

ביטוח סיעודי בישראל

מוגש לח"כ קרן ברק

תקציר מנהלים

אדם במצב סיעודי הוא אדם שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי מפעולות היומיום הבסיסיות, או שזקוק להשגחה. אשפוז וטיפול סיעודי כרוכים בדרך כלל בעלויות גבוהות, כאשר פעמים רבות הנטל הכלכלי נופל על כתפי משפחתו של האדם הסיעודי. הזדקנות האוכלוסייה, העלייה ברמת החיים והירידה בזמינות של בני המשפחה לשמש כמטפלים, מצריכה הקצאת משאבים כלכליים הולכים וגוברים לטובת מתן מענה לצרכיו של האדם הסיעודי.¹

נכון להיום ישנם שלושה הסדרים מרכזיים אשר מאפשרים קבלת סיוע במקרה של אירוע סיעודי (הגדרות שונות ל"אירוע סיעודי" יובאו בהמשך).

להלן פירוט ההסדרים בהתאם לגורם המעניק את הסיוע:

- 1. ביטוח לאומי:** אפשרות לקבלת גמלת סיעוד, **החל מגיל פנסיה**,² כתלות בעמידה במבחני הכנסה. הגמלה נועדה לסייע לשגרת החיים החדשה הנובעת מהאירוע הסיעודי (שגרה המצריכה קבלת ליווי וסיוע מלא בחיי היום-יום) אך אינה נותנת מענה במקרה של אשפוז.
- 2. סיוע במקרה של אשפוז סיעודי על ידי משרד הבריאות:** במקרה של אשפוז סיעודי זכאי המאושפז לקבל סיוע ממשרד הבריאות שבא לידי ביטוי במימון חלקי של עלויות האשפוז כתלות בהכנסת המטופל ובנסיבות נוספות (סיוע המכונה: "קוד"). סיוע זה זמין לכלל האוכלוסייה אך כרוך בהתמודדות בירוקרטית לא פשוטה עליה נעמוד בהמשך.
- 3. ביטוח פרטי קבוצתי של קופות החולים:** הסדר ביטוחי שמפעילות קופות החולים המאפשר קבלת תמיכה במקרה של אירוע סיעודי. מדובר בביטוח פרטי, אשר לכל חבר בקופת חולים ישנה זכאות להצטרף אליו, בכפוף לבחינת מצבו הרפואי ("חיתום"). הפרמיות המשולמות במסגרת ביטוח זה הינן דיפרנציאליות – ממבוטחים בגילאים צעירים נדרש סכום נמוך משמעותית מאלו שבגילאים מתקדמים. ציון כי הביטוח מספק מענה גם במקרה של אשפוז.

חשוב להבהיר כי ניתן לקבל כפל ביטוח, כלומר הביטוחים לא מוציאים זה את זה.

לצד אלו, ישנם הסדרים כלליים הפרוסים בדין הישראלי אשר יכולים לתת מענה במקרים מסוימים של אירוע סיעודי. ביניהם ניתן למנות את גמלת הנכות,³ גמלה במקרה של פגיעה בעבודה,⁴ חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים,⁵ תגמולים לנפגעי פעולות איבה,⁶ ועוד.

¹ בנק ישראל, חטיבת המחקר **הביטוח הסיעודי בישראל**, עמ' 9 (2018) (להלן: בנק ישראל).
² ס' 3 לחוק גיל פרישה, תשס"ד-2004. כיום גיל הפרישה עומד על 67 שנה לגבר ו-62 שנה לאישה.
³ ס' 196 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995.
⁴ ס' 86 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב].
⁵ חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה-1975.
⁶ חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התש"ל-1970.

בראייתנו, ניכר שההסדרים הקיימים מספקים מענה יחסית רחב בכל הנוגע להיקף הכיסוי, קרי החלק באוכלוסייה הזכאי לסיוע במקרה של אירוע סיעודי. ואולם, מכיוון שקיימים אמצעים שונים רבים, הנמצאים תחת האחריות של גופים שונים, ושבחלק מן המקרים הקריטריונים הנדרשים לקבלת הסיוע שונים, תהליך מיצוי הזכויות עלול להיות ארוך ומסורבל.

חרף העובדה שבראייתנו ניכר שהיקף הסיוע הקיים נותן מענה מספק במרבית המקרים, לשם שלמות התמונה נציג שלוש חלופות אפשריות אשר באמצעותן ניתן יהיה להרחיב את היקף הכיסוי (את היתרונות והחסרונות שלהן נציג בהרחבה בפרקים הבאים).

1. **הטלת חובת הצטרפות לביטוח הסיעודי הפרטי של קופות החולים** – זאת במטרה להבטיח סיוע לכלל האזרחים במדינה ללא תלות בגילם או בנסיבות שהובילו למצב הסיעודי.
2. **קביעה של מנגנון ברירת מחדל להצטרפות לביטוח קופות החולים** – קביעה לפיה כאשר תושב מצטרף לאחת מקופות החולים הוא יצטרף אוטומטית גם לביטוח הסיעודי שהן מציעות. לצד זאת, מתן אפשרות לוותר על ההשתתפות בביטוח (opt-out) ככל שהתשובה מעוניין בכך.

את שני פתרונות אלו ניתן ליישם על ידי תיקון **חוק ביטוח בריאות ממלכתי**⁷ לנוסח הבא:

סעיף 4(א): "תושב שמלאו לו 18 שנים חייב להירשם כחבר בקופת חולים ולביטוח סיעודי פרטי, לפי בחירתו, ולרשום בהם גם את ילדו הקטין (להלן - הילד), ובלבד שלא יירשמו ביותר מקופת חולים אחת; רישום ילד בידי הורה אחד פוטר את ההורה השני". ככל שייבחר להחיל הסדר של ברירת מחדל יתווסף הנוסח הבא:

סעיף 4(ה): "על אף האמור בסעיף קטן (א), רשאי תושב שמלאו לו 18 שנים לוותר על הביטוח הסיעודי הפרטי, עבור עצמו ועבור ילדיו הקטינים".

לצד זאת נדרש לתקן גם את **הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים)**⁸ לנוסח הבא:

סעיף 3(א): "חבר קופת חולים חייב להצטרף בכל גיל לכיסוי ברובד הבסיסי בביטוח סיעודי לחברי קופת חולים של קופת החולים שבה הוא רשום, בכפוף לבחינה של מצב רפואי קודם בלבד, כפי שייקבע בהסכם בין המבטח לבין קופת החולים".

3. **מתן אפשרות לקבל גמלת סיעוד לכלל האוכלוסייה** – ביטול מגבלת הגיל הקיימת היום בחוק הביטוח הלאומי.

את פתרון זה ניתן ליישם על ידי תיקון **חוק הביטוח הלאומי**⁹ לנוסח הבא:

סעיף 225(א): "גמלת סיעוד תשולם למבוטח שקבע המוסד שהוא זכאי לגמלה לפי סעיף 224".

⁷ חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. נוסח הסעיף המקורי: "תושב שמלאו לו 18 שנים חייב להירשם כחבר בקופת חולים, לפי בחירתו, ולרשום בה גם את ילדו הקטין (להלן - הילד), ובלבד שלא יירשמו ביותר מקופת חולים אחת; רישום ילד בידי הורה אחד פוטר את ההורה השני".

⁸ הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015.
⁹ חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995. נוסח הסעיף המקורי: "225. (א) זכאי לגמלה לפי פרק זה יהיה מי שביום הגשת התביעה לגמלת סיעוד הגיע לגיל הפרישה".

המלצה

אנו סבורים שעל מנת לאפשר מיצוי זכויות רחב ככל הניתן, ולהקל על תהליך קבלת הסיוע במקרה של אירוע סיעודי, נדרש להסמיך גוף מקצועי אשר יהיה אחראי על תהליך מיצוי הזכויות של האזרח. לשם כך, אנו סבורים שיש להסמיך חברות פרטיות שיזכו במכרז, כאשר ישנן אפשרויות נוספות שיופרטו בהמשך.

במסגרת הסקירה אנו נעמוד בהרחבה על השינויים שחלו בדין הישראלי בשנים האחרונות ועל ההסדרים הקיימים היום בשוק הביטוח הסיעודי; נעמוד על ההסדרים הקיימים בארצות הברית, בגרמניה ובסינגפור; לבסוף נעמוד על היתרונות והחסרונות של הרחבת היקף הכיסוי ונסביר מדוע בראייתנו הפתרון צריך להתמקד במיצוי הזכויות. יצוין כי סקירה זו אינה מתייחסת לסוגיית "עומק הכיסוי", קרי היקף הכיסוי שמקבל כל מבטח.

חשוב לציין שבשנת 2018 הוציא בנק ישראל דו"ח מקיף העוסק בסוגיה הכולל ניתוח כלכלי מעמיק לצד סקירה רחבה של ההסדרים הקיימים במדינות אחרות.¹⁰ משכך, מטרת מסמך זה הינה להרחיב על הנאמר שם, תוך התמקדות בפתרונות עליהם עמדנו לעיל ובהצדקות להם.

פרק א' – דין נוהג

רקע

אדם במצב סיעודי הוא אדם שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי מפעולות היומיום הבסיסיות, או שזקוק להשגחה בשל תשישות נפש.¹¹ הגדרתו של אדם כסיעודי משתנה, אך בדרך-כלל אדם יוגדר כמטופל סיעודי אם הוא סובל מירידה קשה וקבועה בניידות, בתפקודי היום-יום הבסיסיים ובמצב הבריאות, כתוצאה ממחלה כרונית או מליקוי קבוע, ואשר יזדקק לטיפול ומעקב, במסגרת אשפוז רפואית – סיעודית, לתקופה ממושכת.¹² נכון לשנת 2015 כרבע מהאוכלוסייה בגילאי 65 ומעלה הייתה זקוקה לשירותי סיעוד, ומעל גיל 80 שיעור ההיזקקות היה גדול פי 2 עד פי 3.¹³

לוח 1 - חישוב שיעור התלות הסיעודית לפי גיל בשנת 2015 (% מקבוצת הגיל)
סיעודיים מעל גיל הפרישה

גיל	מס' מוחלט	זכאים לגמלת סיעודי**	סיעודיים בקהילה***	סיעודיים במוסדות אשפוז****	אומדן שיעור תלות סיעודית
	(1)	(2) = (1) * 1.22	(3) = (1) * 0.15	(4) = (3) + (2)	
64-62*	118,856	0.9	1.1	0.2	1.3
69-65*	264,719	2.6	3.1	0.5	3.6
74-70	190,599	7.3	8.9	1.3	10.2
79-75	170,869	17.1	20.8	3.1	23.9
84-80	118,845	34.1	41.7	6.2	47.9
89-85	78,005	52.3	63.9	9.5	73.4
94-90	36,785	61.2	74.9	11.1	86.0
+95	8,990	67.1	82.0	12.2	94.2
סה"כ	987,668	160,760	196,512	29,265	225,777

אשפוז וטיפול סיעודי כרוכים בדרך כלל בעלויות גבוהות, אותן יכול האדם במצב הסיעודי לנסות לממן בעצמו, באמצעות משפחתו, או באמצעות ביטוח סיעודי.¹⁴ בישראל, ישנם כאמור שלושה מקורות סיוע סיעודי מרכזיים:

¹⁰ בנק ישראל, לעיל הי"ש 1.

¹¹ מבקר המדינה דו"ח שנתי 68א 272 (2017) (להלן: "דוח מבקר המדינה").

¹² נהלי רוחב משרד הבריאות "הגדרת מושגים" (1.11.2019).

¹³ בנק ישראל, לעיל הי"ש 1, בעמ' 8.

¹⁴ משה בן דוד אפטרופסות הלכה למעשה 185 (2015) (להלן: "אפטרופסות").

קבלת גמלת סיעוד מהביטוח הלאומי,¹⁵ ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות החולים שבחרו להצטרף אליו וסיעוד ממשרד הבריאות במימון עלויות האשפוז הסיעודי (המכונה: "קוד").¹⁶ עובר לשנת 2018, ניתן היה להיות מבוטח גם במסגרת ביטוח סיעוד קבוצתי מסחרי (קולקטיבי), אך אפשרות זו בוטלה.¹⁷ מחד, הביטוח הסיעודי הציבורי בישראל משרת שיעור גבוה מאוכלוסיית הקשישים הסיעודיים, כ-80% מהם, אולם גובה המימון נמוך ביחס להוצאות הסיעודיות שלהם.¹⁸

בפרק זה, נעמוד על מאפייניהם של ביטוחי הבריאות הקיימים בישראל, נציין את יתרונותיהם וחסרונותיהם, ולבסוף נעמוד על האפשרויות שעומדות לחולה סיעודי לקבל סיוע מן המדינה, והתנאים לקבלת סיוע זה.

ביטוח בריאות סיעודי קבוצתי קולקטיבי – בוטל בשנת 2018

עובר לשנת 2018 היה קיים בישראל ביטוח סיעודי קבוצתי מסחרי (קולקטיבי).¹⁹ ביטוח סיעודי קבוצתי מסחרי הוא ביטוח שתנאיו נקבעים בהסכם בין חברת ביטוח פרטית, בעל הפוליסה (ועד עובדים למשל) וקבוצת אנשים. בביטוח מסוג זה תנאי הפוליסה אחידים לכל חברי הקבוצה, ועל-פי רוב הפרמיה אחידה לכולם. הצטרפות העובדים בארגון נעשית ללא חיתום רפואי (כלומר המבוטח לא צריך להצהיר על מצב בריאותי), והביטוח תקף לתקופה קצרה, בדרך כלל 3-5 שנים.²⁰

כיוון שתנאי הפוליסה אחידים לכלל חברי הקבוצה, הצעירים שבקבוצה, שהסיכון שיגיעו למצב סיעודי נמוך, מסבסדים את המבוגרים שבקבוצה, שהסיכוי שלהם גבוה יותר ("סבסוד צולב").²¹ מאפיין זה מגביר את זמינות הביטוח למבוטחים מבוגרים, אולם יוצר תלות תמידית בהצטרפות של מבוטחים צעירים, שיסבסדו את הפרמיה של המבוגרים. לכן, אם מבוטחים חדשים אינם מצטרפים לקבוצה המבוטחת, הגיל הממוצע של הקבוצה עולה והיכולת לקיים סבסוד צולב נשחקת, ולפיכך הפרמיות של חברי הקבוצה המבוטחת עולות באופן משמעותי ותנאי הביטוח עלולים להשתנות לרעה. בעיה נוספת היא שהביטוח הקבוצתי המסחרי, בניגוד לזה הפרטי, אינו מבטיח שמירת זכויות כלשהן. כלומר המבוטח אינו צובר בתקופת הביטוח זכויות שיוכל לממש אם יגיע למצב סיעודי לאחר תום תקופת הביטוח.²²

מתוך חשש כי במצב שבו צעירים לא יצטרפו לביטוח הקבוצתי, חברות הביטוח הפרטיות לא יהיו מוכנות לחדש את הביטוח או שיעלו את המחירים באופן דרמטי, החל מינואר 2018 נאסר חידוש הפוליסות הללו באופן גורף על ידי הממונה על רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון. במסגרת ביטוח הביטוח הסיעודי הקבוצתי, התאפשר לכל מבוטח לעבור במשך 60 יום אוטומטית, ללא חיתום רפואי, לביטוח פרטי בחברת הביטוח שבה היה מבוטח, אולם הפרמיות גדלו בהתאם. אם המבוטח בביטוח הסיעודי הקבוצתי היה מעל גיל 60, הוא היה מתקבל

¹⁵ התוספת השלישית לחוק הביטוח הלאומי.

¹⁶ דו"ח מבקר המדינה, לעיל ה"ש 11, בעמ' 275-276. שם.

¹⁷ בנק ישראל, לעיל ה"ש 1, בעמ' 8.

¹⁸ דו"ח מבקר המדינה, לעיל ה"ש 11, בעמ' 275-276.

¹⁹ אורי טל ספירו **מתווה הפיקוח על הביטוח במשרד האוצר לביטוח סיעודי קבוצתי למבוגרים 5** (הכנסת, מרכז מחקר ומידע 2013) (להלן: "מתווה הפיקוח על הביטוח").

²⁰ דו"ח מבקר המדינה, לעיל ה"ש 11, בעמ' 295; מתווה הפיקוח על הביטוח, לעיל ה"ש 20, בעמ' 6.

²¹ שם, בעמ' 9; אורי פסינרר "הוראות הממונה על הביטוח במשרד האוצר בנושא הביטוח הסיעודי הקבוצתי" בעמ' 7 (הכנסת, מרכז מחקר ומידע 2012).

אוטומטית לביטוח הקבוצתי של קופת החולים בה הוא מבטוח. מבטוחים מתחת לגיל 60 יכולים היו לבקש להתקבל לביטוח הקבוצתי של קופות החולים או לביטוח הפרטי.²³

ביטוח סיעודי אישי

ביטוח סיעודי אישי הינו ביטוח אשר רוכש אותו המבוטח במישרין מחברת הביטוח, לאחר בחינת מצבו הרפואי הקודם ("חיתום רפואי"). פרמיית הביטוח נקבעת בהתאם לגילו ולמינו של המבוטח, למצבו הרפואי, לתקופת הכיסוי ולסכום הכיסוי. הסכם הביטוח תקף מראש לכל חיי המבוטח, וחברת הביטוח אינה יכולה לבטלו.²⁴

חברות הביטוח הודיעו לאחרונה על הפסקת שיווק פוליסות הסיעוד הפרטיות, בטענה כי עקב ירידת הריבית במשק ולאור העובדה שענף הסיעוד הוא עתיר סיכון, הן נדרשות להקצות יותר הון על חשבון הרווחים שלהן, דבר שאינו משתלם כלכלית.²⁵

ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות החולים

חלק מחברי קופות-החולים, אלה המעוניינים בכך, מבטוחים בביטוח סיעודי קבוצתי שבמסגרתו מתקשרת קופת החולים עם חברת ביטוח ומשמשת כבעלת פוליסה עבור המבוטחים. הצירוף לביטוח מותנה בהליך חיתום רפואי, וזכויות המבוטח נקבעות לפי גיל ההצטרפות לביטוח. הביטוח מתחדש בכל פעם לתקופה קצובה של 5 שנים. הפרמיות במודל נקבעות מראש, בצורה דיפרנציאלית (בהתאם לגיל) ומשקפות את הסיכון הביטוחי של המבוטח. על מנת למנוע תלות בהצטרפותם של מבטוחים חדשים בעתיד, וכדי למנוע חוסר ודאות בקרב המבוטחים, מחושבת הפרמיה על סמך הנחה שמרנית כי לא יצטרפו מבטוחים נוספים בעתיד. החל מה-1.7.16 מציעות כל קופות החולים פוליסת סיעוד זהה ואחידה לאור הרגולציה של הממונה על שוק ההון, הביטוח והחיסכון.²⁶ האחדת הביטוח מאפשרת מעבר חופשי בין קופות חולים וביטוחי הסיעוד מבלי שמבוטחים יידרשו למלא הצהרת בריאות ולעבור תהליך חיתום מחודש.²⁷

יתרונותיו של ביטוח זה הם – מחירו הזול ביחס לביטוח סיעודי פרטי, והיציבות היחסית שלו (אין לקופות החולים יכולת לגרוע מהתנאים שבהוראות הפיקוח).²⁸ עם זאת, לביטוח בריאות מסוג זה ישנם מספר חסרונות. ראשית, חברי הקבוצה משלמים, בעודם צעירים יחסית, סכום גדול ביחס לסיכון הביטוחי המשקף את גילם. שנית, תקופת תשלום התגמולים מוגבלת עד חמש שנים, וישנם שינויים תקופתיים של הפרמיה החודשית – הצפויה להתייקר מידי שנה – בהתאם לגיל המבוטח. שלישית, הביטוח אינו מאפשר צבירת זכויות (ערכי סילוק) בביטוח בגין שנות הוותק הפעילות. משמע, ברגע הפסקת התשלום מסתיים הביטוח, ללא שימור זכויות על התקופה ששולמה. רביעית, השתתפות קופות החולים בהוצאות אשפוז במוסד סיעודי של מבוטחיהן במסגרת

²³ "ביטול הביטוחים הקולקטיביים בישראל" מגן נלחמים בשבילך (1.12.2016) <https://www.magenexperts.co.il> (להלן: "ביטול הביטוחים הקולקטיביים"); מירב ארלוזורוב "מדריך: ביטוח הסיעוד הקבוצתי התבטל? זה מה שאתם חייבים לעשות" TheMarker (15.11.2017) <https://www.themarker.com/allnews/1.4604567>; אליצפן רוזנברג "משבר הביטוח הסיעודי: כל הפרטים על התוכנית החדשה" Ynet (21.11.2017) <https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5046030,00.html> (להלן: "משבר הביטוח הסיעודי").

²⁴ דו"ח מבקר המדינה, לעיל ה"ש 11, בעמ' 275.

²⁵ ביטול הביטוחים הקולקטיביים, לעיל ה"ש 23; משבר הביטוח הסיעודי בישראל, לעיל ה"ש 23; ערן יעקובוביץ' "הפסקת הביטוח הסיעודי: למה זה קרה ומה אומר?" וואלה! כסף (10.11.2019) <https://finance.walla.co.il/item/3322756>.

²⁶ דו"ח מבקר המדינה, לעיל ה"ש 11, בעמ' 275; בנק ישראל, לעיל ה"ש 1, בעמ' 12; הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים) התשע"ו-2015.

²⁷ שם.

²⁸ שם.

הביטוח הסיעודי מגיע בדרך כלל ל-80% מסך ההוצאה ועד לתקרה מסוימת. חמישית, תגמולי ביטוח הניתנים רק בגין הוצאות כספיות עבור טיפולים, וכפועל יוצא מכך הם אינם כוללים את שעות הסיעוד המוענקות על ידי בני משפחתו של המבוטח.²⁹ נכון לשנת 2015, 48% מהאוכלוסייה החזיקו בפוליסת ביטוח סיעודי קבוצתי של קופות החולים.³⁰

סיוע ישיר על-ידי המדינה

ככל שלחולה הסיעודי יש ביטוח סיעודי פרטי או קבוצתי דרך קופות החולים, יגבה מחברת הביטוח הסכום המרבי לו זכאי המתאשפז כתגמולי ביטוח, עד למלוא עלות האשפוז בפועל.³¹

ככל שלחולה הסיעודי אין ביטוח סיעודי, או שהביטוח לא מכסה את עלות האשפוז המבוקש, והחולה הסיעודי ובני משפחתו אינם יכולים לממן את הוצאות האשפוז הסיעודי עבור החולה, עשוי להינתן לחולה סיוע על-ידי המדינה.³² סיוע יכול להינתן בשני אפיקים – קבלת גמלת סיעוד מהביטוח הלאומי, וסיוע מצד משרד הבריאות במימון אשפוז סיעודי על ידי קבלת "קוד".

גמלת סיעוד מהביטוח הלאומי

הביטוח הלאומי נותן גמלת סיעוד למי שמקיים תנאים מסוימים וזקוק לעזרת אדם אחר בביצוע פעולות היום יום, או להשגחה עליו בבית למען בטיחותו.³³ כדי לקבלה חייבים להתקיים כמה תנאים – על האדם הסיעודי להיות תושב ישראל בגיל פנסיה, המתגורר בקהילה (בבית או בדוור מוגן), וגובה הכנסותיו אינו עולה על 10,551 ₪ ליחיד או 15,827 ₪ לזוג, והוא אינו מקבל קצבת נכות.³⁴

אדם שנקבע כי הוא זכאי לגמלת סיעוד זכאי לקבל סל שירותים, הניתן על-מנת לסייע לו לבצע את פעולות היום-יום, אשר הוא מתקשה לעשותם.³⁵ מוצעת לו עזרה בניהול משק, טיפול והשגחה, אספקה חודשית של מוצרי ספיגה חד פעמיים, שירותי מוקד ולחצן מצוקה, שירותי כביסה וכדומה (בעין או בקצבה).³⁶ גובה המלגה נע בין 996 ל-4,470 ₪ כתלות במידת התלות של המבוטח ובהכנסתו.³⁷

סיוע מימון אשפוז סיעודי על ידי משרד הבריאות ("קוד")

"קוד אשפוז" הינו סעיף תקציבי במשרד הבריאות, המיועד לאשפוז של חולה אחד, מתוקף זכאותו למימון העלות הכרוכה באשפוז במוסד סיעודי.³⁸ סך ההשתתפות העצמית של המועמד ומשפחתו נע בין 32% מגובהה של קצבת הזקנה לזוג, ועד למלוא הסכום שמשלם משרד הבריאות למוסד הסיעוד (מלוא עלות האשפוז בפועל).³⁹

²⁹ גבי נקבלי "ביטוח סיעודי – פרטי או באמצעות קופות החולים?" **מרכז מידע רעות** (13.10.2020) <https://www.reutheshel.org.il>; פוליסת סיעוד בקופ"ח או פוליסת סיעוד פרטית **Honesty סוכנות לביטוח ופיננסים** (26.1.2016).

³⁰ בנק ישראל, לעיל ה"ש 1, בעמ' 24.

³¹ בג"ץ 4613/03 **שחם נ' שר הבריאות**, פ"ד נח(6) 385, בפס' 1 לפסק-דינו של השופט לוי (2004) (להלן: "פרשת שחם").

³² אפורופסות, לעיל ה"ש 14, בעמ' 188.

³³ אפורופסות, לעיל ה"ש 14, בעמ' 301-300.

³⁴ שם.

³⁵ שם.

³⁶ שם.

³⁷ בנק ישראל, לעיל ה"ש 1, בעמ' 21.

³⁸ פרשת **שחם**, לעיל ה"ש 31.

³⁹ אפורופסות, לעיל ה"ש 14, בעמ' 188.

לשם בירור סך ההשתתפות העצמית, יידרש החולה הסיעודי (באמצעות בני משפחתו) במסגרת פנייה למשרד הבריאות, למלא טפסים ושאלון הצהרה על מצבו הכלכלי ולחתום עליו בפני עורך דין.⁴⁰ אם החולה הסיעודי אינו יכול לשלם עבור האשפוז, יחויב הוא בסכום המינימלי.⁴¹ כאשר מדובר בקשישים, ברוב המקרים יגבו 80% מקצבת הזקנה של החולה הסיעודי ישירות מן הביטוח הלאומי ויתרת התשלום בגין האשפוז תגבה בהתאם למקורות המימון של החולה.⁴² בכל מקרה אין להעביר למשרד הבריאות את 20% הנותרים מקצבת הזקנה של החולה הסיעודי, אשר מיועדים לשמש "דמי כיס" עבורו, וכן יש להותיר סכום של 17,500 ₪ מתוך רכושו של החולה הסיעודי ל"כבוד אחרון" (סידורי קבורה, לווייה וכדומה).⁴³

כאן המקום לציין שהבחינה הכלכלית של החולה הסיעודי ובני משפחתו על-ידי משרד הבריאות מורכבת משני שלבים. בשלב הראשון ייבחנו כל הכנסותיהם וכל נכסיהם של החולה הסיעודי ובן/בת זוגו.⁴⁴ בכלל זה יובאו בחשבון גם נכסי מקרקעין שבבעלות החולה הסיעודי ופירותיהם.⁴⁵ בשלב השני, וככל שמקורותיו של החולה הסיעודי אינם מספיקים כדי לכסות את הוצאות האשפוז, ייבחנו גם הכנסותיהם של ילדיו הבגירים.⁴⁶ במקרים בהם החולה הסיעודי ובני המשפחה מסרבים להשתתף במימון האשפוז ולא משתפים פעולה עם משרד הבריאות, ומשרד הבריאות סבור כי אי-אשפוזו של החולה במוסד סיעודי עלול לסכן את בריאותו, המדינה תישא בעלויות האשפוז, אך היא עלולה לגבות את החוב בהליכי גבייה או בהליכים משפטיים.⁴⁷

לאחר בחינת הנתונים, קובע משרד הבריאות את רמת הזכאות, שמשמעותה סך ההשתתפות העצמית שעל המתחייב לשלם מידי חודש למשרד הבריאות. במקרים רבים שבהם ההכנסה נמוכה, יינתן פטור מלא מהשתתפות עצמית. חישוב הזכאות ייערך פעם בשנתיים, או לבקשת חולה ובני משפחתו בשל שינוי בנסיבות, או ביוזמת לשכת הבריאות המחוזית, אם יש יסוד סביר לחשוב כי נמסר מידע חלקי, שגוי או כוזב, או בשל שינוי בנסיבות. בכל המקרים הללו, הבחינה המחודשת יכולה להוביל לעלייה או לירידה בהיקף ההשתתפות העצמית.⁴⁸

יובהר כי מתאשפז לא יופנה למוסד סיעודי לפני שניתנו ושנחתמו התחייבויות לתשלום לטובת משרד הבריאות של כל המחויבים בהשתתפות: המתאשפז, בן/בת זוגו ובניו/בנותיו הבגירים של המתאשפז.⁴⁹ במקרים חריגים, לפי שיקול דעת של רופא המחוז ו/או רופא גריאטרי מחוזי, יש אפשרות להפנות מתאשפז לאשפוז לפני שנחתמו כתבי התחייבות והוראות קבע לחיוב חשבון על ידי כל בני המשפחה.⁵⁰ עם זאת, המשפחה תהא מחויבת בתשלום ותתבצע גבייה רטרואקטיבית.

לאחר עריכת החישוב כל אחד מבני המשפחה יקבל הודעה על סך ההשתתפות שנקבע לו ושעליו לחתום על כתב התחייבות אישי לתשלום החודשי בכל לשכת בריאות מחוזית. למעמד החתימה יש להביא שני ערבים שיציגו

⁴⁰ שם, בעמ' 189.

⁴¹ שם.

⁴² ס' 307 לחוק הביטוח הלאומי.

⁴³ אפוטרופסות, לעיל ה"ש 14, בעמ' 189.

⁴⁴ תא (ב"ש) 46829-04-13 האגודה למען החולה באר שבע-בית אבות עירוני נ' אסייג מישל, בפס' 18 לפסק הדין של השופט הולצמן (2016).

⁴⁵ חוזר מנהל רפואה מס' 8/2018 "סיוע במימון האשפוז הסיעודי הכרוני" (21.3.2018) (להלן: "חוזר משרד הבריאות"); אפוטרופסות, לעיל ה"ש 14, בעמ' 189.

⁴⁶ שם.

⁴⁷ שם.

⁴⁸ שם, בעמ' 190.

⁴⁹ הפ (עכו) 49604-09-14 ציביה ויסמן נ' משרד הבריאות / המשרד הראשי, בפס' 19 לפסק הדין של השופט בולוס (2015).

⁵⁰ חוזר משרד הבריאות, לעיל ה"ש 45; אפוטרופסות, לעיל ה"ש 14, בעמ' 190.

תעודת זהות, תלוש משכורת או אישור פקיד שומה על הכנסותיהם. ניתן לערער על גובה ההשתתפות העצמית רק לאחר חתימה על כתב ההתחייבות לתשלום. בן משפחה המסרב לחתום על כתב התחייבות או הוראת קבע יחויב בהשתתפות עצמית בגובה ההפרש בין תשלומי יתר בני המשפחה לבין מלוא עלות האשפוז בפועל, וינקטו נגדו צעדי גביה.⁵¹

פרק ב' – סקירה משווה

בחלק זה נבקש להדגים באמצעות שלוש דוגמאות של הסדרים קיימים בארצות הברית, סינגפור וגרמניה שלוש שיטות שונות בהן ניתן להסדיר את סוגיית הביטוח הסיעודי. נראה כי לאופייה של המדינה יש השלכה ניכרת על מאפייני ההסדרים שקיימים בתחום. בארצות הברית, בהתאם לאופיה הכלכלי – הליברלי, המדינה כמעט שלא מתערבת בתחום הסיעודי, ומסייעת רק במקרים המאופיינים במצוקה כלכלית קשה כפי שיורחב להלן. לעומת זאת, בגרמניה, לה מערכת סוציאלית רחבה, מוטלת חובת ביטוח סיעודי על כלל האזרחים והמדינה היא זו שמספקת ברוב המקרים את הסיוע לאזרח. לבסוף נציג את השינוי שחל בהסדר הקיים בסינגפור, אשר עברה מביטוח סיעודי הפועל במתכונת של ברירת מחדל, משמע שלאזרח יש אפשרות לוותר על הביטוח (Opt-Out), להסדר שבו מוטלת חובת ביטוח על כלל האזרחים.

ארצות הברית

בהתאם לאופי הליברלי של המדינה, היקף הסיוע של המדינה הוא מצומצם ומרבית האזרחים מממנים את העלויות הסיעודיות בעצם. האשפוז הסיעודי בארצות הברית על כל גווניו השונים - בין אם זה אשפוז בבית אבות או סיוע שמגיע הביתה ומתבצע בקהילה – נקרא LTC (long term care). כ-2% אחוזים בלבד מהאוכלוסייה בארצות מבוטחת בביטוח סיעודי פרטי,⁵² יתר האוכלוסייה ממנת את עלויות הסיעוד בעצמה או נעזרת בתוכניות הסיוע הפדרליות.

מאפייני המימון הסיעודי בארצות הברית

מימון עצמי:

רוב הציבור מעדיף לשלם על טיפול לטווח הרחוק (בקהילה או באשפוז) כאשר זה נדרש בעצמם, ולא לרכוש ביטוח פרטי. עלות הטיפול משתנה בין מדינה למדינה ומושפעת מיוקר המחיה במדינה הספציפית, והבחירה במקום הטיפול – בית אבות, אשפוז יום, סיוע בבית וכיוצא בזה. אולם, ככלל ניתן להעריך שהעלות השנתית עומדת על כ-50,000 דולר בשנה לאדם.⁵³

⁵¹ שם.

NAIC, The State of Long-Term Care Insurance: The Market, Challenges and Future Innovations (2016) ⁵²

https://www.naic.org/documents/cipr_current_study_160519_ltc_insurance.pdf

Peter Gallanis, President, Nat'l Org. of Life & Health Ins. Guar. Ass'ns, et al., State of the U.S. Long-term Care ⁵³

Insurance Industry: NOLHGA Presentaion to the NAIC (Mar. 30, 2017), https://www.naic.org/documents/cmte_e_mlwg_related_state_of_ltc_industry.pdf

שוק הביטוח הפרטי:

הביקוש לביטוח ייעודי לטיפול לטווח הרחוק (LTCI) הצטמצם באופן משמעותי מאוד בעשרים השנים האחרונות.⁵⁴ החל משנת 2002 ישנה ירידה עקבית הן במספר חברות הביטוח המציעות פוליסה סיעודית והן במספר האנשים שרוכשים אותה. כאמור רק חלק קטן מהאוכלוסייה מחזיקה בביטוח ייעודי לסיוע ארוך טווח. הסיבה המרכזית לכך הינה עלותו הגבוהה של הביטוח, כ-2,000 דולרים בשנה.

סיוע באמצעות הביטוח הפדרלי:

בשנים האחרונות הורחבו האפשרויות בביטוח הרפואי שניתן במחיר מוזל על ידי המדינה הפדרלית. שתי התוכניות המרכזיות הינן:

Medicare: תכנית הביטוח הפדרלית לאנשים מעל גיל 65 שהוקמה בשנת 1965.⁵⁵ התוכנית מספקת ביטוח לגיל השלישי לאנשים שעבדו מעל עשר שנים בעבודה המזכה בביטוח (qualifying employment). ככלל התוכנית איננה ממנת אשפוז סיעודי ארוך טווח, אבל היא כן מממנת סיוע חלקי במקרים שבהם הסיוע האשפוזי הגיע לאחר אשפוז בבית חולים ליותר משלושה ימים. הטיפול לטווח רחוק שניתן לפי תכנית זו כולל בעיקר שהייה בבתי אבות. התוכנית ממנת באופן מלא את עשרים הימים הראשונים בבית האבות ולאחר מכן המימון הוא לחלוטין באחריותו של האדם. השירות שניתן הוא בעיקר שירות שיקומי.⁵⁶

Medicaid: היא תכנית הביטוח הפדרלית לאנשים ממעמדות סוציו-אקונומיים נמוכים. מדובר בתכנית לה תפקיד משמעותי במימון העלות של טיפול סיעודי ארוך טווח, שכן בני מעמד הביניים מעדיפים להשתמש בה ולא לרכוש ביטוח פרטי. הסל השיקומי שניתן בתוכנית זו כולל בתי אבות, מוסדות בקהילה וסיוע בבית. בנוסף, הוא כולל סיוע שלא נכלל בתוכנית של Medicare כדוגמת שירותי הסעה, טיפולי שיניים וראייה.⁵⁷

החיסרון המרכזי של התכנית הוא שכדי להיות זכאי לסיוע על האדם להוכיח שיש לו נכסים בשווי של נמוך מ-2,000 דולר (ברוב המדינות), למעט נכסים חיוניים כמו בית המגורים ורכב. לכן, אנשי מעמד הביניים, הרוצים לקבל סיוע, נאלצים למכור נכסים רבים (קרנות הון, נכסים פיזיים, קרנות, פנסיה וכו') עוד בטרם פנייה לקבלת הסיוע מתוכנית זו.⁵⁸ מן הראוי לציין כי כניסה לתוכנית זו משמעותה דה פקטו ויתור על כל חסכונות החיים שאדם צבר עד לנקודה זו.

סינגפור

החל משנת 2002 בסינגפור פועלת תכנית Eldersshield שהייתה דומה במאפייניה לביטוח הסיעוד של קופות החולים בישראל – הביטוח מעוצב על ידי הממשלה אך מתומחר, נמכר ומנוהל על ידי חברות מסחריות. המאפיין המרכזי המיוחד בה הוא שעד לשנת 2019 התכנית הייתה רושמת אוטומטית את כל בני ה-40 ומעלה (ברירת המחדל), כאשר למי שאינו רוצה להשתתף בתכנית הייתה אפשרות לצאת.

⁵⁴ Lawrence A. Frolik, *Private Long-Term Care Insurance: Not the Solution to the High Cost of Long-Term Care for the Elderly*, 23 ELDER L.J. 371 (2016) (להלן: **Not the solution**).

⁵⁵ Jason D. Lazarus, *Total Medicare Compliance in a New Age*, 25 ELDER L.J. 377 (2018) and Medicaid: Conflicting Incentives for Long – Term Care, 85 Harvard Medical David C. Grabowski, Medicare and Medicaid: Conflicting Incentives for Long – Term Care, 85 Harvard Medical School 579,580 (2007) (להלן: **Medicare and Medicaid**).

⁵⁷ שם, בעמ' 582-583.

⁵⁸ לעיל **Not the solution**, ה"ש 54, בעמ' 379.

בשנה אחרונה סינגפור החלה בתהליך לקידום תכנית CareShield לפיה כל האזרחים מעל גיל 30 יצטרפו אוטומטית לתכנית, **ללא האפשרות לוותר עליה**. מטרת התכנית היא להרחיב את הסיוע לאזרחים באופן משמעותי ולהבטיח שבמקרה שבו אדם נכנס למצב סיעודי יינתן לו סיוע לכל החיים של כ-600 דולר בחודש (ולא רק של כ-400 דולר בחודש ל-5 השנים הראשונות כפי שהיה במסגרת EldersShield). יש לציין כי העלות של התכנית החדשה לאזרח היא גבוהה, בין 200 ל-300 דולר בחודש, אך הממשלה מסבסדת את העלות בצורה חלקית עבור מי שלא יכול לשלם עליה. עם המעבר לתכנית החדשה המטרה היא שהמדינה תפעיל את הביטוח ולא תיעזר בחברות מסחריות.⁵⁹

יצוין כי לצד תכניות אלה מפעילה סינגפור את תכנית ממשלתית שנועדה לסייע במקרה של אשפוז, לרבות אשפוז סיעודי.

גרמניה

בגרמניה קיימת תכנית ביטחון סוציאלית בשם LTCI (Long-Term Care Insurance). ה-LTCI מבוסס על עקרון של "שיקום לפני טיפול, טיפול בבית לפני טיפול מוסדי, טיפול מוסדי לשהייה קצרה לפני אשפוז סיעודי".⁶⁰ עיקר ההשתתפות הציבורית באשפוז הסיעודי מותנית בהערכה של ההכנסות, הנכסים ונסיבות חברתיות נוספות. ישנן תכניות מרכזיות לביטוח סיעוד ציבורי וחלק משמעותי מהמימון מגיע מהפרשות חובה ייעודיות מהשכר.⁶¹ ה-LTCI מכסה היום כמעט את כל האוכלוסייה, והמבוטחים במערכת ביטוח הבריאות הציבורית מבוטחים גם בתוכנית ה-LTCI הציבורית.⁶²

החל מה-1 בינואר 2009 כל אזרח גרמני חייב להיות בעל ביטוח בריאות, וכחלק מכך גם להחזיק בביטוח סיעודי לטווח ארוך. פרטים שאינם מכוסים על ידי קרנות הביטוח הלאומי מחויבים לכתות חוזה עם ספק ביטוח פרטי על בסיס תעריף בסיסי.⁶³ כלומר, מבוטחים במערכת ביטוח הבריאות הציבורית הופכים לחברים בתוכנית הביטוח הסיעודי ארוך-הטווח, ואילו אנשים בעלי ביטוח בריאות פרטי מחויבים לקנות ביטוח סיעודי ארוך-טווח פרטי, אשר נדרש לספק חבילת הטבות זהה.⁶⁴ ההטבות שניתנות הן זהות עבור הביטוח הפרטי והציבורי – כוללות הטבות לטיפול ביתי, טיפול מוסדי (לרבות אשפוז סיעודי) וטיפול בלתי פורמלי.⁶⁵

מימון:

מערכת ה-LTCI הציבורית ממומנת באמצעות מס שכר אחיד ארצי מהשכר (1.95% נכון ליולי 2008), המחולק באופן שווה למעסיקים ולעובדים. מבוטחים בני 23 ויותר בלי ילדים מחויבים בתשלום נוסף של 0.25%. עובדים מעל שכר מסוים יכולים לבחור בביטוח פרטי, כאשר קרנות ה-LTCI הפרטיות חייבות להציע לכל הפחות תנאים

Ministry of Health, About CareShield Life <https://www.careshieldlife.gov.sg/careshield-life/about-careshield-life.html> ⁵⁹

Erika Schulz, *The Long-Term Care System for the Elderly in Germany*, SSRN ELECTRONIC JOURNAL 1 (2010) ⁶⁰ (להלן: שולץ).

⁶¹ בנק ישראל, לעיל הי"ש 1, בעמ' 32.

⁶² שולץ, לעיל הי"ש 60, בעמ' 1.

⁶³ שם, בעמ' 6.

⁶⁴ שם, בעמ' 1.

⁶⁵ שם, בעמ' 5.

ברמה דומה לאלה של הקרנות המנדטוריות (ביטוח החובה), ולרוב הפרמיות לא יחרגו מאלו של הקרנות הציבוריות.⁶⁶

עומק הכיסוי:

הקצבאות לשירותי טיפול ביתי מכסות את עיקר עלויות הטיפול האישי ואת עלויות מתן העזרה בביצוע משימות מעשיות בהתאם לרמה הנדרשת על פי הערכת המועצה הרפואית; לעומת זאת, הקצבאות המוענקות בעבור טיפול מוסדי (לרבות אשפוז רפואי) מכסות רק חלק מהעלויות הכוללות של בתי אבות, שהן יקרות יותר באופן יחסי. קרנות ה-LTCI מכסות בממוצע כמחצית מהעלות, כאשר מוטבים שאינם מסוגלים לכסות את העלויות הנוספות זכאים לסיוע וקצבאות סוציאליות, בנוסף לקצבאות מקופות ה-LTCI בהתאם למבחן הכנסות.⁶⁷

פרק ג' – דיון בחלופות השונות ומסקנות

כאמור, בראייתנו נדרש למקד את המאמצים בתחום הסיוע הסיעודי בסוגיית מיצוי הזכויות. זאת במטרה להבטיח כי הכיסוי הקיים, יהיה נגיש ככל הניתן לאלו אשר זקוקים לו. בחלק זה נבקש להראות אילו גורמים יכולים לקחת את האחריות על תהליך מיצוי הזכויות ונעמוד על היתרונות והחסרונות של מתן אחריות זו על כל אחד מהם. לבחירות גוף זה ישנה חשיבות מכיוון שכפי שהראינו לעיל, תהליך קבלת הסיוע אינו תמיד פשוט. בנוסף נעמוד על שלוש אפשרויות להרחבת הכיסוי הקיים היום, אף כי כאמור בראייתנו, סוגיה זו נמצאת בעדיפות נמוכה יותר.

הגורם המתאים לקבלת האחריות על מיצוי הזכויות

כאמור, לאדם המגיע למצב סיעודי ישנם כמה אפיקים אליהם הוא יכול לפנות – סיוע המגיע לו מטעם המדינה; לצד סיוע אשר הוא זכאי אליו מתוקף ביטוח פרטי אליו הוא שייך. אנחנו סבורים כי האחריות על תהליך מיצוי הזכויות צריכה להיות מלאה, משמע שהאחריות תכלול את תהליך ההכנה והגשת הבקשה לסיוע, סיוע בתהליך הוכחת הזכאות לסיוע (וועדות רפואיות, הגשת מסמכים משלימים וכדומה) ולאחר קבלת הסיוע – גם עזרה במימוש. מכיוון שהקריטריונים לזכאות משתנים בין גורם לגורם ומכיוון שתהליך מיצוי הזכויות כרוך בהתנהלות למול גורמים פרטיים וציבוריים, **אנו סבורים כי לחברה פרטית יהיה יתרון יחסי בתפקיד זה.**⁶⁸

הטלת אחריות מיצוי הזכויות על חברה פרטית

כיום, בשוק הישראלי פועלות חברות רבות שתפקידן הוא לסייע למבוטחים בתהליך קבלת הסיוע, הן מגופים פרטיים והם ממוסדות המדינה (המוסד לביטוח לאומי בפרט). כך גם ישנם עורכי דין שמתמחים בתהליך מיצוי הזכויות בעניינים רפואיים.

להטלת האחריות על גוף, או מספר גופים פרטיים, יש מספר יתרונות מרכזיים:

ראשית, במידה שתוטל האחריות על מספר גופים ניתן יהיה לייצר תחרות בין הגופים השונים. במישור ההתנהלות מול הפרט, אלו יתחרו על איכות השירות ומהירות הטיפול במטרה להגדיל את מספר הפונים; במישור מול המדינה, ככל שיתקיים תהליך של מכרז על מנת לבחור את הגופים, אלו יתחרו אחד מול השני גם

⁶⁶ שם, בעמ' 3.

⁶⁷ שם, בעמ' 8.

⁶⁸ ביטוח לאומי מיצוי זכויות אקטיבי בביטחון סוציאלי 70 (2019) (להלן: סקירת מיצוי זכויות).

על המחיר אותו יגבו בתמורה לשירות. אנו סוברים כי בכל מקרה כדי להוריד את העלויות, על המדינה לסבסד או לממן לחלוטין את הפניה לאותן גורמים, כאשר התחרות ביחס למחיר תהיה בעיקר מול המדינה. **שנית**, בשונה מקופות החולים והמוסד לביטוח לאומי (עליהם נרחיב בהמשך), החברות הפרטיות מנוסות בעבודה גם מול חברות הביטוח הפרטיות וגם מול המוסדות הציבוריים. לניסיון זה יכול להיות ערך רב ביעילות תהליך קבלת הסיוע. **שלישית**, מכיוון שהחברות הפרטיות הן לא הגורם שמספק את הסיוע, תפקידן בתור הגורם שאחראי על מיצוי הזכויות לא יעמיד אותן בניגוד עניינים למול אינטרסים אחרים של אותו גורם, למשל – מגבלות תקציביות של המוסד לביטוח לאומי.

למרות זאת, להטלת האחריות על גוף פרטי ישנו גם חסרון מרכזי – מכיוון שהאינטרס של החברות הפרטיות הוא בראש ובראשונה כלכלי, השיקול של טובת הלקוח לא בהכרח יעמוד בראש סדרי העדיפויות של החברות. החברות עלולות להעדיף יעילות כלכלית והשקעה מינימלית בכל פונה, וזאת על חשבון טובתו של הפונה. יצוין כי ניתן להתמודד עם קשיים אלו על ידי הטמעה של מדדי ביצוע בתוך המכרז – הן כאלה מתמקדים ביעדי מיצוי זכויות, והן כאלה המתמקדים בחוויית השירות שזכה לה הפונה. זאת לצד הליכי בקרה שיוודאו כי החברות פועלות בהתאם לתנאי המכרז ולטובת הלקוח.

דוגמא לתהליך דומה ניתן למצוא כיום בתכנית "יד מכוונת" של המוסד לביטוח לאומי. בה ניתן שירות של ייעוץ והכוונה חינם לאנשים במסגרת פנייתם לוועדות רפואיות של הביטוח הלאומי. השירות כיום ניתן בתביעות העוסקות בנושאים של: נכות כללית, נכות מעבודה, ילד נכה, שירותים מיוחדים, נפגעי פעולות איבה, נפגעי פוליו ופטור ממס הכנסה. יש לציין כי השירות מופעל על ידי **חברות פרטיות** וממומן על ידי הביטוח הלאומי.⁶⁹

יצוין כי קיימים גופים נוספים רבים אשר עוסקים בתהליך מיצוי הזכויות, הן מטעם המדינה והן גופים אזרחיים (עמותות) והן גופים עסקיים. עליהם ניתן לקרוא בהרחבה בסקירה שפרסם המוסד לביטוח לאומי בנושא.⁷⁰

לסיוע בתהליך מיצוי הזכויות ישנה חשיבות מיוחדת ככל שמדובר בסיוע סיעודי. זאת מכיוון שהאוכלוסייה הסיעודית מורכבת ברובה מאנשים מבוגרים, להם נגישות נמוכה יותר למקורות מידע (בפרט האינטרנט) ומכיוון שהמצב הסיעודי בו נמצא האדם יכול להקשות עליו לנהל את תהליך קבלת הזכאות בעצמו. על ידי הטלת האחריות על חברה פרטית, הנגישות של האוכלוסייה המבוגרת לזכויותיה תהיה גבוהה יותר וכן במקרים רבים, הסיוע מהמדינה יחסוך כסף רב לפונים, שכן אלו לא יידרשו לפנות לחברות פרטיות העוסקות במיצוי זכויות.

המלצה

בראייתנו היקף הכיסוי הקיים היום הינו יחסית רחב ולאור המחקר שערכנו, ושיחות שקיימנו בין היתר עם חוקרות שחקרו את תחום הביטוח הסיעודי לאחרונה, המסקנה שעולה הינה ההיבט המשמעותי ביותר בו נדרש לטפל בתחום הביטוח הסיעודי הינו ייעול הליך מיצוי הזכויות ויצירת תחנה אחת ("one stop shot") לכל הפניות הנוגעות לקבלת סיוע סיעודי. על כן **אנו ממליצים על בחירה, באמצעות מכרז, של מספר גופים פרטיים שירכזו את תהליך מיצוי הזכויות מתחילתו ועד סופו, מול החברות הפרטיות ומול הגופים הציבוריים, במימון חלקי של המדינה.**

⁶⁹ "יד מכוונת - ייעוץ והכוונה חינם לוועדות רפואיות של הביטוח הלאומי" כל זכות B69ev/shorturl.at.
⁷⁰ סקירת מיצוי זכויות, לעיל ה"ש 68, בעמ' 70-73.

בשולי הדברים נעיר כי חשוב שבבחירת החברות הזוכות במכרז יושם דגש על טיב השירות שהן יספקו ועל ההצלחה שלהן במיצוי הזכויות. זאת לצד ביקורת על פעילותם שתבטיח כי האינטרסים הכלכליים של החברות לא יעפילו על טובת הלקוח.

לשם שלמות התמונה בנספח א' נדון ביתר פירוט באפשרויות הקיימות לשם הרחבת הכיסוי הקיים היום, אף כי כאמור בראייתנו בנקודת הזמן הנוכחית, אין בכך דחיפות ואף צורך.

נספח א' – אפשרויות הרחבת הסיכוי הביטוחי

בנספח זה נעמוד על שלוש אפשרויות להרחבת הסיכוי הביטוחי מעבר לקיים היום:

הטלת חובת ביטוח סיעודי כללית

האפשרות הראשונה היא לחייב חלקים גדולים מהאוכלוסייה להחזיק בביטוח סיעודי – בין אם החובה תוטל על ככל האוכלוסייה, ובין אם היא תוטל החל מגיל מסוים. מכיוון שחברות הביטוח הפרטיות אינן מציעות כיום ביטוחים סיעודיים, המשמעות של צעד זה הינה לחייב את כלל האזרחים להצטרף לביטוח הסיעודי של קופות החולים. עם זאת, יש לקחת בחשבון שחברות הביטוח הפרטיות יכנסו מחדש לשוק לאור השינוי בהסדר ובכך ייפתחו אפשרויות נוספות. במקרה כזה, ברירת המחדל תהיה הצטרפות לביטוח הסיעודי של קופות החולים ולמבוטחים תהיה אפשרות לעבור לביטוח פרטי במידה שיבחרו לעשות כן. ככל שיצטרפו חברות פרטיות, בראייתנו יש לחייב אותן לעמוד לפחות בתנאים של קופות החולים כתנאי סף מינימליים שיבטיחו מענה מספק במקרה של אירוע סיעודי.

יש לציין שלאור היקף הכיסוי הרחב הקיים באוכלוסייה, וכן הסיכוי הנמוך של אדם צעיר להגיע למצב סיעודי, הלכה למעשה הטלת חובה זו תשפיע בעיקר על אלו שלא היו מעוניינים מלכתחילה בביטוח סיעודי, ובכל מקרה תעלה לכל משק בית עשרות-מאות שקלים בחודש. מדובר בחיסרון משמעותי, שכן יפגע חופש הבחירה של האזרח ותוטל עליו עלות נוספת אשר בסבירות גבוהה לא תשרת אותו במרבית חייו.

במידה וייבחר פתרון זה, אנחנו ממליצים להשהות את החלת ההסדר על מנת שחברות הביטוח הפרטיות יוכלו לבחור האם וכיצד להיכנס מחדש לשוק וכן על מנת להקל על קופות החולים להיערך לאימוץ ההסדר באופן מיטבי.

קביעת ברירת מחדל לפיה יידרש לבחור לוותר על הביטוח הסיעודי

אפשרות נוספת הינה להחיל הסדר ברירת מחדל לפיו כלל האוכלוסייה תצטרף אוטומטית לביטוח הסיעודי של קופות החולים, אך לאפשר לאלו שאינם מעוניינים בביטוח לוותר עליו (Opt-out). גם כאן אפשר לקבוע כי ההצטרפות האוטומטית תהיה בגיל מאוחר יותר. במקרה זה ישנה פגיעה פחותה בחופש הבחירה, שכן אזרחים שלא יהיו מעוניינים בביטוח יוכלו לוותר עליו.

יש לציין כי שתי האפשרויות לעיל לא יגדילו את ההוצאה הציבורית, שכן מדובר בביטוחים פרטיים אשר ממומנים על ידי האזרחים.

פתיחת האפשרות לקבל גמלת סיעוד לכלל האוכלוסייה

אפשרות שלישית הינה לאפשר קבלת גמלת סיעוד מהביטוח הלאומי לכלל האוכלוסייה ולא רק לגמלאים. המשמעות של נקיטת צעד זה הינה שכלל האוכלוסייה תהיה זכאית לקבל סיוע במקרה של אירוע סיעודי. לצד שמירה על הקריטריונים הקיימים לזכאות לגמלה (מצב רפואי, הכנסה), שינוי ההסדר כך שיחול על כל האוכלוסייה יספק מענה לשכבות שזקוקות לסיוע בכלל הגילאים. החיסרון המרכזי של הסדר הוא הגדלת ההוצאה הציבורית, שכן גמלאות הסיעוד משולמות על ידי המוסד לביטוח לאומי. עם זאת, לאור העובדה כי מרבית המקרים הסיעודיים קורים לאחר גיל הפרישה, ניתן להעריך כי הגידול בהוצאה לא יהיה דרמטי.

מסמך זה נכתב ע"י: גל קורן (ראש צוות), אביתר אברהמי, יואב יוגי, ניב שמע ואופיר כהן.

נבדק על ידי: אביגיל פלג – מנהלת סניף האוניברסיטה העברית; שיר בן דוד וקנין – צוות מחקר.

אושר לפרסום על ידי: מטר בן ישי – מנכ"ל "עומק".

בברכה,

מרכז 'עומק' – עיצוב מדיניות וחקיקה