

L'ASSURANCE DEPENDANCE EN ISRAEL

Quelles leçons pour la France ?

**Séminaire Innovation
CHEA**

Séverine Sollier,
Arnaud Cohen,
Pierre-Alain de Malleray,
Vincent Foucart

Frank Pinette, Manuel Plisson

Pourquoi s'intéresser à l'assurance dépendance en Israël ?

↳ Un taux de pénétration impressionnant

- Environ 4,5 millions de personnes sont assurées en Israël sur une population de 7,5 millions (61%)
- Par comparaison, 8% de la population française est couverte, ce qui est considéré comme une bonne pénétration
- En Israël, pas d'obligation d'assurance, pas d'incitation fiscale

↳ Plusieurs pays étrangers ont été étudiés lors du débat national sur la dépendance

- les Etats-Unis : premier marché en termes de primes, mais faible pénétration (2%)
- l'Allemagne : peu de place pour le marché de l'assurance dépendance
- Singapour : exemple intéressant d'assurance dépendance obligatoire
- Peu d'études à ce jour sur Israël...

Agenda

↳ Démographie et système de santé

↳ L'offre de dépendance en Israel

↳ Les facteurs clés de succès

↳ Quelles leçons pour le marché français ?

Démographie et système de santé

↳ Une population de 7,5 millions en 2009 répartie à quasi-égalité entre

- Hommes : 3,73 millions
- Femmes : 3,81 millions

↳ Une population urbaine et en croissance

- 91,7% des Israéliens vivent en ville
- Croissance annuelle de la population : 1,8% en 2009 et 1,9% en 2010, soit environ 140 000 personnes. Taux de croissance stable depuis dix ans
 - 16 000 nouveaux immigrants en 2010 contre 14 000 en 2009
 - 165 000 nouveaux nés, 40 000 décès soit un solde naturel de 125 000 personnes
 - 4 000 enfants d'Israéliens vivant à l'étranger sont venus s'installer en Israël mais 11 000 Israéliens ont quitté le pays depuis plus d'un an.

↳ Une population jeune avec une forte proportion d'actifs

- **Une population jeune**

- 28 % de moins de 15 ans soit 2,1 millions de personnes
- Taux de natalité : 2,96 enfant par femme

- **Une population active nombreuse**

- 3 millions de personnes, soit 40% de la population totale

- **Un nombre de retraités encore limité**

- 9,8% de la population a plus de 65 ans
- 1 retraité pour 6 actifs
- 742 727 personnes touchent une pension de retraite

Démographie et système de santé

Evolution du nombre de personnes âgées depuis 1955

- **La population a vieilli à un rythme plus rapide**

- L'évolution du vieillissement a suivi celle de l'immigration
- entre 1955 et 2002 : nombre des plus de 65 ans multiplié par 7,7 alors que la population totale a été multipliée par 3,7
- Croissance plus rapide du nombre de plus de 75 ans : multiplié par 11,5 pendant la même période

- **Les trois explications du vieillissement de la population.**

- La baisse de la **fécondité** : près de 4 enfants par femme en 1955, 2,9 actuellement
- Le recul de la **mortalité** : l'espérance de vie atteint 79,7 ans pour les hommes et 83,5 ans pour les femmes. L'espérance de vie à 60 ans est de 22 ans pour les hommes et de 25 ans pour les femmes
- **L'immigration** : de la création d'Israël en 1948 au début des années 2000, en moyenne 8% des immigrants étaient âgés d'au moins 65 ans au moment de leur arrivée ; 18% étaient âgés de 45 à 64 ans

Démographie et système de santé

Projections démographiques en 2050

Population aged 60 years or over									
Country or area	Percentage of total population		Share of persons 80 years or over		Life expectancy at age 60, 2005-2010		Old-age support ratio		
	2009	2050	2009	2050	Men	Women	2009	2050	
World	11	22	14	20	18	21	9	4	
More developed regions	21	33	20	29	20	24	4	2	
France	23	33	24	35	22	27	4	2	
Germany	26	40	19	36	20	25	3	2	
Israel	14	24	19	25	22	25	6	3	

Source: ONU, 2009

Démographie et système de santé

◆ L'influence du pays d'origine

- ◆ Sur 998 000 immigrants venus de l'Union Soviétique entre 1989 et 2002, 155 000 avaient 65 ans et plus
- ◆ Seulement 11% de plus de 65 ans sont nés en Israël
- ◆ Le pays de naissance, et les traditions culturelles qui y sont attachées, peuvent avoir une influence sur la prise en charge par la famille d'une personne âgée et sur le mode d'utilisation des services de soins

Des études montrent que les immigrants d'Asie ou d'Afrique du Nord sont arrivés en Israël accompagnés d'un réseau familial dense et donc sont plus susceptibles de recevoir une aide pratique ou financière de leurs enfants.

A l'inverse la majorité des immigrants, aujourd'hui très âgés, venus d'Europe de l'Est ont perdu des membres de leurs familles pendant la deuxième guerre mondiale et donc ont tendance à être plus isolés.

Démographie et système de santé

↳ **L'assurance maladie comporte trois niveaux.**

- **L'assurance maladie de base** : le socle public (le panier santé ou « sal briout ») est prévu par la loi sur la Santé de 1995. Tout israélien doit s'inscrire auprès de l'une des 4 caisses d'assurance maladie (« Koupot Holim ») du pays pour en bénéficier.
- **L'assurance santé complémentaire** (« bitouah mashlim »): elle est aussi fournie par les caisses d'assurance maladie. Elle est ouverte à tous les membres des caisses moyennant une cotisation mensuelle dont le montant augmente avec l'âge de l'assuré. Il peut y avoir une période d'attente de 3 mois à 2 ans.
- **L'assurance santé complémentaire privée** ou surcomplémentaire (« bitouah refou'i »). Elle est proposée par des compagnies d'assurance privées. Elle couvre en général les actes de chirurgie avec la possibilité de se faire opérer à l'étranger si l'on souscrit l'option internationale. Les autres options concernent les greffes, les médicaments non couverts par la Sécurité Sociale, les médecines « douces » , etc.

Démographie et système de santé

↳ Les 4 caisses d'assurance maladie (Koupot Holim)

- Organismes à but non lucratifs financés par l'Etat. Depuis la loi de 1995, chaque israélien doit choisir une caisse et s'y inscrire. Il peut changer de caisses à deux moments dans l'année au début de chaque semestre.
- La « **Clalit** » est la caisse la plus ancienne (créée en 1911). Elle gère environ 1200 dispensaires et 14 hôpitaux. 55% des israéliens y sont affiliés.
- La « **Leumit** » (nationale) a été fondée en 1933 par des médecins sionistes fidèles à l'idéal nationaliste de Jabotinsky, évincés de la Clalit en raison de leurs idées politiques. Son nom complet est « caisse maladie pour les travailleurs nationaux ». Elle gère plus de 320 dispensaires dans le pays et couvre environ 10% de la population.
- La « **Meuchedet** » (unifiée) créée en 1974. Elle est issue de la fusion de deux caisses plus anciennes la « Populaire » et la « Centrale ». Elle assure environ 10% de la population et ne gère pas d'hôpitaux
- La « **Maccabi** » a été créée dans les années 1940 par des médecins allemands qui souhaitaient un service de soin indépendant des partis politiques. Elle est surtout développée dans les grandes villes. C'est la deuxième du pays en taille. Elle compte 1,7 million de membres, soit près de 25% de la population.

Agenda

↳ Démographie et système de santé

↳ L'offre de dépendance en Israël

↳ Les facteurs clés de succès

↳ Quelles leçons pour le marché français ?

Les acteurs de la dépendance en Israël

	Couverture sociale	Assurances collectives	Assurances individuelles
Acteurs	National Insurance institute	Health fund	Assureurs
Financement / tarification	Taxe sur les salaires / gouvernement	Long terme *	Court terme
		Long terme	
		10 à 150 S par mois fonction de l'age et des garanties	
Résiliable par l'assureur	s.o.	Tous les 5 ans	non
Type de prestations	- Heures de service à domicile - Participations aux dépenses en établissement	Pouvant atteindre 10 000 S/ mois	

* nouveau

L'origine de la couverture sociale dépendance en Israël

↳ L'inquiétude liée au vieillissement de la population malgré une population au départ relativement jeune :

- 1948 : 3% de plus de 65 ans
- 2011 : >10 %
- 2030 (e) : >14% (source ocde)

↳ Le souhait politique de développer les services à la personne à domicile

↳ Loi cadre de la Knesset en 1988 après une première tentative en 1980.

↳ La croissance du marché de l'assurance dépendance complémentaire est maintenant régulièrement de 20%/an du fait d'un effet volume *et d'un effet prix*.

La couverture sociale dépendance

↳ **L'aide à domicile** (long terme care)

- Prestations en nature plutôt qu'en espèces sous conditions de ressources
Complète jusqu'à 8 307 shekels par mois (1 600 euros) pour une personne et réduit de moitié pour un revenu entre 8 307 et 12 461 shekels (2 500 euros)
- Destinées aux personnes ayant besoin d'aide dans la vie quotidienne (habillage, hygiène, déplacement dans le logement) après examen par un professionnel
- La prestation peut être accordée pour une période limitée dans le temps (invalidité temporaire)
- Trois niveaux de prestations selon le niveau de dépendance
 - De 9,75 heures par semaine (soit 2 heures sur 5 jours environ)
 - Jusqu'à 18 heures par semaine (soit 3 heures sur 6 jours environ)

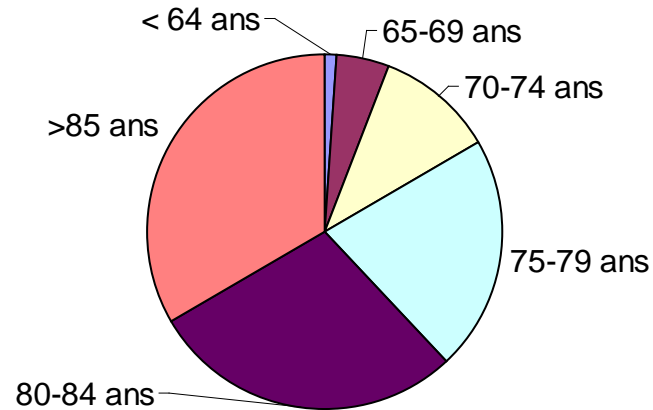
La couverture sociale dépendance

↳ La dépendance en établissement

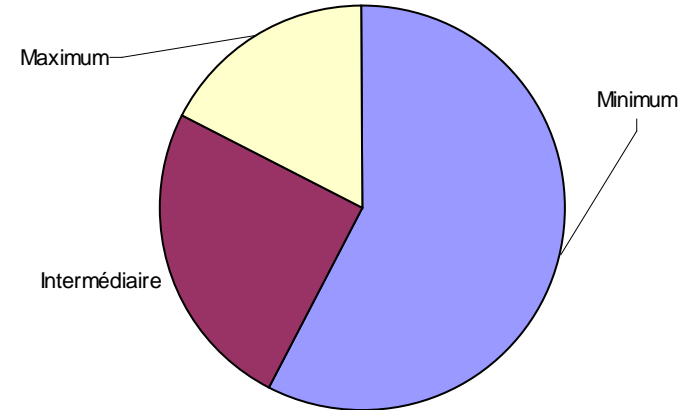
- Prestations pour les retraités gérées par le ministère de la santé
- Prestations sous forme de participation aux frais avec un montant maximum qui dépend des ressources de la personne dépendante
- Pour les personnes en activité, prestations gérées par le ministère du Travail

La couverture sociale dépendance

Répartition des bénéficiaires de dépendance en Israël (2009)



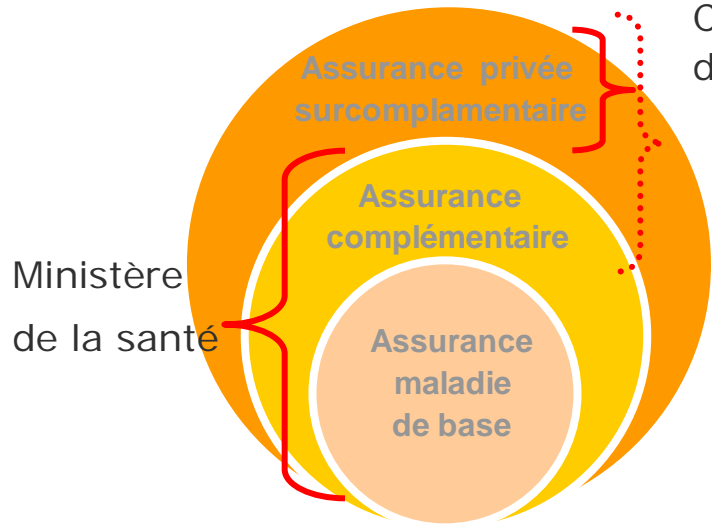
Répartition des bénéficiaires par niveau de prestation (2009)



↳ Couverture Sociale

- Pour les résidents – 135 000 bénéficiaires en 2009
- Sous condition de ressources (99% couverts)
- Par des services d'aide à la personne et exceptionnellement par des aides financières pour les personnes en institution

La formation de la complémentaire et surcomplémentaire



Commissaire
des assurances

↳ Assurance maladie de base :

- 4 Medical funds en concurrence entre eux qui proposent la couverture sociale obligatoire de base pour les résidents

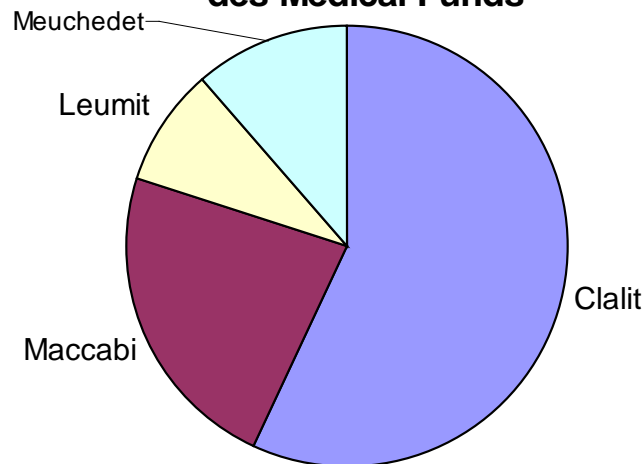
↳ Assurance complémentaire :

- Mêmes acteurs qui ont développé notamment le marché de la dépendance par de la vente liée notamment pour de la dépendance
- Vente liée interdite depuis 2008
- Uniquement contrats collectifs

↳ Assurance surcomplémentaire

- Compagnies d'assurance – marché très concentré
- Contrats individuels ou collectifs

**Parts de marché
des Medical Funds**



L'assurance dépendance

↳ Couvertures privées

- ◆ Assurances individuelles

- ◆ Contrat viager sauf si l'assuré décide de partir notamment du fait de l'augmentation du tarif
- ◆ Couverture sur la base des AVQ
- ◆ Durée de prestation temporaire (cas général)

- ◆ Assurances collectives

- ◆ Tarification à la prime de risque
- ◆ Révision de tarif tous les 5 ans possible
- ◆ Indemnité fonction notamment de l'âge à l'entrée dans le plan
- ◆ Les 4 medical funds qui offrent la couverture santé obligatoire proposent des assurances collectives

Réglementation du marché privé par l'état

↳ Circulaire du 30 Avril 2002 pour les contrats individuels

- ◆ Commercialisation :
 - ◆ Interdiction des ventes liées (notamment à la complémentaire santé)

- ◆ Tarification :
 - ◆ Tarification nivelée à partir de 65 ans, tranches d'âge de tarification d'au maximum 5 ans
 - ◆ Indexation des primes et garanties sur le coût de la vie

- ◆ Garanties :
 - ◆ Période de couverture : viagère
 - ◆ Seuil de déclenchement minimum
 - ◆ 50% de la prestation pour 3/6 AVQ
 - ◆ 100% pour maladie cognitive

- ◆ Information
 - ◆ Connaissance dès la souscription des valeurs de réduction

- ◆ Pour les polices groupes, la garantie doit être maintenue sur base individuelle en cas de départ du groupe.

Réglementation par l'état du marché privé

↳ Circulaire de 2003 définissant l'état de dépendance:

- Basé sur les actes de la vie quotidienne et les maladies cognitives
- Prestation
 - D'au moins 50% pour 3/6 AVQ
 - D'au moins 100% pour maladies cognitives

↳ Circulaire de 2004 pour l'assurance de groupe

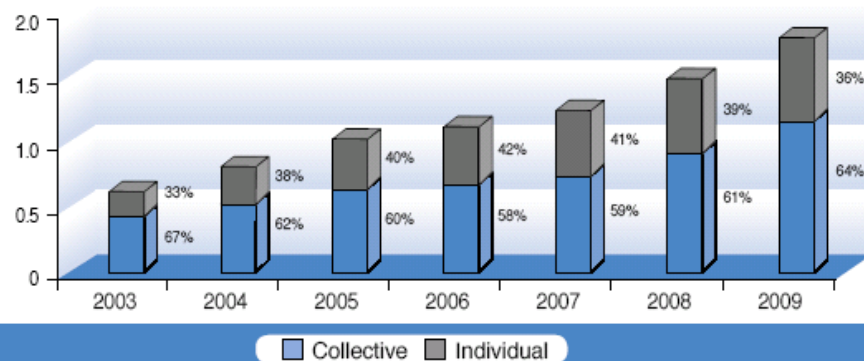
- Principe de continuité vers un contrat individuel sans sélection médicale en cas de perte d'assurance groupe
 - Avec pendant au moins 3 ans, tarification et garanties similaires.

↳ Nouvelles évolutions réglementaires à venir :

- Une consultation publique a été lancée au premier semestre 2011

Quel résultat ?

Figure C-24 ▶ Total of the gross premiums in the subsector of long term care insurance in the years 2003-2009, divided into individual and group



Evolution des primes (en MS) LTCI 2003-2009

	2003	2009	Croissance annualisée
Individuelle	180	583	22%
Collective	361	1 025	19%
Total	541	1 608	20%

↳ Pour une population de 7 Millions d'Israéliens :

- 4 Millions sont couverts par des Health fund
- 500 000 par d'autres assurances de groupes
- 500 000 par de l'assurance individuelle

↳ Les défis :

- Vieillesse de la population
- Besoin d'augmenter la tarification moyenne pour éviter que la prime ne soit insupportable :
 - Pour l'individuelle à 65 ans
 - Pour l'assurance de groupe au fur et à mesure de la déformation de la population assurée

Agenda


↳ Démographie et système de santé

↳ L'offre de dépendance en Israel


↳ Les facteurs clés de succès

↳ Quelles leçons pour le marché français ?


Une couverture bien définie et une offre harmonisée

- ↳ Un rattachement à la couverture complémentaire santé clairement identifié
 - ↳ Une articulation claire entre l'aide publique et les offres privées
 - ↳ Une couverture limitée dans le temps (5 ans) favorisant une tarification raisonnable
 - ↳ Une couverture large des risques de perte d'autonomie (du fait de la vieillesse ou de tout autre maladie grave)
 - ↳ Une portabilité assurée en cas de sortie d'un schéma d'assurance collective
 - ↳ Une sélection de risques encadrés
 - ↳ Une tarification nivelée et progressive
- 
- ↳ Une mutualisation large des besoins sur la base d'une prestation à durée limitée a favorisé l'assurabilité de la dépendance

Un marketing adapté et particulièrement efficace

- ↳ Une offre packagée simple et efficace (vente liée durant plus de 10 ans)
 - ↳ Une bonne coordination entre offre collective et individuelle
 - ↳ Une tarification raisonnable
 - ↳ Un lancement de la couverture en répartition compte tenu de la duration des risques
- 
- ↳ Une forte mutualisation entre les générations grâce à une pénétration rapide a renforcé la compétitivité et l'attractivité de l'offre

Un environnement favorable

- ↳ Un régulateur qui cherche à favoriser le développement de ce marché (harmonisation des faits générateurs, encadrement tarifaire) tout en le contrôlant strictement
 - ↳ Un marché concentré en terme d'acteurs (4 medical funds) qui a favorisé l'harmonisation de l'offre tout en maintenant une pression concurrentielle
 - ↳ Une démographie favorable bien exploitée
 - ↳ Une solidarité nationale proportionnée laissant sa place à une assurance privée responsable
- 
- ↳ La dépendance israélienne est un exemple singulier de réussite rapide de mise en place d'une couverture large de la dépendance sans offre obligatoire, ni incitation fiscale

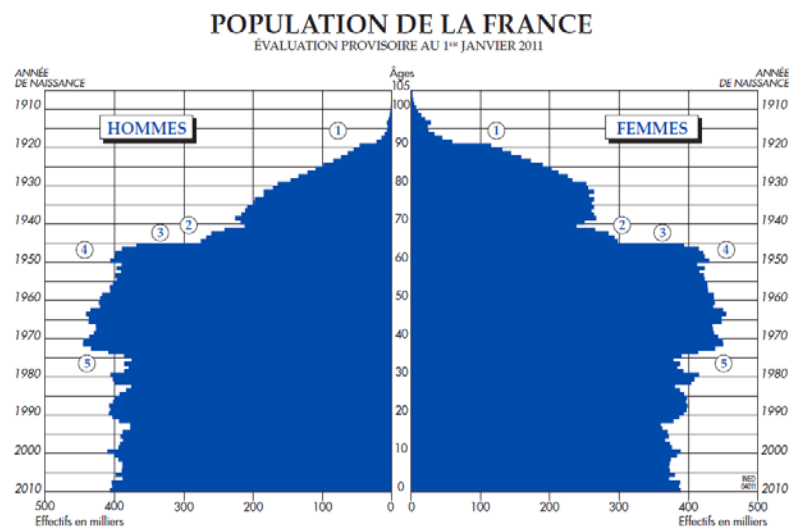
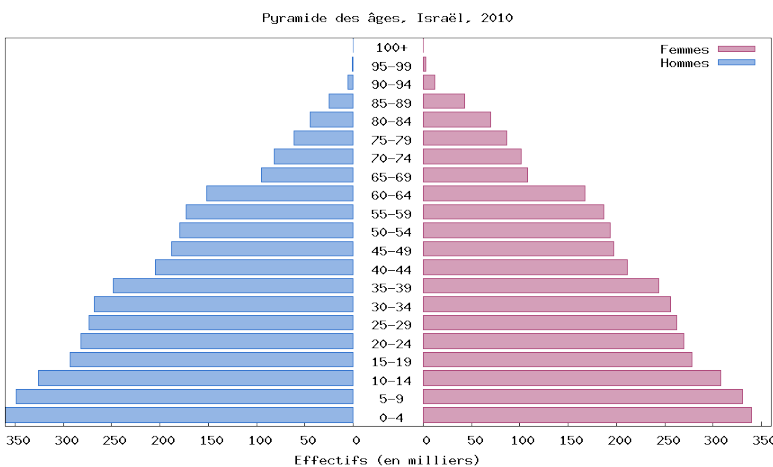
Agenda

- ↳ Démographie et marché de la santé
- ↳ L'offre de dépendance en Israel
- ↳ Les facteurs clés de succès
- ↳ Quelles leçons pour le marché français ?

Un modèle difficilement transposable tel quel

↳ Des différences démographiques

- Une population moins nombreuse : 7,5 millions en Israël, 65 millions en France
- Une population plus jeune : 29,6 ans d'âge médian en Israël, 39,7 ans en France



↳ Une assurance maladie reposant sur deux organisations différentes

- 4 caisses d'assurance maladie en concurrence d'une part, un régime obligatoire de sécurité sociale complété par 600 assureurs complémentaires, d'autre part

↳ Même si les prestations en matière de dépendance sont comparables

- 10-18 heures par semaine à domicile, tant pour l'APA que pour le National Insurance Institute, barèmes ressources comparables

Leçon n°1 : une mutualisation large via l'assurance santé

- ↳ La forte pénétration s'explique essentiellement par l'inclusion dans l'assurance complémentaire santé
 - Au moins 80% des assurés le sont via leur complémentaire santé distribuée par leur Health Fund
- ↳ Une diffusion via les complémentaires santé pourrait également être praticable en France
 - Les assurances complémentaires santé couvrent 94% de la population en France, contre 80% en Israël
 - L'inclusion en santé (comme en Israël avant 2003) est pratiquée par quelques grandes mutuelles en France, essentiellement dans la fonction publique : la Mutuelle Générale en 2002, la Mutuelle nationale des hospitaliers en 2007, la MGEN en 2010
- ↳ Comme en Israël, il est souhaitable de distinguer
 - La commercialisation, qui peut être faite par des acteurs de santé pure
 - L'assurance, qui doit être portée par des acteurs spécialisés dans les risques longs (en partage de risque avec des réassureurs)

Leçon n°2 : la standardisation du marché, une forme d'intervention efficace pour le superviseur

↳ Le régulateur israélien a fait preuve d'un fort interventionnisme (cf. ci-dessus parties 2 et 3), en particulier dans les champs suivants

- La définition du risque
- La tarification, le provisionnement
- Les valeurs de réduction
- La revalorisation des primes et garanties
- Les sorties de groupes

↳ Par contraste, les autorités françaises ne sont quasiment pas intervenues

- Sauf à l'occasion de contrôles prudentiels ou fiscaux
- L'expression « assurance dépendance » ne figure pas dans le Code des assurances
- Le nombre de débats publics lancés depuis 2007 contraste avec l'absence de débouchés concrets
- L'idée d'un « label » standardisant les garanties avait fait l'objet d'un consensus lors des discussions de place

Leçon n° 3 : l'encadrement des sorties de groupes, condition nécessaire pour un développement des contrats collectifs

- ↳ La circulaire de 2004 encadre précisément en Israël la continuité d'assurance en cas de sortie de l'assurance de groupe
- ↳ En France, la loi Evin du 31 décembre 1989 prévoit le maintien à titre individuel des couvertures collectives obligatoires :
 - pour la couverture des frais médicaux, l'assureur doit proposer une garantie comparable sans que le tarif ne dépasse de plus 50% le tarif applicable au groupe (article 4)
 - pour la prévoyance, l'assurance doit proposer le maintien de la couverture à titre individuel , sans maximum de tarification (article 5)
- ↳ En revanche, la réglementation ne prévoit rien pour les contrats collectifs dépendance. Les contrats groupes aujourd'hui diffusés prévoient des modalités disparates de continuité d'assurance
 - maintien dans le groupe avec possibilité de continuer à cotiser à titre individuel
 - proposition d'un contrat individuel généralement sans sélection médicale mais sans encadrement tarifaire
- ↳ L'encadrement des sorties de groupe est l'un des points centraux des discussions sur un « label » pour l'assurance dépendance

Leçon n° 4 : les rentes temporaires, une façon de rendre plus abordable la couverture

- ↳ La faible proportion des garanties sous forme de rentes viagères en Israël contribue à rendre l'assurance dépendance abordable pour les usagers israéliens
- ↳ La quasi-totalité du marché français, en revanche, repose sur des rentes viagères (une exception notable : le contrat Gaipare introduit en 2010)
- ↳ Des rentes temporaires pourraient être proposées sur le marché français dans une perspective de gestion patrimoniale
 - ◆ une rente temporaire de 4 ans couvre une durée moyenne de dépendance ; pour les durées de vie supérieures en dépendance, le risque est reporté sur le patrimoine de l'assuré et sur sa famille ; la prime libérée pourrait être utilisée pour la constitution d'un patrimoine
 - ◆ une rente viagère couvre une durée illimitée, au prix de primes supérieures ; l'épargne disponible pour la constitution d'un patrimoine est inférieure

Leçon n°5 : les primes non révisables, attention aux dérives techniques !

↳ Sur le marché israélien, les primes ne sont pas révisables

- Situation encouragée par le superviseur israélien. Les circulaires du commissaire des assurances instaurent un système d'autorisation préalable d'augmentation de primes
- Une seule demande serait à ce jour parvenue au commissaire des assurances

↳ Sur le marché français, les primes sont révisables

- Il s'agit d'un standard de marché, encouragé par le superviseur
- L'observation du risque amène plusieurs assureurs à augmenter leurs primes

↳ Le traitement des engagements dépendance dans le cadre de Solvabilité II dépend beaucoup de la révisabilité des primes

- La directive distingue les *contract boundaries* pour la consommation en capital
 - contrats annuels ou pluriannuels courts avec capacité de redressement immédiate → passif court, faiblement consommateur en capital
 - contrats pluriannuels avec capacité de redressement non immédiate → passif plus long, plus consommateur en capital
- L'ACP semble considérer que la dépendance entre dans la première catégorie du fait de la révisabilité des primes (Source : FAQ QIS5 de l'ACP 06/08/2010)

↳ Quid des chargements en capital si Israël adopte Solvabilité II ?

Leçon n°6 : les primes nivelées à partir d'un certain âge, attention aux chutes !

- ↳ Le commissaire des assurances a imposé en 2002 le nivellement des primes à partir de 65 ans pour les contrats individuels
 - ◆ Avantage : le tarif ne suit pas l'accroissement du risque après 65 ans
 - ◆ Inconvénient : le passage à 65 ans d'une prime annuelle à une prime nivelée provoque un saut tarifaire difficilement abordable

- ↳ Par voie de conséquence, le taux de chute est important à 65 ans
 - ◆ Face à cette situation, le commissaire des assurances a lancé une consultation de marché en 2011
 - ◆ Les options envisagées
 - ◆ N'autoriser que des primes nivelées quel que soit l'âge
 - ◆ Limiter l'augmentation tarifaire

Conclusion

↳ Comment expliquer le succès de l'assurance dépendance en Israël ?

↳ Réponse de l'autorité de contrôle israélienne :

« Long term care insurance in Israël got in through the back door ! »

*** * ***

Sources

- ↳ « Israel in figures 2010 »,
 - Bureau central de statistiques (BCS) : www1.cbs.gov.il

- ↳ Ministère des Finances : <http://www.financeisrael.mof.gov.il>

- ↳ « Immigration et vieillissement en Israël »,
 - de Jenny Brodsky et Howard Litwin. Article publié dans la revue Retraite et Société n°44-Janvier 2005.

- ↳ National Insurance Institute :
 - www.btl.gov.il

- ↳ Tableau complet sur les plus de 60 ans dans le monde en 2009 et en 2050 :
www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009chart.xls