

חומר רקע למפגש פברואר 2025

"האם קיים פתרון בר קיימא לביטוח הסיעודי בישראל? בין תמחור כלכלי לבין הלאמה"

רקע¹

בדצמבר 2024 הגיע לשיאו משבר הביטוח הסיעודי הפרטי בישראל כאשר הביטוח הסיעודי לחברי קופת חולים כללית הכולל כ-2.7 מיליון מבטחים כמעט ונכנס לסעיף החיסול העצמי. למשבר זה משמעויות מעבר לסכנת איבוד הכיסוי הביטוחי למקרה סיעוד ובמתכונתו הנוכחית הוא מאיים למעשה על כל יציבות מבנה מערכת הבריאות בישראל (כולל מעבר של מבטחים רבים לקופות אחרות ויצירת כיאוס ביטוחי במערכת הבריאות כולה).

האירועים הנוגעים למשבר הנוכחי, החלו כבר בסוף יוני 2023 כאשר עלתה הצעה דחופה לדיון בכנסת בנושא קרן העודפים של הביטוח הסיעודי של שירותי בריאות כללית (להלן: "כללית"), בשל גרעון אקטוארי צפוי שיאיים על הפוליסה. למרות שהדיון לא התקיים, באוגוסט 2023 פרסמה רשות שוק ההון טיוטת הוראות לשינוי תנאי הפוליסה, עקב עלייה בשכיחות התביעות. ההצעה כוללת הארכת תקופת ההמתנה מ-60 ל-180 יום, הפחתת תגמולי הביטוח, ודחיית כניסת הרובד המורחב לתוקף (טיטוט הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים)(תיקון), התשפ"ג-2023. שה. 3117-2023, 2023). במסמך זה מצהירה הרשות כי נבחנו שלוש חלופות והצעתה היא החלופה המשלשת את תקופת ההמתנה ומקטינה את תמלוגי הביטוח החודשי מסכום של 6,100 ש"ח לחודש לסכום של 5,500 ש"ח לחודש (הערכה). הרשות טוענת כי אין מנוס מפגיעה בתגמולי המבטחים שכן ללא שינוי זה הפוליסות יגיעו לגירעון כך שבכל מקרה זכויות המבטחים ייפגעו.

כתגובה, בנובמבר 2023 הגישה כללית עתירה לבג"ץ נגד משרד האוצר, משרד הבריאות, רשות שוק ההון וחברת הראל, עקב החלטת הראל לסיים את ההתקשרות עמה. בדצמבר 2023, הממונה על רשות שוק ההון אישר הוראות להפחתת התגמולים ולביטול תקרה מינימלית לסיכון של המבטח. יומיים לאחר מכן, כללית והראל הגיעו להסכם להעלאת הפרמיה, שאושר ע"י מנכ"ל משרד הבריאות לשנה אחת בלבד (2024), תוך דרישה לפתרון מערכתי. הראל טענה כי פתרון זה אינו מספק.

ב-04.12.2023 חתם הממונה על רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון על הוראות הקובעות הפחתה של גובה התגמולים והארכת תקופת החריג למקרה ביטוח שאירע בשנות חייו הראשונות של המבוטח ופרסם חוזר בו בוטל התנאי הקובע תקרה מינימלית לסיכון של המבטח. יומיים לאחר מכן הגיעה שירותי בריאות כללית להסכמה עם חברת הראל על שיעור העלאת הפרמיה והגישה לבית המשפט טיוטת

¹ חומר הרקע נכתב בסיוע ד"ר שרונה צדוק רוזנבלוט, ר"ח, מרצה באוני' בן-גוריון בנגב ועמיתת לידי דיוויס לפוסטדוקטורט בבית הספר לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית בירושלים.

הסכם עם חברת הביטוח. מנכ"ל משרד הבריאות אישר את המשך הביטוח אך רק לשנה אחת (2024) והוסיף כי לא יאשר לשום קופה לצאת למכרז חדש אלא דרך "פתרון מערכתי תוך מתן מענה לאומי לסוגיה". הראל הודיעה כי מענה משרד הבריאות אינו מאפשר את קיום ההסכם עם שירותי בריאות כללית, כפי שהוצג לבית המשפט בשל חוסר תוחלת להסדר של שנה. המדינה וחברת הראל ביקשו לעבור לפוליסת המשך לפי הוראות סעיף 11א להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים, אך הכללית הודיעה כי העברת המבוטחים לפוליסת המשך הינה הרת אסון. בסיכום ההליך בית המשפט דרש המשך דיון ביולי 2024 לאחר שהצדדים יבחנו את הסוגיות השונות וזאת במטרה להגיע להסכמות במהלך המחצית השנייה של 2024 וזאת לאחר אישור המשך הפוליסה של חברי שירותי בריאות כללית עם הראל לשנה אחת נוספת. גם מכבי שירותי בריאות ניהלה מגעים ובסופם סיימה את ההתקשרות עם חברת הפניקס בע"מ והעבירה את קרן המבוטחים ואת ניהול הפוליסה לחברת מנורה מבטחים בע"מ. לציין כי גם פוליסה זו תקפה לשנה בלבד (מקור אתר מכבי).

במהלך 2024 נדחו הדיונים בבג"ץ שוב ושוב. ביולי 2014 פרסמה הרשות את מסקנות הביניים של הועדה שכללו החלטת "מנדנון איזון אקטוארי דינאמי", הקשחת הגדרת מקרה הביטוח ודחיית גיל הזכאות (כך שהפוליסות לא יכסו מצב סיעודי בגיל צעיר) (דוח ביניים של הצוות לבחינת סוגיית ביטוחי הסיעוד, 2024).

בדצמבר 2024 וכדי למנוע את הקריסה המוחלטת של המודל פרסמה הרשות הוראות המשנות את תנאי הפוליסה האחידה כדלקמן (רשות שוק ההון ביטוח וחסכון, 2024):

- הקשחת מקרה הביטוח כך שיש שמצב סיעודי יוכר בהינתן אי יכולת לבצע 4 מתוך 6 פעולות יומיומיות (ADL) (או 3 פעולות במקרה שאחת היא אי שליטה בסוגרים). אבזרי עזר בפעולות הלבשה ורחצה משפרים את הגדרת יכולת ביצוע הפעולה. עדכון באשר להגדרת פעולת הלבוש כך שלבוש של כל פריט לבוש מהווה את היכולת להתלבש ושינוי הגדרת היכולת להכנס ולצאת מהאמבטיה להגבלה בניידות.

- הוספת דרישת אישור קבלת טיפול בפועל

- ביטול חובת הצירוף לפוליסת המשך קבוצתית במקרה של אי חידוש הביטוח (ביטול סעיף החיסול העצמי).

- שינוי גובה תגמולי הביטוח לרעה עבור מקרי ביטוח חדשים.

יש לציין כי היות ומדובר בפוליסה אחידה, ההשפעה גורפת על הפוליסות של חברי כל קופות החולים.

הביטוח הסיעודי הציבורי בישראל

א. כללי

מערכת הביטוח והטיפול הסיעודי הציבורי בישראל מבוזרת בין גורמים רבים אך ללא תפיסה כוללת של מתן פתרון. הביטוח הלאומי אשר אמון על הטיפול הסיעודי הביתי, אינו אוניברסלי ועל אף הרפורמה שבוצעה בו הוא אינו מספק כיסוי ביטוחי משמעותי מספק לבעלי תלות בינונית וגבוהה. בנוסף, הרפורמה בביטוח הסיעודי בקהילה שהחלה בשנת 2018 הביאה להגדלה משמעותית של מספר הזכאים לגמלאות הסיעוד ושל ההוצאה בצורה דרמטית (ראו להלן). שיעור מקבלי גמלת הסיעוד בקהילה בישראל הוא השני מבין מדינות ה OECD על אף שמדובר באוכלוסייה צעירה יחסית. ההוצאה הציבורית על הביטוח הסיעודי גבוהה מהתקציב שתוכנן, דבר שמוסיף לשאלת היציבות של המערכת בטווח הזמן הקצר והארוך. ההסתמכות ההולכת וגדלה על תקציב המדינה למימון גמלאות המל"ל, במקום על פרמיות מדמי ביטוח לאומי, הופכת את תוכנית הביטוח הציבורי לתוכנית מימון קצבאות המבוססת בעיקר ממקורות מיסוי ולא לתוכנית ביטוח לאומי. מצב האשפוז הסיעודי אינו טוב יותר: האשפוז הסיעודי מבוזר בין גורמים שונים ומביא בהכרח לפגיעה באיכות הטיפול הסיעודי ולקשיים רבים, בירוקרטיים ואחרים למשפחות המטופל. בתחום האשפוז הסיעודי, ובעיקר בשל המימון הציבורי המועט, קשה שלא להתייחס למודל הישראלי כמודל הדומה יותר לרשת בטחון למעוטי יכולת (בריטניה, ארה"ב) מאשר למודל של מערכת ביטוח או טיפול שעיקר מימונו ציבורי.

טבלה 1: ההוצאה הלאומית על ביטוח סיעודי בישראל (במיליוני ש"ח)

שנה	2015	2018	2022
סה"כ הוצאה	14,500	14,416	23,613
טיפול ביתי (כולל גמלת סיעוד בקהילה)		10,202	18,719
מתוכו גמלת סיעוד ביטוח לאומי	5,300	6,773	14,683
אשפוז סיעודי (בתי אבות + סיעודי + מורכב)	4,400	4,214	4,894
מתוכם הוצאה פרטית	6,815 (46%)	5,284 (37%)	6,908 (29%)

מקור נתונים:

בכחול - (קידר et al., 2024)

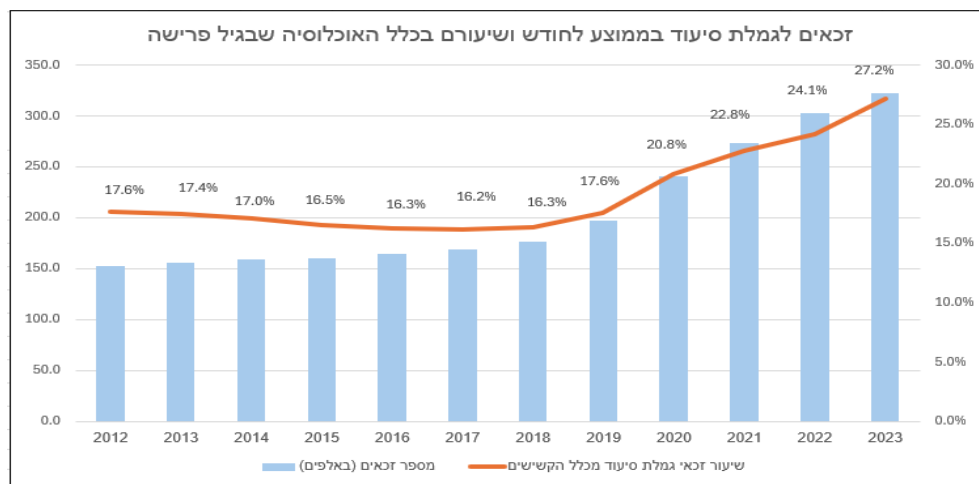
בשחור – דוחות שנתיים המוסד לביטוח לאומי 2023-2027

באדום - (רוזן et al., 2018)

ב. הרפורמה בביטוח הסיעודי הציבורי לטיפול בקהילה

בשנת 2011 הוצג מתווה רפורמה של משרד הבריאות, שכלל הצעות להרחבת הכיסוי הסיעודי, קביעת סל שירותים אחיד, הפחתת הנטל הכלכלי על משפחות, והעברת האחריות לטיפול סיעודי לקופות החולים. כמו כן, הוצעו שינויים במימון, כולל הגדלת השתתפות המעסיקים והעלאת דמי ביטוח הבריאות (חורב et al., 2011) בנוסף, לאורך השנים הוגשו הצעות חוק שונות, בין היתר על ידי ח"כ איציק שמולי, שביקש להעביר את האחריות לטיפול הסיעודי למשרד הבריאות ולשלב את הביטוח הסיעודי במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לבסוף, הרפורמה הממשלתית בגמלאות הסיעוד אושרה במסגרת תיקון 190 לחוק הביטוח הלאומי בשנת 2017. הרפורמה בסיעוד יושמה בשלוש פעימות. הראשונה בשנת 2018 והאחרונה ב 2021. לרפורמה שלושה היבטים: הראשון, שינוי בסולם רמות הגמלה כך שהזכאות לרמות גמלה שונתה ל-6 רמות (במקום 3 שהיו). השני, הזכאות להמרת חלק מהגמלה לגמלה כספית (תיקון 203 לחוק ביטוח לאומי, 1968) והשלישי הגדלת שעות הטיפול הניתנות לחלק מהרמות.

איור 1 : זכאים לגמלת סיעוד בממוצע לחודש ושיעור בכלל האוכלוסייה שבגיל פרישה



מקור: המוסד לביטוח לאומי, דוחות שנתיים 2016–2023

השינוי במספר הזכאים וברמות הגמלה לא נבע רק משינוי החקיקה בהקשר לרפורמה אלא משינויים נוספים שהתרחשו וביניהם תהליך ההערכה התפקודית שמבוצע על ידי המוסד לביטוח לאומי. יש לציין כי נכון לשנת 2021 כ- 90% מהתביעות אושרו על סמך מסמכים רפואיים ושיחת טלפון לעומת כ- 2% בשנת 2014. לשנויים השונים השפעה עצומה על ההוצאה הציבורית אך לא רק עליה. כפי שיוסבר בהמשך, הוראות הרגולטור המחייבות להתבסס על הערכת התפקוד שבוצעה במל"ל השפיעה על שיעור אישור תביעות בפוליסות הפרטיות ובמיוחד באלו של חברי קופות החולים.

ג. המוסד לביטוח לאומי

סעיף 24(ב) לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995 (להלן: "חוק הביטוח הלאומי") קובע שעל אקטואר הביטוח הלאומי להגיש אחת לשלוש שנים לשר הרווחה ולחברי מועצת הביטוח הלאומי דוח הכולל את תחזית ההכנסות וההוצאות של הביטוח הלאומי. עם זאת, בין 1995 ל-2010 לא פורסמו דוחות, מה שהוביל לחסר בנתונים. הדוחות משנת 2013 ו-2016 מצביעים על פערים משמעותיים בתחזיות, אך אינם כוללים ניתוח של המודלים הקודמים, ולכן לא מסבירים את הסיבות להבדלים ביניהם. לפי דוח 2013, בשנת 2020 התקבולים החזויים לענף הסיעוד יעמדו על 1.86 מיליארד ש"ח, בעוד שהתשלומים יעמדו על 7.05 מיליארד ש"ח (הביטוח הלאומי, 2014). עד 2045, התחזית הצביעה על כך שתקבולים בסך 2.89 מיליארד ש"ח יכסו רק 13% מהתשלומים הצפויים (21.72 מיליארד ש"ח). בדוח 2016, הנתונים הראו גידול בתחזיות ההכנסות וההוצאות, אך יחס הכיסוי נותר נמוך. בשנת 2020, התקבולים החזויים יעמדו על 2.26 מיליארד ש"ח, בעוד שהתשלומים יגיעו ל-9.85 מיליארד ש"ח. בשנת 2045, התקבולים צפויים להגיע ל-4.07 מיליארד ש"ח, בעוד שהתשלומים יעמדו על 34.14 מיליארד ש"ח, כך שהכיסוי מפרמיות יעמוד על 12% בלבד (המוסד לביטוח לאומי, 2020).

נתונים אלו מצביעים על גירעון גדל והולך בענף הסיעוד, המחייב פתרונות מימון ברי קיימא.

באפריל 2012 פורסם דוח "הוועדה לבחינת דרכים לשמירה על האיתנות הפיננסית של המוסד לביטוח לאומי בטווח הארוך" (להלן: הוועדה לאיתנות פיננסית; דומיניסיני ואחרים, 2012). כתב המינוי ניתן בספטמבר 2009 אך כדברי הוועדה בפתח הדברים של הדוח "במהלך עבודת הוועדה התחוויר לחבריה כי הבטחת חוסנה של המערכת מחייבת פתרון בעיות מורכבות בהרבה מכפי שניתן היה לשער בתחילה. זאת, מכיוון שחולשתה המרכזית של מערכת הקצבאות אינה נובעת ממצבה האקטוארי הנוכחי, אלא מבעיות הנוגעות לתהליכי קבלת ההחלטות, להסדרה הפיננסית ולכללי התחשבות בין המוסד לביטוח לאומי ובין תקציב המדינה" (דומיניסיני ואחרים, 2012). המלצות הוועדה כללו בין היתר חלוקה של הקצבאות לאשכולות שונים בהתאם לטווחי זמן שונים, הנהגת כללי איזון שונים, הקמות קרנות עודפים חדשות עצמאיות מתקציב המדינה, הגדלת העברות תקציב המדינה לביטוח הלאומי ועוד. בהיבט הרגולטורי המליצה הוועדה ליצור תשתית מידע בנוגע ליציבות הביטוח הלאומי. הדבר לדעתם אמור לקבל ביטוי בשינויים שיש לעשות במבנה דוח האקטואריה, בהעברת גיבוש הנחות המודל האקטוארי לועדת מומחים עצמאית, בהצגה ודיון בדוח בממשלה ובכנסת. בנוסף המליצה הוועדה כי יש לשקול את העמדת הדוח האקטוארי של המוסד לביטוח לאומי, כולל ההנחות שבבסיסו ותהליך גיבושן לביקורת תקופתית של גוף מקצועי בלתי תלוי (דומיניסיני ואחרים, 2012).

דוח מבקר המדינה בנושא ההתחייבויות ארוכות הטווח של המדינה ליום 31.12.2019 כולל בחינה של הדוחות האקטואריים שעורך האקטואר של המל"ל ובחינה של הצגת היציבות הפיננסית של המל"ל. מבקר המדינה מעיר כי בשל כך שאקטואר הביטוח הלאומי מציג את המצב הפיננסי של

המל"ל תחת חלופת "רמת הכיסוי המינימלי" ולא בהיוון תזרימי התקבולים והתשלומים העתידיים, לא ניתן לבחון שינויים היפותטיים בגביית דמי ביטוח אשר יכולים להביא לאיזון אקטוארי (מבקר המדינה, 2021). ממשיך מבקר המדינה וטוען כי בניגוד לדוח האקטואר לשנת 2013 שכלל כמה דרכי פעולה אפשריות לצמצום הגירעון (קרי, העלאת דמי הביטוח, העלאת גיל הפרישה, הקטנת קצבאות מסויימות והפיכת חלק מהקצבאות האוניברסליות לכאלה התלויות במבחן הכנסה), הרי שבדוח האקטוארי לשנת 2016 נמנע המל"ל מהצגת דרכי פתרון להקטנת הגרעון הצפוי.

בהתאם להחלטות הוועדה לאיתנות פיננסית על הדוח האקטוארי השנתי להיות מוצג ולהיות נדון בממשלה ובוועדת הרווחה בכנסת. מבקר המדינה מציין כי על אף החלטת ממשלה 371, שבה נקבע כי על הממשלה לקיים דיון ביציבות ארוכת הטווח של הביטוח הלאומי אחת לשלוש שנים, ושהקבינט החברתי-כלכלי יקיים דיון אחת לשנה בנוגע למאזן המל"ל ולדין וחשבון האקטוארי השנתי ועל היציבות ארוכת הטווח של המל"ל (צמצום גרעון המוסד לביטוח לאומי החלטה 371, 2015) הרי שהתקיים דיון אחד בלבד בממשלה בספטמבר 2018. מבקר המדינה ממליץ כי על הקבינט החברתי-כלכלי לקיים דיון שנתי כאמור וכי מומלץ ששר העבודה והרווחה, באמצעות מזכירות הממשלה, ייזום דיון שנתי בקבינט החברתי-כלכלי לצורך גיבוש המלצות לשמירה על יציבותו ארוכת הטווח של המל"ל (מבקר המדינה, 2021).

יש לציין כי הדוח האקטוארי המלא של המל"ל לשנת 2019 לא מופיע באתר האינטרנט של המל"ל אך ניתן לאתר. נכון למרץ 2024 פרסם המל"ל כי "הדוח שיצא בימים אלה מותאם לסוף שנת 2022, ולבקשת שר העבודה, יואב בן צור, יש לעדכן אותו ולהכניס בו את הפרמטרים המשתנים בעקבות המלחמה כדי לקבל תמונה מדויקת יותר ומותאמת למציאות העכשווית." כך שהדוח האקטוארי לשנת 2022 טרם פורסם.

הביטוח הסיעודי הפרטי בישראל

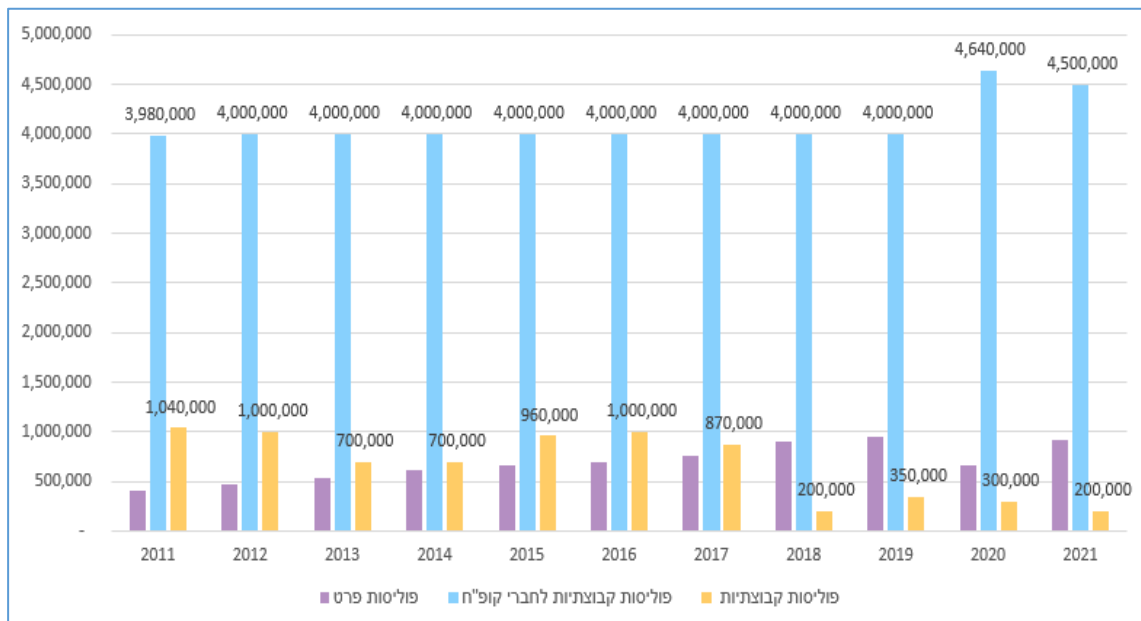
א. כללי

בניגוד למדינות ה-OECD, שבהן שיעור המבוטחים בביטוח סיעודי פרטי נמוך, ישראל נחשבת למדינה עם שיעור הכיסוי הגבוה בעולם בתחום זה, אך גם בישראל קרו שינויים משמעותיים בתחום ההיצע.

מאז 2011, כאשר המפקח על הביטוח אסר שיווק פוליסות קבוצתיות חדשות, שוק הביטוח הסיעודי עבר שינויים משמעותיים. ב-2017 חלה ירידה חדה במספר המבוטחים בעקבות ביטול מרבית הפוליסות הקבוצתיות בהוראת המפקח על הביטוח. בנוסף, בנובמבר 2019 הודיעו כל חברות הביטוח כי החל מינואר 2020 הן יפסיקו לשווק פוליסות סיעוד פרטיות חדשות וזאת בשל

הודעת מבטח המשנה כי הוא יוצא מהשוק הישראלי.. את השפעת ביטול הפוליסות הקבוצתיות ויציאת מבטחי המשנה משוק הביטוח הסיעודי ניתן לראות בשינוי תמהיל הפוליסות בתרשים הבא:

איור 2 : מספרי פוליסות ביטוח סיעודי בישראל לפי סוג, 2011–2021



מקור הנתונים: הממונה על שוק ההון הביטוח והחסכון, דוחות שנתיים, 2011–2021.

שוק הביטוח הסיעודי הפרטי בישראל יוצא דופן לא רק בהיקף הפוליסות אלא בהיקף ההוצאה על דמי ביטוח. לציין כי בהשוואה בינלאומית מול מדינות שיש להן שוק ביטוח סיעודי פרטי ניתן לראות כי שיעור דמי הביטוח ביחס להוצאה הציבורית הוא גבוה ביותר.

טבלה 2: תשלומי פרמיות לביטוח סיעודי בשנים 2016, 2019 ו- 2021:

2021	2019	2016	
1.9 מיליארד ש"ח	1.85 מיליארד ש"ח	1.35 מיליארד ש"ח	פרמיה פרטית
3.14 מיליארד ש"ח	2.73 מיליארד ש"ח	2.20 מיליארד ש"ח	פרמיה קבוצתית

מקור הנתונים: דוחות שנתיים רשות שוק ההון הביטוח והחסכון 2016-2021

ב. רגולציה ומגמות בתחום פוליסות הביטוח הסיעודי הפרטי בישראל

פוליסות פרט

בשנת 2002 פרסם המפקח על הביטוח הנחיות בנוגע לשיווק פוליסות ביטוח סיעודי פרטיות ובהן ההוראות הבאות: (1) תקופת הביטוח תהיה לכל החיים כך שהכיסוי יישמר לאורך גיל החיסכון (2) קיבוע הפרמיה למבוטחים מעל גיל 65 עם אפשרות להתאמות עקב שינויים חיצוניים (למשל, שיעורי תמותה) (3) חובת ניהול עתודות פיננסיות נפרדות לכל פוליסה, ללא סבסוד צולב (4) הכללת תקבולי ביטוח לטיפול בתי – בין אם על ידי בני משפחה ובין אם על ידי מטפל חיצוני ו (5) הבטחת ערך מסולק כך ש מבוטחים שיפסיקו את תשלומי הפוליסה יזכו לגמלה מופחתת.

לאחר שנים עיקר השינויים הרגולטוריים היו בהגדרת מקרה הביטוח ושיעור התגמולים הנגזרים מכך. שינויים אלו השפיעו אף הם על היצע המכשירים הביטוחיים בתחום הביטוח הסיעודי. חוזרי ביטוח 2013-5-1 (עריכת תוכנית לביטוח סיעודי 2013-1-5, 2013) ופרשנות על ההערכה התפקודית (הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון, 2014) השפיעו על ניהול הסיכונים התמחיריים של חברות הביטוח ותרמו יחד עם גורמים נוספים ליציאתם מהענף. בהמשך לנושא זה ראוי לציין את חוזר הממונה בהקשר ההסתמכות על מערכי התפקוד של הביטוח הלאומי ושינוי מערכת מערכי התפקוד של חברות הביטוח. בחוזר זה קבעה הממונה כי באם המבוטח עבר הערכת תפקוד במסגרת הביטוח הלאומי הרי שהערכה זו או הערכה שבוצעה על ידי חברת ביטוח אחרת תחשב כמידע מספק לצורך תיאור ביצוע הפעולות המפורטות בה ועל כן אמורה לספק את חברת הביטוח בקביעת מקרה מזכה (תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 - ביטוח סיעודי חוזר ביטוח 2018-1-12, 2018).

פוליסות הביטוח הקבוצתי (קולקטיב)

כבר ב 2011 פרסם הרגולטור כי קיימים כשלים מבניים בפוליסות הביטוח הקבוצתיות (במסגרת מקומות העבודה) (המפקח על הביטוח, 2011) אך ביטול הפוליסות (למעט מקרים בודדים) נכנס לתוקף רק בסוף 2017. מבקר המדינה כתב דוח ביקורת מפורט על התנהלות הרגולטור בנושא הפוליסות הקבוצתיות עוד מהשנים 1997 ועד לביטולם (מבקר המדינה, 2017).

פוליסות הביטוח הקבוצתי לחברי קופות החולים

בנובמבר 2012 הרגולטור הציג רפורמה בביטוח הקבוצתי לחברי קופות החולים. במתווה הוצע ליצור פוליסה אחידה לכל הקופות, במטרה לשפר את התחרות בין קופות החולים. הפוליסות הקיימות נבדלו בתנאי האכשרה, ההמתנה, התשלומים ותקרת הכיסוי הסיעודי. בשנים 2014-2015 פרסמה המפקחת על הביטוח טיוטות לשינוי התקנות, והנוסח הסופי פורסם בינואר 2016. מאז, פוליסות הביטוח הסיעודי הקבוצתיות לחברי קופות החולים הפכו לאחידות, והתחרות ביניהן מתמקדת בפרמיה ובאיכות השירות של חברת הביטוח. בעקבות החלטת הרגולטור לבטל

את פוליסות הביטוח הקבוצתיות, נפגעי ביטול הפוליסות הורשו להצטרף לפוליסות של קופות החולים. בהתאם לתקנות מ-2016, קופות החולים חוייבו לקבל מבטחים בני 60 ומעלה ללא חיתום רפואי.

בחוזר המפקח על הביטוח (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים 3-1-2016, 2016) נקבעו הוראות לחלוקת הסיכון בין קופות החולים לחברות הביטוח, לניהול קרן המבטחים ולמקרים של מעבר מבטחים או הפסקת הפוליסה. הרגולטור קבע כי חברת הביטוח תשתתף בסיכון הביטוחי בשיעור של לפחות 20% מהפער בין התביעות בפועל לתביעות הצפויות. בהסכם יוגדרו הסכומים שיועברו לקרן המבטחים, אשר תנוהל על ידי חברת הביטוח בהתאם להוראות התקנות. תקופת ההתקשרות תיקבע במכרז ותוגבל ל-8 שנים לכל היותר, תוך הבטחת רצף תביעות לאחר סיומה. החוזר כולל גם כללי גילוי נאות, פניות לזכאים ודיווח לרגולטור.

בשנת 2020 פרסם הממונה טיוטת עדכון להוראות הביטוח הסיעודי בקופות החולים, שכללה רובד נוסף ופיצוי נוסף. הרובד הנוסף נועד להמשיך את הכיסוי לאחר 60 חודשי תקבולים מהרובד הבסיסי, תחילה ל-120 חודשים נוספים, אך ב-2021 הוגדר ככיסוי לכל החיים. בנוסף, חברות הביטוח יכלו להציע פוליסת "פיצוי נוסף" להגדלת התגמולים – 1,000 ש"ח לשוהה בבית ו-3,000 ש"ח לשוהה במוסד סיעודי (הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)(ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים)(תיקון), התשפ"א, 2020).

באוגוסט 2021 פורסם תיקון שקבע כי הפרמיה לרבדים תתבסס על קרנות מבטחים שונות ובהתאם להנחיות הממונה. החוזר הבהיר כי הרובד הבסיסי מכסה 5 שנים, והרובד המורחב מבטיח כיסוי לכל החיים לאחר תקופת ההמתנה של 60 חודשים. (תיקון הוראות החוזר המאוחד ביטוח סיעודי חוזר ביטוח 13-1-2021, 2021) עם זאת, באוגוסט 2023 הודיע הרגולטור כי שיוק הרבדים המורחבים נדחה לינואר 2028 (רשות שוק ההון ביטוח וחסכון, 2023).

סעיף "החיסול העצמי"

יש לציין את תוספת ההוראות בשנת 2020 הנוגעת למצב בו פוליסת הביטוח הקבוצתית לחברי קופות החולים אינה מחודשת בתום התקופה. לפי הוראות התקנות, במקרה זה חברת הביטוח מחויבת לצרף את כלל המבטחים שהיו בפוליסה הקבוצתית האמורה לפוליסת ביטוח סיעודי קבוצתי לתקופת ביטוח לכל החיים בחלוקה לפי קרנות שונות בהתאם לרובדי הביטוח השונים. על פי התקנות, הפרמיה המשולמת, סכום הביטוח ותקופת תגמולי הביטוח יהיו לפי תנאי הפוליסה הקודמת ערב אי-חידושה בכפוף לכך שמאזנית הקרנות לא יהיו בגירעון בהתחשב ביתרת קרן המבטחים. יחד עם זאת, תנאי הביטוח יכולים להשתנות עם הזמן לפי "אומדן מיטבי של המבטח" ובאישור הממונה. הפוליסה הקבוצתית "הקולטת" לא תאפשר צבירה של ערכי סילוק, ינתן רצף ביטוחי ולא יהיה חיתום מחדש או תקופת אכשרה. דמי הביטוח יועברו לקרן המבטחים ותגמולי הביטוח וכל הוצאה אחרת תצא מקרן המבטחים. המבטח לא יידרש לשאת

בעלויות פוליסות ההמשך. בהתקיים מקרה בו פוליסת הביטוח לחברי קופות החולים לא מחודשת, על המבטח להודיע לכל חברי הקבוצה על צירוף אוטומטי לפוליסת ההמשך אצל המבטח) בתוך 45 ימים והמבוטחים רשאים לבטל את הצטרפותם לפוליסה הקבוצתית ההמשכית תוך 90 יום. יצוין שביטול כאמור יגרור ביטול מוחלט של כל זכות שהיתה עומדת להם שכן הפוליסות הקבוצתיות אינן צוברות זכויות.

על אף כל האמור לעיל, יצוין כי בסעיף 11א (ה) התקנות מציינות כי הממונה רשאי לקבוע כי במקרה שהביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח הופסק עקב אי-חידושה של הפוליסה לכלל המבוטחים אצל מבטח כלשהו, לא יחוייב המבטח לצרף את המבוטחים לפוליסה כלשהי, ויתרת קרן המבוטחים תשמש לטובת המבוטחים. המקרים הכלולים הם: (1) כל הפוליסות לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח לא חודשו אצל מבטח כלשהו או לא צפויות להתחדש או ש-(2) החלופות שהגיש המבטח מביאות לתנאי כיסוי ביטוחי שאינם סבירים בנסיבות העניין.

בחוזר זה פרסם הממונה תוצאות מחקר שבוצע על ידו על נתוני דיווח חברות הביטוח נדרשות להעביר לממונה בכל רבעון מפברואר 2019 מתוקף תיקון החוזר המאוחד שפורסם ב-24.2.2019. כל זאת היות והממונה קבע כי הפרמיה המשולמת עבור פוליסות אלו, על כל רבדיו תקבע בהתאם להנחיות שיפרסם הממונה. על קופות החולים וחברות הביטוח לבסס את בקשתם לאישור הפרמיה על ידי הממונה על הנחיות הממונה והנתונים שנתנו על ידו. עוד נקבע בחוזר זה בסעיף א (ב)(3) כי הפרמיה המשולמת לרובד המורחב תשמש לבניית קרן נפרדת לתשלום תביעות המבוטחים ברובד זה וכי הפרמיה המשולמת בגין תוספת סכום הביטוח לרובד הבסיסי ותוספת סכום ביטוח לרובד המורחב תשוך לקרן הרובד המורחב. יחד עם זאת בסעיף 4 נקבע כי הממונה רשאי לאשר כי הפרמיה המשולמת לרובד המורחב תשוך לקרן הרובד הבסיסי תחת עקרונות מסויימים. עוד נציין כי המידע הרבעוני שחברות הביטוח מחויבות להעביר לרשות אינו מפורסם.

השוואה בינלאומית

א. כללי

להלן מקורות המימון המקובלים לטיפול סיעודי:

מגזר	מקור מימון	מודלים
ציבורי	ביטוח סוציאלי (ביסמארק)	בין-דורי (PAYGO) ביטוחי אקטוארי (Intra- generational)
	מיסוי מקומי או פדרלי (בוורידג')	בין-דורי (PAYGO)
	כחלק מביטוח הבריאות	בין-דורי (PAYGO) ביטוחי אקטוארי (Intra- generational)
	שירותי רווחה - 'רשת בטחון'	בין-דורי (PAYGO)
פרטי	ביטוח פרטי (פרט או קבוצתי)	פוליסה לביטוח סיעודי בלבד / פוליסה מורכבת
	תוכניות חסכון יעודיות	
	OOP	רכישה ישירה של טיפול השתתפות עצמית משכנתא הפוכה

מדינות שונות מיישמות מודלים שונים למימון ביטוח וטיפול סיעודי וביניהם מודלים הדומים לאלו המקובלים בתחומים אחרים של בריאות ורווחה. כאן נתייחס בעיקר למקורות המימון של הטיפול הסיעודי וההשפעה של המקורות על הכיסוי הניתן בפועל. המודל הביסמארקי (Bismarck) הוא מודל לביטוח סוציאלי אוניברסלי הממומן בעיקר באמצעות גביה של פרמיות חובה המנוכות מהשכר, לרוב בשיתוף של העובד והמעסיק (Bonoli, 1997). אספקת השירותים יכולה להתבצע באמצעות המגזר הפרטי או הציבורי. תוכניות כאלה קיימות בין היתר בהולנד, בגרמניה, יפן וקוריאה הדרומית. המודל השני הינו המודל הבוורידג'י (The Beveridge Model). במודל זה המדינה מספקת כיסוי אוניברסלי לשירותים סוציאליים שונים במימון מערכת המיסוי הכללית או המקומית. מודל זה מקובל בין היתר במדינות הנורדיות. מדינות המיישמות מודל זה בתחום הטיפול הסיעודי, שותפות אף הן לתפיסה, כי באחריות המדינה לדאוג לרווחת אזרחיה בתחום הטיפול הסיעודי.

מעניין לציין את אנגליה, שכן קיים בה פער מהותי בין מערכת הבריאות המבוססת מודל בוורידג'י לבין המימון והאספקה של הטיפול הסיעודי אשר קרובים יותר לרשת בטחון, כלומר כיסוי ביטוחי למיעוטי יכולת בלבד. ישנן מדינות אשר אינן מיישמות תוכנית לטיפול סיעודי במימון ציבורי אך הן מעמידות 'רשת בטחון' ומאפשרות טיפול סיעודי מסוים במימון ציבורי למטופלים במצב סיעודי, אשר הם ובני משפחותיהם אינם מסוגלים לעמוד בהוצאות הטיפול (לדוגמא, אנגליה וארה"ב). ארה"ב מיישמת מודל של רשת בטחון. תוכנית הביטוח הציבורית למעוטי יכולת (Medicaid) היא גורם המימון העיקרי הציבורי שבשנת 2010 מימן כ- 40% מהוצאות הטיפול הסיעודי בארה"ב (OECD, 2011). גם במדינות בהן קיימת תוכנית ציבורית (ביטוח או בוורידג') ימצאו מקורות מימון פרטיים לטיפול סיעודי ולכן כמעט תמיד ידובר בתמהיל כלשהו של מימון ציבורי / פרטי.

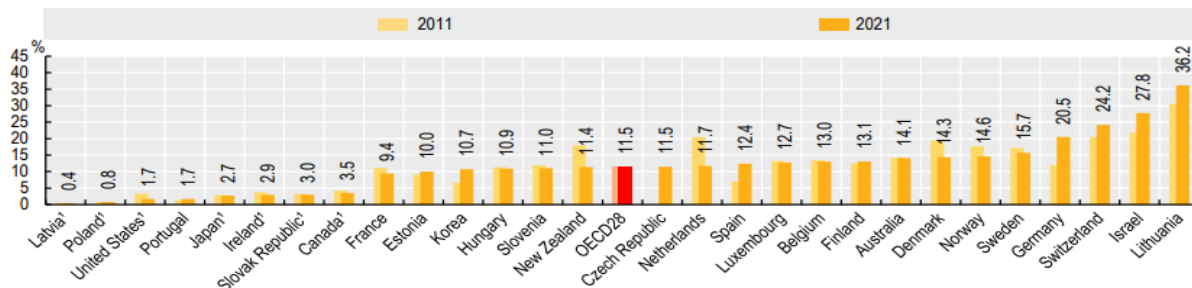
מימון פרטי יכול להגיע מתוכניות חסכון, משכנתא הפוכה, out of pocket וביטוח מסחרי (פוליסות פרט או פוליסות קבוצתיות) חשוב לציין כי שוק הפוליסות המסחריות לביטוח סיעודי קטן עד לא קיים ברוב מדינות ה-OECD בשל היותו רווי כשלים.

ב. מידע השוואתי

שיעור מקבלי מימון לטיפול סיעודי פורמלי שונה מאוד ממדינה למדינה. על אף שמאפיינים דמוגרפים מהווים נדבך חשוב בבחינת הצפי לצריכת שירותי סיעודי, השוואה בין המדינות השונות מצביעה על כך שהיבטים אחרים וביניהם זמינות המימון הציבורי משפיעים מאוד על דפוסי צריכת הטיפול הסיעודי (OECD, 2021). חשוב לציין כי במדינות בהן מרבית המימון פרטי, הדיווח על שיעור משתמשי טיפול סיעודי פורמלי עלול להיות נמוך מהצריכה בפועל. ניתן לראות כי ישראל נמצאת במקום השני בשיעור בני ה-65 ומעלה המקבלים איזושהי גמלת סיעוד מהמדינה. יש לציין כי בליטא, שווייץ, גרמניה ובספרד יש עליה גדולה בשיעור מקבלי גמלת סיעוד או טיפול סיעודי במימון ציבורי בשל שינויים בתוכניות הציבוריות ורפורמות שנעשו במהלך השנים. בהולנד יש ירידה נכרת, אך נראה שמדובר בירידה בדיווח בשל רפורמה מבנית בה החלק הרפואי של טיפול סיעודי הועבר חזרה למבטחי הבריאות והטיפול הסוציאלי לתקציב הרשויות המקומיות ועל כן אינו מדווח בחלק זה של בסיס הנתונים.

איור 3: שיעור בני 65 ומעלה המקבלים גמלה או מימון לטיפול סיעודי

Figure 10.12. Share of adults aged 65 and over receiving long-term care, 2011 and 2021 (or nearest year)



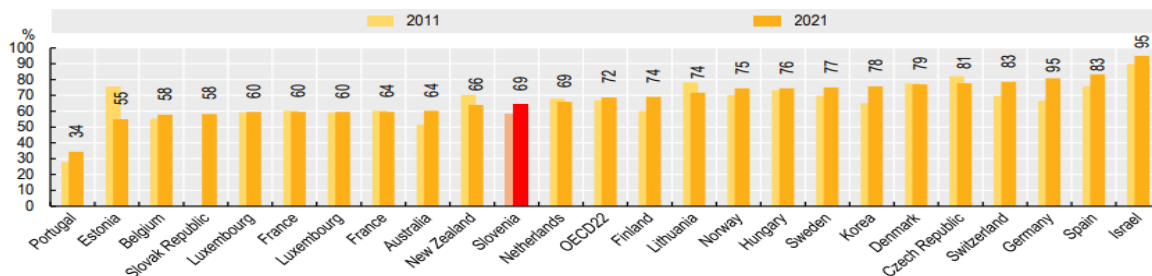
1. These values include only recipients of long-term care in institutions. Data for the United States, Slovenia, New Zealand, the Netherlands and Belgium refer to 2020.
Source: OECD Health Statistics 2023.

מקור: OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris,

<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

איור 4: שיעור בני 65 ומעלה המקבלים טיפול סיעודי בקהילה (בית או דיור מוגן) (מתוך סך מקבלי טיפול סיעודי)

Figure 10.13. Long-term care recipients aged 65 and over receiving care at home, 2011 and 2021 (or nearest year)



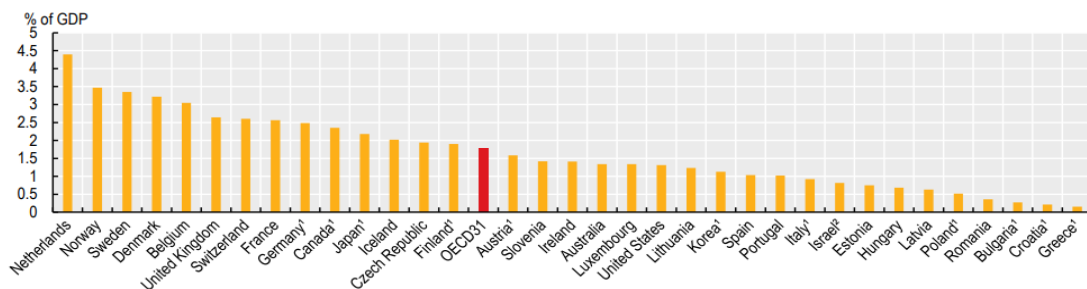
מקור: OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris,

<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

יש לציין כי קיימת שונות גדולה בהוצאה הלאומית על טיפול סיעודי. לא כל המדינות המדווחות ל OECD כוללות את כל מרכיבי ההוצאה על הטיפול הסיעודי (ישראל לדוגמה מדווחת על גמלאות ביטוח הסיעודי אך לא על הטיפול הסיעודי הרפואי). בנוסף איכות הנתונים באשר למימון פרטי נמוכה (נתונים בעיתיים לאיסוף ובמיוחד בתחום הכולל תשלומים שאינם תמיד לנותני שירות תחת אשרה). יחד עם זאת ניתן לקבל תמונה על המגמה הקושרת בין מודל המימון הציבורי לבין שיעור ההוצאה הלאומית.

איור 5: הוצאה לאומית על טיפול סיעודי 2021 או שנה קרובה

Figure 10.23. Total long-term care spending as a share of GDP, 2021 (or nearest year)



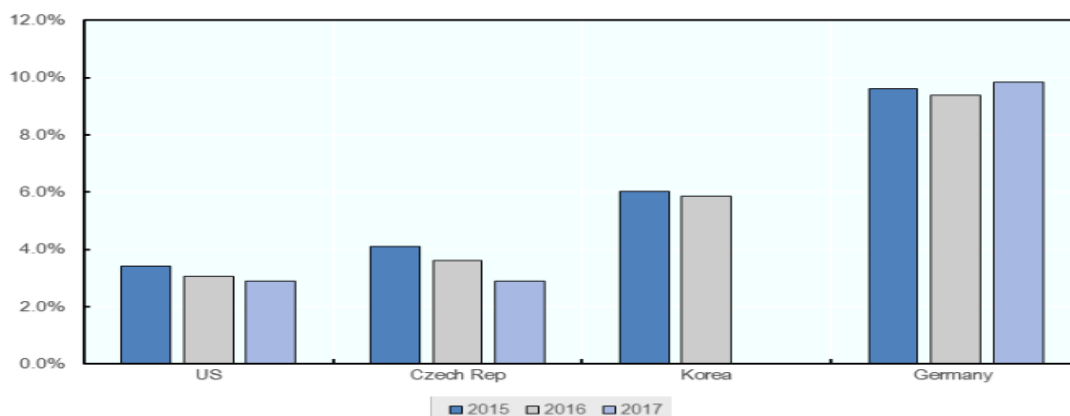
1. Countries not reporting spending for LTC (social). In many countries this component is therefore missing from total LTC, but in some countries it is partly included under LTC (health). 2. Country not reporting spending for LTC (health).

מקור: OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

באשר לשוק הביטוח הסיעודי הפרטי בעולם יש לציין כי הוא קטן ובלתי מפותח. ראשית, יש מעט מדינות בהן ניתן לרכוש מוצרי ביטוח סיעודי (stand alone או מוצרים מורכבים). שנית, גם במדינות בהן היה שוק בעבר הוא הצטמצם ובעיקר בשל הקטנת ההיצע (קנדה, ארה"ב). להלן נתונים מעבודה שבוצעה ב OECD ופורסמה ב 2021 המצביעים על הפרופורציה של הביטוח הפרטי בכמה מדינות בהן קיים שוק ביטוח סיעודי פרטי.

איור 6: היחס בין דמי ביטוח ברוטו וההוצאה הציבורית על ביטוח סיעודי 2015-2017 בגרמניה, קוריאה, צ'כיה וארה"ב



מקור: OECD (2021), Public and Private Sector Relationships in Long-term Care and Healthcare Insurance, www.oecd.org/finance/insurance/long-term-care-health-care-in-oecd-and-other-countries.htm

Data source: OECD Questionnaire

שאלות לדיון

1. insurability של המצב הסיעודי – האם מצב סיעודי מתאים למוצר ביטוח פרטי? האם ניתן לתמחור כלכלי (פוליסות פרט לעומת פוליסות קבוצתיות)? כל זאת לאור תמונת מצבו של שוק הביטוח הסיעודי הפרטי בעולם.
2. האם הביטוח הסיעודי צריך להיות מוסדר במסגרת ביטוח בריאות ממלכתי/ בגביית מס?
3. האם רצוי רצף ביטוחי לפיו בידי הפרט פוליסת אכ"ע לתקופת העבודה ופוליסת ביטוח סיעודי לתקופת הפרישה?
4. האם הזכאות בפוליסת סיעוד היא חוזית או חברתית?
5. דוחות האקטואריה של המל"ל: חשיבות, שקיפות, מודל אקטוארי, משמעות הצגת מודל של ביטוח צולב – כיצד כל אלו משפיעים על קבלת החלטות
6. שאלת שקיפות המידע המדווח לרשות שוק ההון הביטוח והחיסכון באשר לתמחור פוליסות הביטוח לחברי קופות החולים.
7. השפעת המדיניות של רשות שוק ההון על אי הכדאיות הכלכלית של הביטוח הסיעודי
8. השימוש בביטוח הסיעודי ככלי שיווקי של קופות החולים לפני ואחרי רפורמת הפוליסה האחידה – משמעויות הוצאת הביטוח הסיעודי מהתחרות על קופות החולים.
9. הקשר בין מדיניות הביטוח הלאומי, בין היתר בעקבות הקורונה למצבו של הביטוח הסיעודי
10. באם פועלים להמשך קיומן של פוליסות הביטוח לחברי קופות החולים – כיצד ניתן לפתור את הבעיה המובנית במודל של פוליסה קצובה בזמן? כיצד ניתן להביא להקטנת אי השוויון והכיסוי ביטוחי למי שידו אינה משגת?
11. באם לא יימצא מודל בר-קיימא לביטוחים סיעודיים פרטיים, כיצד ניתן להקטין את הנזק לציבור ששילם במשך שנים רבות ויישאר ללא כיסוי ביטוחי כלל?

מקורות

- Asiskovitch, S. (2013). The Long-Term Care Insurance Program in Israel: Solidarity with the elderly in a changing society. *Israel Journal of Health Policy Research*, 2(1), 1–19.
<https://doi.org/10.1186/2045-4015-2-3>
- Bonoli, G. (1997). Classifying welfare states: A two-dimension approach. *Journal of Social Policy*, 26(3), 351–372. <https://doi.org/10.1017/S0047279497005059>
- OECD. (2021). Health at a Glance 2021. In *Health at a Glance 2021*. Organisation of economic Co-operation and Development (OECD). https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en
- ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים 3-1-2016. (2016).
- דוח ביניים של הצוות לבחינת סוגיית ביטוחי הסיעוד. (2024).
- הביטוח הלאומי. (2014). דין וחשבון אקטוארי מלא ליום 31 בדצמבר 2013.
- הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)(ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים)(תיקון), התשפ"א. (2020)
- המוסד לביטוח לאומי. (2020). דין וחשבון אקטוארי מלא ליום 31.12.2016.
- הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון. (2014). עמדת ממונה - הגדרת מקרה הביטוח בביטוח סיעודי - טיוטה.
- המפקח על הביטוח. (2011). מכתב איסור שיווק קולקטיב חדש שה. 2011-33221.
- חורב, ט., קידר, נ. & הרשקוביץ, ע. (2011). ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד - מתווה לרפורמה.
- טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)(ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים)(תיקון), התשפ"ג-2023. שה. 2023-3117, 1. (2023)
- מבקר המדינה. (2017). דוח מבקר המדינה 68א.
- מבקר המדינה. (2021). דוח שנתי 71 ג.
- <https://www.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Pages/Publications/810.aspx>
- עריכת תוכנית לביטוח סיעודי 5-1-2013. (2013)
- צמצום גרעון המוסד לביטוח לאומי החלטה 371. 4-5. (2015).
- https://www.gov.il/he/departments/policies/2015_dec371
- קידר, נ., דוידוביץ, נ. & וייס, א. (2024). ביטוח סיעודי בישראל. www.taubcenter.org.il

רוזן הרן, מ., כהן קובץ', ג. &., רמות ניסקה, ת. (2018). הביטוח הסיעודי בישראל.
רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון. (2023). השפעות אסדרה: (RIA) תיקון הוראות הפיקוח על שירותים
פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים) (תיקון), התשפ"ג-2023 - טיוטה.
רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון. (2024). השפעות אסדרה: (RIA) הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים
(ביטוח) (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים) (תיקון) ישראל מדינת רשות וחיסכון ביטוח
ההון שוק. www.mof.gov.il/hon.
תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 - ביטוח סיעודי חוזר ביטוח 2018-1-12. (2018).
תיקון הוראות החוזר המאוחד ביטוח סיעודי חוזר ביטוח 2021-1-13. (2021).