*, nous constatons que les prestations ont augmenté d'un tiers, tant dans le système général que dans le système des indépendants. Ces chiffres sont importants pour établir que le deuxième et le troisième piliers des prestations ont gagné en importance par rapport au système légal pour indépendants et au système général.

³ Chambre belge des représentants. Proposition de loi du 3 mars 2003 relative à l'assurance complémentaire soins de santé, déposée par Mme Simonne Creyf, DOC 50 2339/001 (proposition de loi Creyf).

Pour le deuxième et le troisième piliers, voyons tout d'abord le *nombre de participants* aux assurances. Pour le deuxième pilier, nous constatons que les prestations complémentaires sont obligatoires pour pratiquement tous les affiliés des mutualités. 9.403.703 personnes adhèrent aux prestations complémentaires. Dans les assurances liées au travail, le nombre de participants a augmenté de 43% ces 10 dernières années. Cela signifie qu'un nombre croissant d'entreprises offre à leurs travailleurs des avantages extralégaux sous la forme d'une assurance hospitalisation complémentaire. Dans le troisième pilier, nous remarquons également une forte croissance du nombre d'assurés avec assurance hospitalisation facultative, aussi bien dans les mutualités que dans les entreprises d'assurances. Les assurances hospitalisation facultatives proposées par les entreprises d'assurances atteignent le chiffre de 1 million d'affiliés, tandis que les mutualités comptent plus de 2 millions d'affiliés pour le troisième pilier.

Les dépenses pour le deuxième et le troisième piliers ne sont guère révélatrices en soi, si bien que nous allons les envisager par rapport au PIB; on parle dans ce cas d'*importance absolue*. Comme le montre le tableau 1, tant les prestations des services complémentaires que les prestations des assurances liées au travail ont augmenté. Pour le troisième pilier également, nous pouvons conclure à une forte hausse des prestations, à la fois pour les mutualités et les entreprises d'assurances. On remarque qu'en termes de pourcentage du PIB, les prestations pour le troisième pilier sont moins élevées que pour le deuxième. Comparativement aux pensions complémentaires (1,4% du PIB en 2001), ces pourcentages restent cependant fort réduits.

L'augmentation absolue des assurances liées au travail ne dit rien, toutefois, de la hausse à l'intérieur de l'assurance maladie. Pour cela, nous devons établir une comparaison avec le premier pilier des soins de santé. L'*importance relative* est exprimée en tant que pourcentage des prestations de l'assurance maladie légale. Les assurances liées au travail sont comparées uniquement au système général pour travailleurs salariés, dans la mesure où les indépendants (qui ne travaillent pas dans le cadre d'un emploi salarié) ne peuvent avoir recours à une assurance maladie collective. Les prestations du troisième pilier et les prestations des services complémentaires sont comparées au système général et au système pour indépendants. Pour presque toutes les prestations des entreprises d'assurances, l'importance relative a doublé entre 1993 et 2001. Pour le troisième pilier, les assurances des mutualités ont progressé moins fortement que celles des entreprises d'assurances. Les prestations des services complémentaires sont augmentées avec 50%.

Tableau 1: Aperçu de l'importance absolue et relative des prestations du deuxième et du troisième piliers

| | | | 1993 | 2001 | % |
|------------|------------------|-----------------------------|--------|--------|--------|
| Absolue* | Deuxième pilier | Prestations complémentaires | 0.091 | 0.101 | +11% |
| | | Assurances liées au travail | 0.038 | 0.082 | +116% |
| | Troisième pilier | Hospitalisation mutualités | 0.026 | 0.042 | +61.5% |
| | | Hospitalisation privé | 0.015 | 0.035 | +133% |
| Relative** | Deuxième pilier | Prestations complémentaires | 0.0183 | 0.0186 | +1.6% |
| | | Assurances liées au travail | 0.816 | 1.626 | +100% |
| | Troisième pilier | Hospitalisation mutualités | 0.51 | 0.77 | +50% |
| | | Hospitalisation privé | 0.30 | 0.66 | +116% |

* importance absolue en pourcentage du PIB

** importance relative en pourcentage des prestations du système légal

Source: INAMI, OCM et CBFA

Une analyse des (non-)participants aux assurances maladie complémentaires

L'examen du profil des participants aux assurances maladie complémentaires est l'un des principaux objectifs de cette étude. Ceci nécessite des analyses au niveau micro. Il n'est cependant pas évident de trouver des bases de données valables. Une série de bases de données nous aident à dresser un tableau des (non-)participants aux produits individuels et aux produits liés au travail: l'Enquête sur la santé (initiative de l'Institut scientifique de Santé publique), l'Enquête sur les salaires (collaboration entre la Katholieke Universiteit Leuven et Vacature) et le Panel de démographie familiale (un projet du Ministère fédéral en charge de la Politique scientifique). Sur la base de ces enquêtes, nous nous posons les questions suivantes: Comment les produits complémentaires se répartissent-ils par âge et par sexe? Le secteur dans lequel on travaille ou la taille de l'entreprise dans laquelle on travaille jouent-ils un rôle? Dans quelle mesure le revenu ou le niveau de formation conduisent-ils à une participation différente aux assurances maladie complémentaires?

Selon les possibilités de l'étude en termes de temps et de budget, nous avons aussi lancé une *enquête en entreprise* par courriel afin de déterminer le contenu et les conditions des assurances hospitalisation liées au travail. Avant toute chose, nous tenons à souligner que l'enquête en entreprise est de nature exploratoire. Les réponses au sondage par courriel sont insuffisantes pour pouvoir émettre des jugements représentatifs de l'ensemble du monde de l'entreprise. Il n'est donc pas dans notre intention de confirmer ou non les 9 hypothèses qui suivent sur la base de

l'enquête en entreprise. Avec cet instrument, nous cherchons principalement à cerner le contenu des assurances hospitalisation liées au travail et les conditions d'affiliation qui sont appliquées.

Il ressort des premières analyses que certaines catégories de personnes participent plus que d'autres aux assurances hospitalisation. Une analyse multivariable telle que la régression logistique peut être un moyen de dépister les liens factices éventuels dans les analyses. Etant donné qu'il est impossible de reprendre toutes les variables dans les analyses, nous commençons par établir une série d'hypothèses que nous étayons ensuite à l'aide du modèle de chaque base de données. Sur la base d'une régression logistique, il y a 9 hypothèses (cfr. infra) qui sont vérifiées à travers les différentes enquêtes. Les différentes hypothèses ont été regroupées dans le tableau ci-dessous afin de déterminer si l'on peut parvenir à une conclusion uniforme quant à la définition du profil des participants.

Tableau 2: Aperçu de la vérification des hypothèses

| | Santé | Salaire | PSBH |
|--|-------|---------|------|
| 1. Il y a une différence significative entre hommes et femmes au niveau de la participation à une assurance hospitalisation facultative. | - | +*** | n.v. |
| 2. Certains groupes d'âge participent plus souvent que d'autres à une assurance hospitalisation complémentaire. | +*** | +* | n.v. |
| 3. Plus le niveau de qualification est élevé, plus les gens participent à une assurance hospitalisation complémentaire. | +*** | +* | n.v. |
| 4. Les personnes au revenu élevé ont plus de chances d'accéder à une assurance hospitalisation que les faibles revenus. | +*** | +** | n.v. |
| 5. Les couples ont plus souvent une assurance hospitalisation facultative que les isolés. | +*** | n.v. | n.v. |
| 6. En Flandre, les gens ont plus de chances de participer à une assurance hospitalisation qu'à Bruxelles ou en Wallonie. | +*** | n.v. | n.v. |
| 7. Les personnes qui ont un contrat à durée indéterminée reçoivent plus souvent une assurance hospitalisation comme avantage extralégal que les travailleurs sous contrat à durée déterminée ou contrat d'intérimaire. | n.v. | +** | n.v. |
| 8. Les travailleurs occupés dans une grande entreprise se voient plus souvent proposer une assurance hospitalisation que ceux qui travaillent dans une petite entreprise. | n.v. | +** | +* |
| 9. La probabilité de bénéficier d'une assurance hospitalisation complémentaire est plus grande dans certains secteurs que dans d'autres. | n.v. | +* | +*** |

n.v.: non vérifiable

+: H_0 accepté

-: H_0 refusé

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

Pour la première hypothèse, on ne trouve une confirmation que dans l'Enquête sur les salaires. Hommes et femmes ne participent pas dans la même proportion à une assurance hospitalisation complémentaire. En ce qui concerne l'âge, tant l'Enquête sur la santé que l'Enquête sur les salaires révèlent des différences significatives entre les différents groupes d'âge. Nous acceptons donc la deuxième hypothèse.

Nous pouvons également conclure que les personnes plus qualifiées ont plus souvent une assurance hospitalisation complémentaire que les moins qualifiés. Il en va de même pour la quatrième hypothèse. Les personnes qui ont des revenus plus élevés bénéficient plus souvent de prestations complémentaires sous forme d'assurance hospitalisation que les personnes à revenus plus faibles. Ces constatations sont en outre corroborées par les résultats de l'enquête menée dans les entreprises. Celle-ci montre que dans les entreprises, les cadres et les employés se voient plus souvent proposer une assurance hospitalisation liée au travail que les ouvriers.

Les hypothèses 5 et 6 sont confirmées par l'Enquête sur la santé. Les couples ont plus souvent une assurance hospitalisation complémentaire que les isolés, et les Flamands sont plus souvent couverts par une telle assurance que les Wallons ou les Bruxellois. Nous avons vérifié l'hypothèse 7 à l'aide de l'Enquête sur les salaires, et nous l'avons acceptée. Pour cette hypothèse, nous avons également trouvé une confirmation indicative dans l'enquête menée dans les entreprises. Les entreprises semblent bel et bien tenir compte du type de contrat du travailleur.

Lorsque l'on considère les caractéristiques propres aux entreprises, il apparaît que les travailleurs ont plus souvent une assurance hospitalisation liée au travail dans les grandes entreprises que dans les petites. Il semble aussi y avoir des différences significatives entre différents secteurs. Le secteur non-marchand, en particulier, propose moins souvent une assurance hospitalisation.

Inventaire des assurances sociales complémentaires en Belgique

Notre but, en dressant l'inventaire des assurances maladie complémentaires, n'est pas seulement de donner un aperçu des différents acteurs et des produits qui sont proposés, mais aussi du contenu de ces produits. Sans trop aller dans les détails, nous voulons savoir quels services sont proposés avec un produit d'assurance bien déterminé. Nous cherchons à savoir, par exemple, quelles assurances complémentaires des mutualités prévoient une indemnité pour le transport des malades, ou quelles assurances hospitalisation facultatives prévoient également une intervention pour les soins préalables et postérieurs.

Dans la base de données, les données quantitatives sont mises en relation avec l'inventaire afin d'obtenir une image précise de la répartition des différents produits et services parmi la population. La connaissance du contenu des différents produits et du nombre de participants à ces produits permet de créer une matrice pouvant fournir des informations sur la répartition des différents services parmi la population.

Dans l'optique de l'élargissement de la matrice de produits AGORA au secteur des soins de santé, une typologie de classification a été conçue pour les produits complémentaires. Chaque produit est évalué à partir d'une série de variables de la matrice de sécurité sociale, et plus particulièrement celles de la matrice de produits.⁴ Les variables de la matrice de produits sont réparties en 3 modules: un module de base, un module de dépenses et un module de financement. Le module de base met à jour une série de caractéristiques générales des produits de sécurité sociale étudiés: le niveau de politique, le niveau de gestion, le champ d'application personnel, ... Le module de dépenses contient une série de variables qui indiquent le mode de transmission, le mode de calcul, la périodicité, le caractère, la fonction de sécurité sociale, ... Le module de financement, pour terminer, contient des variables qui décrivent les formes de financement possibles. En nous laissant guider par le concept et la conception de la matrice de sécurité sociale, il devient possible de présenter un aperçu clair et cohérent des produits. En outre, nous pouvons également, de cette manière, ajouter des informations à la matrice de sécurité sociale et les valider pour les assurances maladie complémentaires.

⁴ La matrice de sécurité sociale prévoit une liaison entre les données individuelles et les données relatives aux prestations de sécurité sociale. C'est pourquoi la matrice de sécurité sociale se compose de trois parties. Dans la *matrice de produits*, les mesures de sécurité sociale sont placées en regard d'une série de variables qui permettent de caractériser les régimes étudiés, ainsi que de mettre à jour les données relatives aux dépenses et au financement de ces régimes. Dans la *matrice individuelle*, l'individu est évalué sur une série de variables qui portent à la fois sur l'individu lui-même et sur sa situation familiale. Enfin, la *matrice de liaison* relie l'individu aux mesures de sécurité sociale auxquelles il a droit ou pour lesquelles il cotise (Berghman e.a., 2004; Berghman & Nijs, 2005).

Les variables pour la typologie sont établies à partir de la littérature consultée, des conditions générales d'une série de produits exemplatifs et d'une typologie existante de produits facultatifs⁵. Les bases de données sont ensuite constituées au format EXCEL pour (1) les produits complémentaires des mutualités, (2) l'assurance hospitalisation liée au travail, (3) l'assurance hospitalisation individuelle et (4) les assurances dépendance. En accord avec d'autres chercheurs de notre département, les bases de données ont été rendues compatibles avec la matrice AGORA.

Pour pouvoir compléter la base de données pour les produits complémentaires des mutualités, les produits proposés par les mutualités sont regroupés et sont ensuite confrontés à un relevé des statuts. Pour compléter la base de données avec les assurances hospitalisation liées au travail et les assurances hospitalisation facultatives, les conditions générales et le nombre d'assurés pour les différents produits des entreprises d'assurances ont été demandés.

Conclusion

Cette étude nous a permis de donner un aperçu adéquat du deuxième et du troisième piliers des soins de santé. Nous avons montré que tant les assurances hospitalisation liées au travail que les assurances hospitalisation facultatives avaient fortement progressé ces dernières années. Il y a eu une augmentation significative du nombre d'affiliés, avec pour corollaire une forte hausse des prestations fournies, tant par les mutualités que par les entreprises d'assurances. D'autre part, il apparaît que le deuxième et le troisième piliers ont progressé plus nettement que le premier, ce qui souligne une fois de plus l'importance des assurances complémentaires.

En ce qui concerne le profil socio-économique et démographique, nous constatons que certaines personnes ont plus de chances que d'autres de participer à une assurance complémentaire. Si l'on observe les caractéristiques individuelles, ce sont surtout les personnes qui ont un niveau de formation ou de revenus plus élevés qui disposent d'une assurance hospitalisation. Quant aux caractéristiques des entreprises, les personnes travaillant dans de grandes entreprises ou dans certains secteurs ont plus de chances que d'autres d'avoir une assurance hospitalisation complémentaire.

⁵ Mise au point par la *Federatie voor Verzekerings- en Financiële tussenpersonen*

Pour répondre au dernier objectif de l'étude, nous avons constitué une base de données reprenant tous les produits proposés pour le deuxième et le troisième piliers des soins de santé. Les produits de remplacement de revenus ne sont pas pris en compte dans l'étude. Les quatre bases de données offrent un aperçu de la couverture de chaque produit ainsi que, dans la mesure du possible, du nombre d'affiliés par produit. Pour chaque base de données, un formulaire type a également été élaboré afin de permettre la mise à jour des bases de données par les instances compétentes. Un guide méthodologique fournit des explications quant à l'interprétation des données reprises.