



יום רביעי 06 מרץ 2024
כ"ו אדר א תשפ"ד

"קול קורא למציאת מתווה פתרון לסוגיית הסיעוד בישראל בכלל ולמבוטחי קופ"ח בפרט" נייר עמדה של האגודה לזכויות החולה

רקע כללי

בשנת 2015 הוכרז לראשונה על הצורך בהתמודדות עם משבר בשוק ביטוחי הסיעוד הקבוצתיים.¹ בעקבותיו בוטלו, במהלך השנים 2015-2016, מרבית הפוליסות הקבוצתיות והושארו רק אלה של קופות החולים וכן מספר מצומצם של פוליסות קבוצתיות גדולות.

מצב שכזה גרם לכך שעשרות אלפי מבוטחים אשר תלו את יהבם בביטוח קבוצתי ובו היו חברים במשך שנים רבות - נותרו ללא ביטוח סיעוד ובמצב בו ספק אם יוכלו להצטרף לביטוח פרטי או קבוצתי אחר עקב גילם ו/או מצבם הרפואי. בנוסף, הפעלת עקרון ה'המשכיות' (מוגבל גיל) הוביל להעמסת קבוצת מבוטחים חדשה בגיל מבוגר יחסית, שהצטרפה, ללא חיתום רפואי, לפוליסה הקבוצתית של הקופה, והביאה לכך שסבסוד הסיכון העודף של מבוטחים אלה הוטל על המבוטחים הקיימים בפוליסות הקבוצתיות של קופות החולים. תאור המשבר ונסיבותיו הוצגו, בין היתר, בחוות דעת שפורסמה מטעם מבקר המדינה.²

במקביל לביטול הפוליסות הקבוצתיות, שונתה באותה עת, מתכונת הביטוחים הקבוצתיים בקופות החולים והוראות הממונה על הביטוח 'הכתיבו' פוליסת סיעוד אחידה שמתכונתה מחייבת את כל קופות החולים – הן באשר לגובה הכיסוי הביטוחי והן באשר לתנאי הפוליסה. כך שאם בעבר יכלה קופת חולים 'לתפור', במשותף עם המבטח, ועל בסיס הנחיות עקרוניות של הרגולטור, מוצר ביטוחי אשר מתאים לתמהיל המבוטחים שלה ומשלב כיסוי מספק ומחירים סבירים, מאותה עת ואילך ה'מוצר' כאמור הוכתב על ידי הרגולטור והתחרות נותרה רק על גובה הפרמיות המועברות לחברת הביטוח.

המצב החדש יצר יתרון מובנה לקופות עם תמהיל של מבוטחים 'צעירים' יחסית ואיתגר קופות דוגמת כללית (עם תמהיל מבוטחים מבוגר יחסית). תחרות שכזו עלולה להביא להחלת פרמיות נמוכות מידי ביחס לסיכון העתידי. התחרות על הפרמיות מנוגדת לעמדת משרד הבריאות כפי שהצהירו נציגיו בועדה לביקורת המדינה. התחרות בין קופות החולים היא על זמינות ואיכות השירות ולא על פרמיות.

בנוסף להכתבה של תנאי הפוליסה, הוחלט באותה על שינוי של הגישה האקטוארית המחייבת את חברות הביטוח. במסגרת החדשה הוחלט לעבור ממתכונת של צבירת עתודות בידי חברת הביטוח, למתכונת המבוססת בעיקרה על 'קרן מבוטחים'³ שתצטבר לאורך השנים ותשמש כעתודה ארוכת טווח. באשר לחלוקת הסיכון, נקבע שחברת הביטוח תישא בסיכון הביטוחי הגלום בביטוח הסיעודי הקבוצתי לחברי קופת חולים בשיעור שלא יפחת מ- 20% מהפער שבין ערך התביעות בפועל של הביטוח לבין ערך התביעות הצפוי, כפי שנקבע בהסכם בין החברה לקופת החולים לגבי מבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח ביום חתימת ההסכם.^{4,5}

השפעות רחב בין ביטוח הסיעוד הציבורי והפרטי

בישראל שני מערכי ביטוח סיעוד – הפרטי והציבורי, הכפופים לרגולטורים שונים ופועלים מכוח חוקים שונים.⁶

הגדרת המצב המזכה לקבל גמלת סיעוד במסגרת הסל הציבורי היא מקלה בהשוואה להגדרת 'מקרה הביטוח' שבפוליסות ביטוח פרטיות.⁷ כפועל יוצא מכך, שיעור זכאי גמלת סיעוד מקרב אוכלוסיית הקשישים בישראל היה גבוה יחסית למדינות אחרות החברות ב-OECD, עוד קודם לרפורמה הנ"ל.

כך לדוגמה בשנת 2014 ישראל היתה ממוקמת במקום ראשון עם כ- 21% נזקקי סיעוד מקרב הקשישים (השוהים בקהילה ו/או באשפוז סיעודי).⁸ עקב נסיבות שיפורטו בהמשך, עד לשנת 2021 השיעור בישראל עלה דרמטית ושיעור הזכאים בקרב הקשישים בקהילה עמד על כ- 26.4% - מקום ראשון ובפער ניכר בהשוואה למדינות אחרות (ממוצע ה-OECD - 10.15%).⁹ להערכתנו, חלק מהמתואר לעיל נובע מהעובדה שהמוסד לביטוח לאומי שינה את מדיניותו וקבע כללים חדשים שהביאו להפחתה משמעותית של שיעור הערכות

¹ תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו 2015. קובץ תקנות, 7595 י"ט בטבת התשע"ו, 31.12.2015.

² מבקר המדינה. משרד האוצר - רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון. הסדרת הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים. חוות דעת לפי סעיף 21 לחוק מבקר המדינה. משרד מבקר המדינה. 2017

³ מדובר בהפרשות מתוך הפרמיות לקרן שהיא מעין ביטוח הדדי של המבוטחים אשר תשמש כעתודה אקטוארית. הקרן תנוהל על ידי חברת הביטוח אך לא תהא שייכת לחברה אלא למאגר המבוטחים ועם התחלפות חברת ביטוח, הקרן תשמשיך לשמש כעתודה לאותו מאגר של המבוטחים בפוליסה הקבוצתית

⁴ חוזר רשות שוק ההון הביטוח והחיסכון, ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים, מס' 3-1-2016, מיום 24.1.2016

⁵ אשר לניהול ותפעול 'קרן המבוטחים' באותו חוזר נקבע שבהסכם בין חברת ביטוח לקופת חולים, ייקבעו הסכומים שיועברו לקרן המבוטחים מתוך סך דמי הביטוח שישולמו בעד כלל המבוטחים בתכנית

⁶ ביטוח הסיעוד הציבורי פועל מכוח חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב] התשל"ה-1995 ואילו ביטוח הסיעוד הפרטי פועל מכוח חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) תשמ"א 1981

⁷ שמתסמכת על הגדרה המקובלת בספרות המדעית (Katz 1963) ונהוגה בביטוחי סיעוד

⁸ OECD Health Data 2016.; Muir 2017

⁹ OECD Health Stat. 2023



תפקודיות המבוצעות על ידי מעריכות¹⁰. זאת, באמצעות מדיניות המעודדת קביעת זכאות על בסיס מסמכים ושיחה טלפונית במקביל להורדת רף הזכאות. דבר שהעלה בשיעור ניכר את היקף העומדים בכללי הזכאות, וכפועל יוצא מכך את היקף ההוצאה הציבורית.

על אף שתנאי הזכאות והגדרות 'מקרה הביטוח' במערכת הציבורית והפרטית שונים בתכלית, בשנת 2018, בוצע שינוי דומה (אך לא זהה) בידי שוק ההון הביטוח והחיסכון.¹¹ במסגרתה, מושם דגש על קביעת זכאות גם בביטוח המסחרי על בסיס מסמכים והחלטות שניתנו על ידי מוסדות כגון המוסד לביטוח לאומי - כברירת מחדל. זאת, תוך הנחיה שאם חברת ביטוח מחליטה לבצע בדיקה תפקודית על ידי מעריכות, עליה לדווח על כך למבוטח ומשפחתו כך שתשובתה "תנומק ותתייחס, בין היתר, לסיבות שבגינן המידע כאמור אינו מספק" ובהמשך לכך היא תהיה רשאית להעביר את המבוטח הערכת תפקוד קובעת על ידי מעריך מטעמה.^{12,13}

מטבע הדברים, חברות מיצוי זכויות, הפועלות למטרות רווח, ערות למדיניות מקלה של הרגולטורים ופועלות לשכנוע מבוטחים ו/או נציגים של אנשים, כולל עם רמת מוגבלות תפקודית גבולית, להגיש תביעות ומסייעות להן לקבל גמלאות סיעוד-הן במוסד לביטוח לאומי והן בחברות הביטוח.¹⁴

המתואר לעיל הקרין חוסר ודאות בשוק ביטוחי הסיעוד, הביא להפסדים לחברות הביטוח וגם למבטחי המשנה ואכן בשנת 2019 מבטחי המשנה היחידים שנתרו עד אז בשוק ביטוחי הסיעוד בישראל¹⁵ מחליטים לפרוש מפעילותם בשוק ביטוח הסיעוד המסחרי בישראל.

בהמשך להחלטה זו של מבטחי המשנה, חברות הביטוח מחליטות מאותו מועד ואילך לא לשווק פוליסות פרט בסייעוד. במצב שנוצר באותה עת, שוק ביטוחי הסיעוד נותר תלוי לכאורה בביטוח הסיעוד הקבוצתיים של קופות החולים, שנשען על תחזיות אקטוריות מבוססות וארוכות-טווח ושידר לכאורה איתנות פיננסית. ואכן בשנים 2018-2019 הסכמים בין הקופות לבין חברות הביטוח הוארכו לתקופת נוספת והרגולטור גם איפשר שיווק של מוצרים שהינם משלימים לפוליסה האחידה. מועד היישום נקבע לפברואר 2021.¹⁶

במחצית השנייה של שנת 2023 הסתבר שקרן המבוטחים שבביטוח הסיעוד הקבוצתי של שירותי בריאות כללית (כ-2.5 מיליון מבוטחים באותה פוליסה) עומדת להתרוקן בתוך שנה ולא יהיה מהיכן לשלם על תביעות סיעוד. באותה עת, מצבן של הקופות האחרות טוב אמנם משל כללית, אך גם שם קצב התרוקנות הקרנות היה מדאיג.¹⁷ בשלב זה יושם פתרון זמני, אשר תקף בשלב זה לשנה אחת.

על רקע כל המתואר לעיל ובתשובה ל'קול קורא' שיצא לאחרונה מטעם רשות שוק ההון הביטוח והחיסכון, האגודה לזכויות החולה הקימה פורום חשיבה במסגרתו נדונו המשמעויות של המצב הנוכחי, נסקרו חלופות אפשריות למודל הנוכחי והומלץ על מתווה בתחום ביטוחי הסיעוד בישראל.

הנחות מוצא:

- במתכונתו הנוכחית, הסיוע הסיעודי בקהילה המוצע במימון ציבורי, באמצעות קצבת סיעוד של הביטוח הלאומי, אינו מהווה הגנה מספקת לנזקקי סיעוד ברמות בינוניות-גבוהות.
- גם אם יהיה שינוי בסיוע הסיעודי הציבורי (ויש הכרח בכך גם ללא קשר למשבר בביטוח הפרטי), לא ניתן יהיה לספק במסגרת התקציב הציבורי את מלוא הצרכים של נזקקים ברמות מוגבלות גבוהות.
- הביטוחים הסיעודיים הפרטיים והקבוצתיים ברובם מכסים גם סיעוד באשפוז. הכיסוי של אשפוז סיעודי לסוגיו הוא באחריות משרד הבריאות וקופות החולים. מימון ציבורי לאשפוז (הקצאת "קוד סיעודי") מותנה גם הוא במבחני הכנסה מחמירים של הקשיש ומשפחתו.
- לאור המתואר לעיל, לביטוח הסיעוד הקבוצתי של קופות החולים יש תפקיד רב ערך בהשלמת הכיסוי הביטוחי הציבורי הדל יחסית (החלופה - מימון 'מהכיס')

¹⁰ ירידה ממצב בו היקף בדיקות שבוצעו על ידי מעריכות היווה 99-100% מכלל ההערכות התפקודיות שבוצעו על ידי המוסד לביטוח לאומי עד לשנת 2008, לכדי שיעור של 8.6% בלבד בשנת 2021 וכ- 1.9% מכלל ההערכות שבוצעו בשנת 2022. מבוסס על דוחות שנתיים של המוסד לביטוח לאומי. שנים שונות

¹¹ רשות שוק ההון הביטוח והחיסכון – ראה תיקון הוראות החוזר המאוחד שער 6 חלק 3 - ביטוח סיעודי. חוזר ביטוח 2018-1-12. מיום 27.11.2018

¹² החוזר מתייחס גם לאופן בחירת והפעלת המעריכים של חברת הביטוח. כך לחוגמה: "חברת ביטוח תבחר ספק הערכות תפקוד באופן אקראי ומחזורי מתוך רשימה של ספקי הערכות תפקוד בהתאם להליקיות הספקים כמפורט בסעיף... להלן"

¹³ ראוי להדגיש שפוליסת הסיעוד הקבוצתית של הקופות מגבילה את תקופת תשלום תגמולי הביטוח למבוטח 60- חודשים. לפי נתוני רשות שוק מרבית הזכאים מקבלים את תגמולי הביטוח למשך תקופה שאינה עולה על 4 שנים. מתן הקלות בגין מזכים בתגמולי ביטוח כבר בשלב מוקדם יחסית של המוגבלות, יוצרת מצב בו משך תקופת תשלום תגמולי הביטוח מתארכת

¹⁴ למען הסר ספק, האגודה לזכויות החולה דוגלת במימון מלא של זכויות המבוטחים, בכל תחום שהוא, לרבות סיעוד ואף הקימה ביזמתה מוקדים לסיוע במימון זכויות. אלא שבתחום הסיעוד במצב הנוכחי ההוצאה העודפת בגין הורדת רף הזכאות באה על חשבון תקציב שניתן היה לייעודו להרחבת הסיוע לנזקקים ברמות מוגבלות גבוהות. נושא זה נדון בהרחבה במסמך נוסף שמונח בימים אלה

¹⁵ Swiss-Re Group ו- SCOR

¹⁶ הוראות הפיקוח על הביטוח שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים) (תיקון). התש"ף-2020. ק"ת 8651, מיום 12.7.2020. יודגש שמועד היישום נדחה וכיום הוא עומד על שנת 2028.

¹⁷ ראוי לציין כי מד"ח המבקר (2017) עולה שבשנת 2016 היקף העתודות שנצברו בביטוחים הסיעודיים של קופות החולים עמד על סך של כ-7 מיליארד ש"ח. שם עמ' 275.



- כדי לוודא שמשאבים ציבוריים מנוצלים באופן היעיל ביותר וכדי להבטיח את הגנה על המבוטחים ושרידותם של הביטוחים הפרטיים לאורך זמן-נדרש שיתוף פעולה בין-משרדי ומעורבות גבוהה יחסית מצד המדינה.
- האחריות על הכיסוי הציבורי לטיפול סיעודי מפוצל בין רשויות המדינה וגופים הפועלים מטעמה: הביטוח הלאומי; משרד הבריאות; משרד הרווחה; קופות החולים
- ביטוחי הסיעוד (הפרטי והקבוצתי) מזכים בדרך כלל בפיצוי כספי אשר מסייע למימון שירותים ומוצרים לנזקק, לרבות כאלה שמסופקים על ידי המוסדות בתמורה להשתתפות עצמית של הנזקק ומשפחתו
- המידע אודות תנאי הביטוח וזכויות המבוטחים בפוליסות ביטוחי הסיעוד הינו מורכב ביותר ובמצב הנוכחי חלק גדול מהמבוטחים לא מודע לזכויותיו ומתקשה למצותן - מכאן תלותו בחברות למיצוי זכויות, הפועלות למטרות רווח, דבר שפוגע בהיקף תגמולי הביטוח המגיעים בסופו של דבר לידי הנזקק ומשפחתו.

חלופות מרכזיות שנדונו בהקשר לביטוחי הסיעוד:

1. שימור הביטוחים הקבוצתיים של קופות החולים במתכונתן הנוכחית, אך בהתאמות הנדרשות, באופן שתובטח יציבותו של הסיוע הניתן לנזקקי סיעוד – במערכת הפרטית ובציבורית - לאורך שנים.
2. הפסקת ביטוחי הסיעוד הפרטיים והרחבת ביטוח הסיעוד הציבורי כך שתגמולי הביטוח שיינתנו על ידו יהיו חלופה הולמת וייתרו את הצורך בביטוח פרטי.
3. הפסקת ביטוחי הסיעוד הקבוצתיים והעברת תחום זה לאחריות קופות החולים (במתכונת השב"ן או במתכונת שהיתה נהוגה במכבי עד 2007).
4. מיסוד חובת חסכון ארוך טווח למימון שירותי סיעוד – חובת חסכון בדומה למתכונת הקיימת של חובת ההפרשה לפנסיה, כחלופה לביטוח הסיעודי.
5. השארת המצב הקיים בעינו

משמעויות אפשריות וניתוח החלופות

חלופה 1 - שימור הביטוחים הקבוצתיים של קופות החולים במתכונתן הנוכחית בהתאמות המתבקשות

תיאור החלופה

- המשך המצב הקיים כפי שאורגן מחדש החל מינואר 2024. לרבות, הפחתה בשיעור כ-15% בתגמולי הביטוח בהשוואה לפוליסה שהיתה נהוגה עד לסוף חודש דצמבר 2023 והחרגת 'מקרה ביטוח' שאירע לראשונה במהלך 60 החודשים הראשונים לחייו של מבוטח.
- החזרת חברות הביטוח למעמד 'מבטח' תוך קביעת רמת הסיכון הביטוחי שלהן ל-15% בלבד.
- יינקטו צעדים לחזרתם של מבטחי משנה, לרבות הקצאת ערבות מדינה במהלך 3 השנים הראשונות.

במקביל ליישומה של חלופה זו, יש לבצע גם שינויים רגולטוריים הכוללים:

- ✓ שינויים בחוק הביטוח הלאומי ובאופן הערכת הזכאות במסגרתו (הן לעניין הגדרת 'נזקק סיעוד' והן לעניין ביצוע הערכות תפקודיות פרונטליות בידי מעריכים. ות חסרי פניות)
- ✓ צעדים שיפחיתו את הזיקה בין מערך ביטוח הסיעוד הציבורי לבין הפרטי.
- ✓ בביטוח הציבורי ותאפשר הקצאת משאבים גבוהה יותר לנזקקי סיעוד ברמת המוגבלות הגבוהות.

יתרונות – דורש התערבות מינימלית של הרשות (מעבר למה שבוצע עד כה); אין שינוי ברמת הכיסוי הנוכחית של המבוטחים בביטוח הפרטי; מגביר את הסיכוי לחזרתם של מבטחי משנה. מביא להקצאה יעילה יותר של משאבים בביטוח הסיעוד הציבורי.

חסרונות – אין וודאות שהצעדים שנקטו עד כה אכן יאפשרו צבירה מספקת של העתודות בקרן המבוטחים (מומלצת תקופת נסיון של כ-3 שנים, שתחול על הפוליסות של ארבע קופות החולים).

עלויות - זניחות.

חסמים וקשיים – מעגן את הפגיעה שנגרמה עד כה למבוטחים בביטוחי הסיעוד הקבוצתיים (אך נמנע מהחרפתה). מחייב שינוי מקביל בשתי מערכות הביטוח.

הערכת ישימות ואפקטיביות - ישימות גבוהה, אפקטיביות גבוהה



חלופה 2 - הפסקת ביטוחי הסיעוד הפרטיים והרחבת ביטוח הסיעוד הציבורי

תיאור החלופה

- הפסקת שיווק ביטוחים קבוצתיים בידי חברות הביטוח וקופות החולים.
- הביטוח יישאר באחריות המוסד לביטוח לאומי ויוגדל גובה גמלת הסיעוד.
- האשפוז הסיעודי יישאר באחריות משרד הבריאות, תוך צמצום חובת בני המשפחה להשתתפות עצמית

במקביל ליישומה של חלופה זו, יש לבצע גם שינויים רגולטוריים הכוללים:

- ✓ עדכון חוק הביטוח הלאומי הן לעניין הגדרת 'מקרה הביטוח' – תוך היצמדות מחד להגדרה המקובלת בספרות¹⁸, בדומה לזו המקובלת בחברות הביטוח
- ✓ הרחבת הסיעוד לנזקי סיוע ברמות הבינוניות-גבוהות בהתאם לסטנדרטים המקובלים בעולם. (42 שעות לשבוע לפחות). הכיסוי יהיה אוניברסלי אך היקפו יותנה במבחני הכנסה.
- ✓ הערכת הזכאות תבוצע על בסיס מסמכים רפואיים עדכניים שיתקבלו מקופות חולים, לרבות הערכות תפקודיות בידי אחיות שהודרכו לכך.
- ✓ לקופות החולים יוקצה תקציב ייעודי (במסגרת עדכון תקציב עלות הסל) לצורך המשימות הבאות: ביצוע הערכות התפקודיות וזאת במסגרת התוכנית למניעת הדרדרות תפקודית באוכלוסיות יעד; וכן לצורך פיקוח ובקרה אחר איכות הטיפול הניתן לנזקי סיוע השהים בקהילה.

יתרונות – כיסוי אוניברסלי; הקצאה יעילה של משאבים בביטוח הסיעוד הציבורי; מקטין את אי השוויון בין אוכלוסיות; נזקי סיוע ברמות בינוניות גבוהות יזכו לסיוע משמעותי; אין 'קווי תפר' בין רגולטורים; חברות הביטוח לא נושאות בסיכון (יודגש בעלי פוליסות פרט בסיעוד יוכלו להישאר מבוטחים בפוליסות שבידיהם).

חסרונות – יצמצם את היקף הזכאים (עקב העלאת רף הזכאות); יגדיל משמעותית את ההוצאה הציבורית/עקב הקצאת משאבים נוספים שיידרשו מהמדינה (לקופות ולביטוח לאומי); יפגע ברמת הכיסוי הנוכחית של המבוטחים בביטוחים הקבוצתיים של הקופות (הכיסוי הציבורי לא יגיע להיקף הסיעוד המצטבר, הקיים כיום, בסל הציבורי ובפוליסה); לא תהא אפשרות להשלמת הסיעוד הציבורי, באמצעות תוכנית ביטוח כלשהי.

עלויות - גבוהות.

חסמים וקשיים – מצריך שינוי היערכות הן במוסד לביטוח לאומי והן בקופות החולים.

הערכת ישימות ואפקטיביות - ישימות בינונית, אפקטיביות בינונית

חלופה 3 - הפסקת ביטוחי הסיעוד הקבוצתיים והעברת התחום הסיעודי כביטוח הדדי בניהולן של הקופות

תיאור החלופה

- הפסקת שיווק ביטוחים קבוצתיים בידי חברות הביטוח (בקופות החולים ובכלל).
- לקופות החולים יתאפשר לספק סיוע סיוע לביטוחי הסיעוד למבוטחיהן, באמצעות קרן ביטוח הדדית (במתכונת שהיתה מקובלת בעבר בקופות חולים מכבי), בתמורה לתשלום דמי חבר בקרן.
- לא יבוצע חיתום רפואי במעמד ההצטרפות (למעט החרגת מי שנוזקק במועד ההצטרפות לסיוע סיוע סיוע).
- יודגש שהחברות בקרן זו לא תהא קשורה לחברות המבוטח בתוכניות השב"ן.
- כל זאת, במקביל לשינוי שהוצע לעיל במערך ביטוח הסיעוד הציבורי.

יתרונות – אינו דורש התערבות של רשות שוק ההון הביטוח והחיסכון; מבוטחים קיימים בפוליסות פרט בסיעוד יוכלו להישאר מבוטחים בפוליסות שבידיהם. ממזער למינימום את הסיכון של חברות הביטוח. מביא להקצאה יעילה יותר של משאבים בביטוח הסיעוד הציבורי.

חסרונות – פגיעה דרמטית ברמת הכיסוי הנוכחית של המבוטחים בביטוח הפרטי; העברת הסיכון מחברות הביטוח לקופות החולים (או לגוף שיוקם מטעמן לנושא זה). הקופות יצטרפו להקים מערך לניהול תביעות או לרכוש זאת במיקור חוץ (מחברות ביטוח).

עלויות - גבוהות.

חסמים וקשיים – מחייב הקמת מערך ביטוח הדדי בקופות החולים (שלא קיים כיום); מעמיס סיכון משמעותי ביותר על קופות החולים

¹⁸ Katz, S., Down, T.D., Cash, H.R., & Grotz, R.C. (1970) Progress in the development of the index of ADL. The Gerontologist, 10(1), 20-30



הערכת ישימות ואפקטיביות - ישימות נמוכה, אפקטיביות נמוכה

חלופה 4 - מיסוד חובת חסכון ארוך טווח למימון שירותי סיעוד

תיאור החלופה

- מעבר מהתייחסות לנושא זה כאל ענף ביטוח (ציבורי או פרטי) למתכונת של חסכון ארוך-טווח.
- הגדלת ההפרשות מהשכר של עובדים (שכירים ועצמאים), במהלך שנות עבודתם, שייועדו לכיסוי הוצאות של העובד בעת הפיכתו לנזקק סיעוד. העובד יתכונן לאירוע שכזה כפי שהוא מתכונן ליציאתו לפנסיה.

יתרונות – חוסך בהוצאה הממשלתית. אין בו סיכון ביטוחי לחברות הביטוח. יגדיל את היקף החיסכון של האוכלוסייה העובדת

חסרונות – לא מהווה מענה לאוכלוסיות עם רמות שכר נמוכות. מה שהעובד חסך, זה מה שיעמוד לרשותו בעת הצורך. אין סבסוד צולב בין הפרטים (בניגוד לביטוח בו תגמולי הביטוח ששולמו משך שנים רבות בידי אלה שלא הפכו לסיעודיים מסייעים למימון ההוצאה של מי שהפכו לנזקקי סיעוד). לא מבטיח מענה הולם בהתאם לרמת הנזקקות ולאורך שנות התלות של הנזקק.

עלויות – בינוניות.

חסמים וקשיים – דורש היערכות ליצירת מוצר פיננסי חדש והטמעתו באוכלוסייה; יפגע באוכלוסיות מוחלשות ובעובדים ברמות שכר בינוניות ומטה. יעמיק את אי השוויון. משאיר את המבוטח ללא סיוע וליווי של גוף ציבורי בשעתו הקשה – הן בהקשר של הסיוע הציבורי, הן בהקשר של העלות לנזקק והן באשר לפיקוח על נותני השירות

הערכת ישימות ואפקטיביות - ישימות נמוכה, אפקטיביות נמוכה

חלופה 5 - השארת המצב הקיים בעינו

תיאור החלופה – השארת המצב הקיים, ללא מעורבות נוספת מצד המדינה – הן בהיבט של ביטוחי הסיעוד הפרטיים והן בהיבט של ביטוח הסיעוד הציבורי. עד לחיסול קרנות המבוטחים וסגירת הביטוחים הקבוצתיים של הקופות.

יתרונות – חוסך בהוצאה הממשלתית. אין בו סיכון ביטוחי לחברות הביטוח.

חסרונות – עם חיסול קרנות המבוטחים יוותרו המבוטחים ללא מענה (למעט ביטוח הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי – שבו תגמולי הביטוח נמוכים יחסית למדינות אחרות); יעמיס את ההוצאה על משקי הבית; יעצים את אי השוויון ויפגע באוכלוסיות במעמד חברתי נמוך- בינוני; יגביר את חוסר האמון במערכת הציבורית ובכוונותיה לשאת באחריות על מצבי משבר רגולטוריים.

עלויות – נמוכות (עלויות נמוכות לממשלה אך גבוהות לנזקקים).

חסמים וקשיים – פגיעה קשה במבוטחים ששילמו משך שנים רבות דמי ביטוח; פגיעה קשה בתדמית המדינה ובמעמדה של הרגולציה המתבצעת על ידה; לא צפוי לספק מענה הולם.

הערכת ישימות ואפקטיביות - ישימות נמוכה, אפקטיביות נמוכה

החלופה שנבחרה היא חלופה מס' 1 (ראו הרחבה בהמשך מסמך זה).

לצד זאת, מומלץ שבשלב ראשון תוגדר תקופת ביניים בת 3 שנים, במהלכה תיבחן השפעתם של צעדים רגולטוריים, לרבות אלה שעליהם מומלץ במסמך הנוכחי, על יציבותם של הביטוחים הקבוצתיים של הקופות והשפעתם על המבוטחים, קופות החולים וחברות הביטוח.

כמו כן יבוצעו השינויים המתבקשים בהליכי קביעת זכאות הנהוגים בביטוח הלאומי ותבוטל הזיקה הקיימת בנושא זה בין שני המערכים.

במידה ובתום התקופה יסתבר שחברות הביטוח לא מסוגלות להאריך את תקופות הביטוח ו/או מבטחי משנה אינם מוכנים לחזור לשוק ביטוחי הסיעוד בישראל, תיבחן האפשרות לאמץ את חלופה 2.

מטרות ואבני הדרך המוצעות לשינוי תמונת המצב הנוכחית

המטרה: שימור ושיפור של מודל הכיסוי הנוכחי, באופן שישלב כיסוי ציבורי מיטבי והוגן לצד פוליסות סיעוד קבוצתיות במסגרת הקופות, והבטחת שרידותו לאורך שנים (לרבות מנגנונים למניעה של השפעות צולבות)

אבני דרך בגישה המוצעת

1. **המוצר הביטוחי** – לשקול החזרת מודל אשר מאפשר לכל קופה במסגרת ההסכם עם חברת הביטוח להציע פוליסה בעלת מבנה המותאם לצרכים המאפיינים את תמהיל המבוטחים באותה קופה (על בסיס כללי יסוד מחייבים שייקבעו על ידי הרגולטור). זאת, בדומה למצב שקדם לרפורמה ב-2015
 2. **הגדרת זכאות**
 - א. הגדרות ברורות יותר של 'מקרה הביטוח', העוסקות בתפקוד הבסיסי של החולה (אינקס Katz שצוטט לעיל וכן הוראות הממונה על הביטוח) ולא בתפקוד האינסטרומנטלי.
 - ב. חיוב ביצוע הערכה תפקודית פרונטלית כתנאי לקביעת זכאות, תוך הגדרת כללי התנהגות במהלך ביצוע הבדיקה (בדגש על היחס למבוקר ולנציגיו), עד תקרת גיל של 90 שנה.
 - ג. ניתוק ה'זיקה' בקביעת זכאות בין זו הנקבעת במסגרת הביטוח הלאומי לבין זו שבביטוחי הסיעוד.
 3. **פרמיות**
 - א. העלאת פרמיות (שלא תעלה על 10% בקבוצת הגיל שמעל 65 ו-15% בקבוצות גיל צעירות יותר), שתיושם באופן הדרגתי במשך 3 שנים.
 - ב. חיוב בפרמיות (מינימליות) למבוטחים מגיל 10 ומעלה.
 - ג. התרת סבסוד צולב בין קבוצות גיל, כדי למנוע נשירה של מבוטחים בגיל המבוגר, עקב אי יכולת לעמוד בפרמיות.
 - ד. קביעת תעריפי מינימום (של דמי ביטוח) לכל אחת מהקופות והחברות המבטחות שלהן, לפי קבוצות גיל.
 4. **תגמולי הביטוח**
 - א. קביעת גובה תגמולי הביטוח שנקבעו החל מחודש ינואר 2024 כרף מינימום.
 - ב. התחייבות למניעת שחיקה נוספת בתגמולי הביטוח.
 5. **עתודות וערבויות**
 - א. החזרת חברות הביטוח למעמד של 'מבטח' והגדרת רמת סיכון סבירה של חברת הביטוח.
 - ב. ניסוח כללים מחייבים שיאפשרו שמירה על קרן המבוטחים וצבירתה לאורך השנים (לחילופין מוצע לשקול החזרת המתכונת של צבירת 'עתודות' בבעלות חברת הביטוח, כאמצעי לתמרוץ חברות הביטוח לחזור לענף זה והגברת כישוריהן לנהל את הסיכונים)
 - ג. עידוד חזרתם של מבטחי משנה (וגידור הסיכונים שלהם ושל חברות הביטוח, כמפורט בסעיף ד' להלן).
 - ד. הקצאת ערבות מדינה שתכליתה העיקרית היא:
 - 1) גידור הסיכונים של המבטחים (ומבטחי המשנה)
 - 2) הגדלת הוודאות והביטחון של המבוטחים
 - 3) עידוד חזרתם של מבטחי משנה
 - 4) תמריץ מובנה למדינה להגברת הפיקוח על הרגולטורים ולגילוי אחריות רגולטורית
- הערה:** למעשה מוצע להנהיג ארבע רבדים של ביטחונות – קרן המבוטחים; אחריות מצד החברה המבטחת; אחריות של מבטח משנה; וערבויות מדינה
6. **עידוד של חזרה/כניסה מחודשת של 'מבטחי משנה'**. זאת, באמצעות:
 - א. הגברת הוודאות בשוק ביטוחי הסיעוד בישראל
 - ב. שמירה קפדנית על קרן המבוטחים והבטחת עתודות מספקות
 - ג. הבטחת ערבויות מדינה – ככיסוי ברמה רביעית* - למקרה (הנדיר) בו בשנה מסוימת היקף התביעות יעלה על רף שייקבע (מעבר למכסה אליה יתחייב מבטח המשנה) ועד תקרה שתיקבע.
 - ד. צעדים להגדלת כושר הפרעון של חברות הביטוח



7. תקופת הביטוח – בשלב ראשון תקופת ביטוח תיקבע ל-3 שנים ובהארכות ההסכם שלאחר מכן ל-5 שנים כל אחת¹⁹.

8. מידע וסיוע למבוטחים

- א. יצירת פלטפורמה שתנגיש את המידע למבוטחים אודות הזכויות בביטוחי הסיעוד.
- ב. עידוד השימוש במידע מהרשומה הרפואית כחלק מהחומר העומד לרשות המבוטח לצורך בחינת הזכאות
- ג. בחינת האפשרות שחברת הביטוח והמוסד לביטוח לאומי, ירכשו שירותים מקופת חולים לצורך הפעלת אחיות למטרת הערכות תפקודיות, על פי כללים שייקבע המבטח ובמסגרת הנחיות הרגולציה.
- ד. סיוע להגשת תביעה באמצעות מוקדי מיצוי זכויות שאינם פועלים למטרות רווח.

9. ייעול הרגולציה

- א. הגברת השת"פ בין המערכות - רגולציה מתואמת (בין שלושת הרגולטורים).
- ב. הקמת פורום בין משרדי – רשות שוק ההון הביטוח והחיסכון; אגף תקציבים במשרד האוצר; משרד הבריאות; משרד הרווחה והביטחון החברתי; ביטוח לאומי; וקופות החולים (יו"ר – נציג אגף תקציבים).
- ג. קביעת מחדשת של סטנדרטים בניהול סיכונים והבטחת כושר הפירעון של חברות הביטוח העוסקות בביטוחי סיעוד.
- ד. קביעת סטנדרטים מחייבים באשר לאופן ביצוע הערכות תפקודיות בביטוחי סיעוד.
- ה. הגדרת תהליכים וקביעת גורמים האחראים ומפקחים באופן שוטף אלר פעילות המבוטחים ועל איכות השירותים והמענים הניתנים לקשישים הסיעודיים, בקהילה ובמערך האשפוז.
- ו. בטווח של חמש שנים, שאיפה לאחידות של הקריטריונים המזכים בסיוע סיעודי והכפפה של כל השירותים להם זכאים נזקקי סיעוד תחת אחריותה של רשות ציבורית אחת

10. שיתוף הציבור – הקמת פורום קבוע, שיתכנס בתדירות של אחת לחודשיים, שילווה את עבודת הרגולטורים והגופים הרלוונטיים וכן ציבור המבוטחים. בפורום ייוצגו הרגולטורים הרלוונטיים (משרדי האוצר, הבריאות, הרווחה והביטחון החברתי), קופות החולים, המוסד לביטוח לאומי, מומחים בתחומי הביטוח והאקטואריה, וארגונים המייצגים את הקבוצות הבאות: חולים, בני משפחה המטפלים בנזקקי סיעוד, גופים הפועלים שלא למטרות רווח ושעיסוקם סיוע במיצוי זכויות. מומלץ לבחון את האפשרות לעגן את פעילות הפורום בחקיקה (במתכונת דומה לימועצת הבריאות' ולימועצת הביטוח הלאומי')

11. התייעלות של מערך הביטוח הציבורי בתחום הסיעוד – לרבות בהקשר להליך קביעת זכאות, פיקוח על השירות הניתן בפועל והבטחת סיוע בהתאמה לסטנדרטים בינלאומיים המותאם לצרכים של הנזקק, בדגש על אלה ברמות המוגבלות הגבוהות ביותר.

לסיכום,

האגודה לזכויות החולה קוראת לרשות שוק ההון לנקוט בכל הצעדים הנדרשים לשימור איתנותם הכלכלית לטווח הארוך של ביטוחי הסיעוד בקופות החולים, כדי למנוע את קריסתם, לשמור על זכויותיהם של המבוטחים בביטוחים אלה ולוודא שמבוטחים ששילמו שנים ארוכות את דמי הביטוח לא ייוותרו ללא מענה ביטוחי משלים לזה הקיים במסגרת הציבורית.

האגודה קוראת לממונה על רשות שוק ההון הביטוח והחיסכון לבוא בדברים עם רגולטורים נוספים הקשורים לביטוח הסיעוד, במטרה לבחון השפעות ההדדיות בין מערכי הביטוח, ולמסד ממשק קבוע שימנע השפעות רוחב שליליות בין המערכים ויפעל לייעול והבטחת סיוע מיטבי למבוטחים לאורך שנים.

כמו כן ממליצה האגודה להקים פורום סטטוטורי, מייעץ לשרים ולרגולטורים הקשורים לביטוחי הסיעוד.

המסמך מהווה תמצית עמדתנו שהוכנה בהתאמה למגבלות אשר הוכתבו ב'קול קורא' שפורסם בידי רשות שוק ההון הביטוח והחיסכון. אנו מבקשים לאפשר לנציגינו להציג את עמדתנו בפני נציגי הרשות.

בברכה,

פרופ' טוביה חורב	פרופ' יצהל ברנר	ד"ר אורית יעקבסון	שמוליק בן יעקב	נעמה וינר
חבר הנהלה	חבר הנהלה	חברת הנהלה	יו"ר	מנכ"לית

¹⁹ בהנחה שבתום שלוש השנים תוכח ההצדקה בהמשך שיווקן של פוליסות אלה למבוטחי הקופות ולא יהיה ספק ביציבותן הכלכלית של פוליסות אלה לטווח הארוך