



ביטוח סיעודי בישראל

ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס

נייר מדיניות מס' 04.2024

ירושלים, אדר תשפ"ד, אפריל 2024

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סינגר, הנרי טאוב וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיחה שהוקמה על ידי קרן הנרי ומרלין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'יין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז מקבל גם תמיכה שנתית נדיבה מתורמים פרטיים, מקרנות ומפדרציות יהודיות.

מרכז טאוב הוא מכון מחקר על-מפלגתי ובלתי תלוי העורך מחקרים איכותיים בנושאי חברה וכלכלה בישראל. המרכז מציג בפני מקבלי ההחלטות המובילים ובפני כלל הציבור בישראל תמונה רחבה המשלבת בין הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית מדיניות ציבורית. הצוות המקצועי של המרכז וצוותי המדיניות הבין-תחומיים, הכוללים חוקרים וחוקרות בולטים בתחומם באקדמיה ומומחים ומומחיות מובילים בתחומי המדיניות, עורכים מחקרים מבוססי נתונים בנושאים חברתיים-כלכליים מרכזיים שעל סדר היום במדינה. המרכז מציג ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך וחלופות מדיניות בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על ידי כתבות בתקשורת, תוכנית פרסומים פעילה, כנסים ופעילויות אחרות בישראל ובחו"ל.

הפרסומים של מרכז טאוב הם על דעתם ועל אחריותם של מחבריהם בלבד. אין בהם כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים ואת התומכים בפעולותיו.

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון: 02-567-1818

פקס: 02-567-1919

דואר אלקטרוני: info@taubcenter.org

אתר אינטרנט: www.taubcenter.org

ביטוח סיעודי בישראל

ניר קידור, נדב דוידוביץ' ואבי וייס

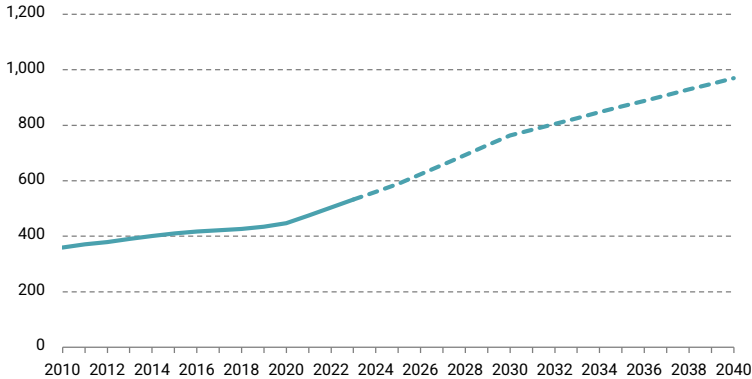
מבוא

אוכלוסיית ישראל מזדקנת בקצב מהיר. בשנים 2010–2020 גדלה אוכלוסיית בני ה-75 ומעלה בממוצע בכ-9,000 נפש בשנה. שקלול קצב הגידול השנתי בפועל משנת 2020 עם הקצב הצפוי עד שנת 2040 מצביע על גידול צפוי ממוצע של 20–30 אלף איש בשנה (תרשים 1). תוחלת החיים של האזרחים הוותיקים בישראל מוסיפה לעלות אף היא; משנת 1999 ועד שנת 2021 עלתה תוחלת החיים של גבר בן 65 בכשלוש שנים (16.4 לעומת 19.5 שנים), ושל אישה בת 65 בשלוש שנים וחצי (18.5 לעומת 22 שנים). נתונים אלו מציבים אתגר של ממש בכל הקשור בשאיפה לאפשר לזקנים יותר שנות חיים בבריאות איתנה וברמת תפקוד גבוהה.¹ על פי המדיניות הרווחת כיום יש לאפשר לזקנים להזדקן בבית ובקהילה שבה הם משולבים (aging in place), אולם לשם כך נדרשת מדיניות כוללת שתשלב בין הגורמים השונים המטפלים באוכלוסייה זו.

* ניר קידור, מנכ"ל מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל; פרופ' נדב דוידוביץ', חוקר ראשי וראש תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב ומנהל בית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת בן-גוריון בנגב; פרופ' אבי וייס, נשיא מרכז טאוב, המחלקה לכלכלה, אוניברסיטת בר-אילן. אנחנו מודים לפרופ' אלכס וינרב על הסיוע בהכנת תרשים 11 ולאורי אוברמן ופרופ' גיל אפשטיין על הסיוע בהכנת תרשים 13. כמו כן אנחנו מבקשים להודות לד"ר אביגדור קפלן, לפרופ' טוביה חורב, לגב' רחל ארזי ולפרופ' ג'וני גל על הערותיהם לטיוטות קודמות של המאמר. עם זאת האחריות על התוכן היא שלנו בלבד.

1 יש כמה מונחים מקובלים לציון האוכלוסייה המבוגרת: אזרחים ותיקים, קשישים וזקנים. במאמר זה בחרנו להשתמש לרוב במונח "זקן".

תרשים 1. מספר בני ה-75 ומעלה באוכלוסייה באלפים



מקור: ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

תקופת הזקנה, בעיקר מגיל 75 ומעלה, מאופיינת בריבוי מחלות של הפרט ובהחמרת התחלואה הקיימת. בגיל זה מופיעות מחלות חדשות, חלקן כרוניות, שאינן שכיחות בגילים צעירים יותר, הגורמות לירידה קוגניטיבית ולפגיעה בחושים. תוצאות התחלואה באות לידי ביטוי בירידה בתפקוד ובאובדן העצמאות בחיי היום-יום, ואלה מביאים לצורך הולך וגדל באשפוז סיעודי במוסד מתאים או בעזרה מתמדת בחיים בבית (דוח ועדת שטסמן, 2011). ואכן, מטבע הדברים יש מתאם גבוה בין גיל מבוגר לבין הזדקקות לטיפול סיעודי.

טיפול סיעודי מוגדר כסיוע לאנשים בכל גיל הסובלים ממגבלות תפקודיות ארוכת טווח וזקוקים לסיוע פיזי, נפשי או חברתי בפעילות היום-יומית. הסיוע כולל תמיכה בתפקודים יום-יומיים (רחיצה, הלבשה, ניידות, אכילה וכדומה), בהתנהגות בריאה, בסביבה מקדמת בריאות (כולל התמודדות עם בדידות) ובנגישות לטיפול רפואי, כדי למנוע או להאט ככל האפשר הידרדרות נוספת בבריאות ובתפקוד.

בשנים האחרונות אנחנו עדים לגידול ניכר במספר הזקנים הזכאים לגמלת סיעוד עקב ירידה בתפקוד, הן מהמדינה באמצעות הביטוח הלאומי והן מחברות הביטוח. צוות בין-משרדי שעסק בנושא בשנת 2022 ציין שבישראל אין גוף שתכליתו ומטרתו לשמר תפקוד ולמנוע הידרדרות תפקודית בת מניעה, ושמערכת הסיעוד מפוצלת בין מספר רב של גורמים שאינם פועלים בתיאום. הצוות המליץ לשנות את סדרי העדיפויות בטיפול הסיעודי ולהגדיל את ההשקעה בשירותים למניעת הידרדרות (זילברטל, 2022).

על פי תוכנית המתאר הארצית למערכת הבריאות (תמ"א 49), מדיניות האספקה של שירותי בריאות לאוכלוסיית הזקנים צריכה לכלול טיפול ואשפוז אקוטיים בבתי חולים, כולל שיקום בבתי חולים ייעודיים והכנת מסגרות במחלקות ייעודיות בבתי אבות ובמוסדות שונים בקהילה. אך בסופו של דבר הנחת היסוד היא שמרבית הזקנים הסובלים מתחלואה כרונית יטופלו בקהילה ובבית (משרד הבריאות, 2021).

העלייה הניכרת במספר הזקנים הזכאים לסיוע מהביטוח הלאומי ומחברות הביטוח מחייבת את המדינה לבחון מחדש את אופן אספקת שירותי הסיעוד ומימונם. במאמר זה נציג וננתח את הנתונים לגבי הגידול בהוצאה על סיעוד ונציע כמה חלופות מדיניות.

שירותי הסיעוד בישראל

מערך הביטוח הסיעודי בישראל

שירותי הסיעוד בישראל נחלקים לשני תחומים עיקריים – שירותים הניתנים בבית או בקהילה ושירותי אשפוז. להלן השירותים העיקריים הניתנים בכל תחום:²

שירותי קהילה

טיפול ביתי – טיפול ביתי בידי מטפלים בביתו של הזקן הסיעודי (כולל תשושי נפש). שירותים אלו ממומנים ברובם על ידי הביטוח הלאומי באמצעות גמלת סיעוד, אך לרוב נדרשת גם השלמה של המימון ממשקי הבית (מבוטחים בביטוח סיעודי פרטי ברמות התלות הגבוהות יכולים לקבל פיצוי כספי עבור מימון לטיפול סיעודי ביתי גם דרך חברת הביטוח, אם יש להם ביטוח מתאים). הזקן הסיעודי זכאי גם לשירותי הבריאות הרגילים מקופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

שירותי רווחה בקהילה – שירותים הניתנים מטעם מרכזי היום שבאחריות משרד הרווחה, המציעים הסעה מביתו של הזקן, פעילות חברתית, סוציאלית ובריאותית וארוחות. מרכזי היום מאפשרים למטפל העיקרי הפוגה מן הטיפול בזקן הסיעודי. מרבית המשתתפים בפעילות במרכזי היום מממנים את השירות באמצעות גמלת הסיעוד של הביטוח הלאומי. אחרים, שמקבלים שירות במחלקות לשירותים חברתיים, עושים זאת במימון של משרד הרווחה והרשות המקומית. משרד הרווחה מפעיל גם שירותים נוספים לזקנים בישראל, שנותנים מענה חלקי גם לזקנים הסיעודיים בקהילה.

2 בשנת 2017 פרסם מרכז טאוב מחקר מדיניות שעסק בסוגיות מימון וארגון בטיפול הסיעודי בישראל (צ'רניחובסקי ואחרים, 2017). המחקר הציג בהרחבה את האתגרים של מערכת הסיעוד בשנת 2017 ומיפה את מערך הסיעוד בישראל נכון לאותה שנה. הסקירה המובאת כאן מתבססת במידה רבה על מיפוי זה.

שירותי אשפוז

אשפוז סיעודי – מיועד לזקנים עם קשיי תפקוד שאינם יכולים להישאר בביתם (כולל תשושי נפש). האשפוז הסיעודי מצוי תחת האסדרה והפיקוח של משרד הבריאות וממומן בעיקרו באמצעות משרד הבריאות, בכפוף למבחני הכנסה לזקן הסיעודי. חלק מהמאושפזים באשפוז סיעודי רוכשים את שירותי האשפוז באופן פרטי לחלוטין. פוליסות ביטוח הסיעוד הפרטיות של חברות הביטוח מאפשרות לקבל החזר חלקי עבור אשפוז סיעודי (עד תקרה מסוימת), ולרוב החזר מוגבל לחמש שנים.

אשפוז סיעודי מורכב – מיועד לזקנים עם קשיי תפקוד הזקוקים לטיפול והשגחה של צוות בעל מיומנויות מקצועיות גבוהות בשל עומס טיפולי סיעודי ומצב רפואי³. האשפוז הסיעודי המורכב מעניק לזקן טיפול הן בהיבט התפקודי והן בהיבט הבריאותי. מימון האשפוז הסיעודי המורכב נמצא באחריות קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ונדרשת השתתפות עצמית של המבוטח.

בתי אבות – שירות זה מיועד לזקנים תשושים שעדיין אינם מוגדרים סיעודיים אך זקוקים לסיוע שאינם יכולים לקבל בביתם. בתי האבות נמצאים תחת האסדרה והפיקוח של משרד הרווחה. זקנים שמקבלים שירות במחלקות לשירותים חברתיים זכאים למימון ממשרד הרווחה והרשות המקומית, בהשתתפות עצמית כלשהי. ואולם יותר ממחצית הדרים בבתי אבות מממנים זאת במימון פרטי מלא. יש לציין כי חלק מהמסגרות לזקנים מפעילות באותה המסגרת הן מחלקות לאשפוז סיעודי, שנמצאות באחריות משרד הבריאות, והן מחלקות לתשושים, שנמצאות באחריות משרד הרווחה. אפשרות נוספת היא להתגורר בדירוג מוגן שמחליף את בית הזקן. מסגרות אלו מיועדות לזקנים שאינם סיעודיים או תשושים ולכן הן לא נכללות במארג השירותים הסיעודיים.

לסיכום ניתן לומר שעיקר שירותי הסיעוד בקהילה ניתנים במימון הביטוח הלאומי. נכון לחודש ספטמבר 2023, כ-339 אלף זקנים מקבלים גמלת סיעוד מהביטוח הלאומי (לעומת כ-180 אלף בשנת 2018) בשווי כספי של יותר מ-15 מיליארד ש"ח בשנה. השירות העיקרי שניתן במימון הביטוח הלאומי הוא מטפל בבית הזקן הסיעודי.

נוסף על אלה, כ-30 אלף זקנים סיעודיים נמצאים במסגרות חוץ-ביתיות. רובם הגדול מטופלים במוסדות אשפוז סיעודיים, תחת האסדרה והפיקוח של משרד הבריאות (אשפוז סיעודי ואשפוז סיעודי מורכב), וכ-5,000 זקנים תשושים מטופלים בבתי אבות, תחת האסדרה והפיקוח של משרד הרווחה. כאמור, מניין הזקנים שנמצאים במסגרות חוץ-ביתיות אינו כולל את אוכלוסיית הזקנים המתגוררים בדירוג מוגן.

3 ראו משרד הבריאות, אגף גריאטריה, **נהלים לבית חולים גריאטרי – נהלי רוחב**, נוהל 0.3.3.

מערך הטיפול הסיעודי בישראל מפוצל אפוא בין מספר רב של גורמים. לכל אחד מהם מבחני זכאות ומבחני הכנסות אחרים ומנגנון בירוקרטי נפרד, והם פועלים בלי כל סנכרון ביניהם. עקב הפיצול והיעדר תמריצים למניעת הידרדרות תפקודית אין מהלכים רוחביים לצמצום, דחייה או מניעה של הידרדרות תפקודית בקרב זקנים.

ביטוחי סיעוד פרטיים

רכיב חשוב נוסף בעולם הסיעוד הוא מימון באמצעות ביטוחי סיעוד פרטיים. בעשור האחרון עברו הביטוחים הסיעודיים הפרטיים רפורמה מקיפה. עד שנת 2017 היו שלושה סוגים עיקריים של ביטוח סיעוד, ואולם כיום הציבור יכול לרכוש רק אחד מהם:

ביטוחי פרט – ביטוח שהפרט יכול לרכוש באופן עצמאי מחברת הביטוח, בכפוף לאישור הצטרפות הכולל חיתום רפואי. תשלומי הפרמיה קבועים מראש לכל קבוצת גיל ואין סיכון לפגיעה בזכויות העתידיות של המבוטח. אף שרשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון (להלן הרשות) מאפשרת למכור ביטוחים מסוג זה – אין היום בישראל חברות ביטוח שמזכרות את הביטוחים הללו בפועל, בעיקר בגלל הקושי לתמחר את הסיכון בסוג ביטוח זה בשל חוסר הוודאות לגבי העתיד והקושי למצוא מבטחי משנה.

ביטוחי סיעוד קבוצתיים (שלא דרך קופות החולים) – עד שנת 2017 היה אפשר לרכוש ביטוח סיעודי קבוצתי באמצעות קבוצת שייכות של המבוטח (מקום עבודה, מועדון צרכנות וכדומה). שלא כמו ביטוחי הפרט, בפוליסות הקבוצתיות הזכויות אינן מובטחות והן תלויות באיזון האקטוארי של הפוליסה. חברות הביטוח נהגו לחדש את הפוליסות ולעדכן את סכומי הפרמיה וזכויות המבוטחים אחת לכמה שנים. לאורך השנים, בשל הזדקנות האוכלוסייה ואי-שמירה של קרן עתידית, כמה פוליסות נאלצו להרע את תנאי הביטוח ואף הגיעו למצב ששום חברת ביטוח לא הייתה מוכנה להמשיך את הביטוח. בשל ה"קריסה" של חלק מהפוליסות הללו החליטה הרשות להפסיק את חידושן (לבד מפוליסות אחדות), ומשנת 2018 אי-אפשר עוד לרכוש או לחדש אותן.⁴ למבוטחים בפוליסות קבוצתיות שבטלו ניתנה אפשרות לרכוש פוליסות פרט ללא חיתום, אבל רק מעטים ניצלו את האפשרות הזאת בשל הפרמיה הגבוהה שנדרשו לשלם.

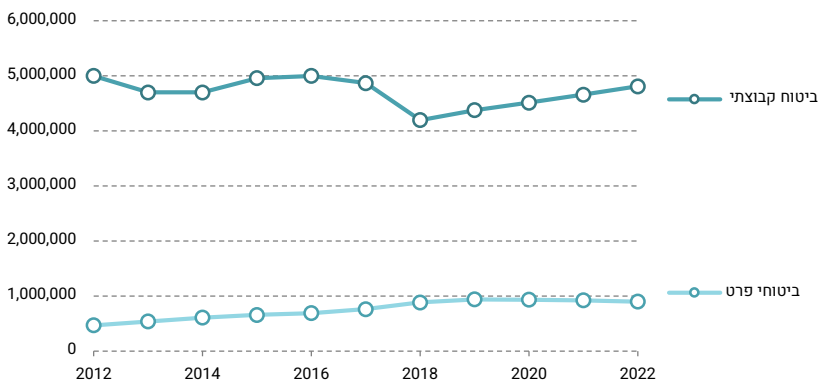
ביטוחי סיעוד קבוצתיים דרך קופות החולים – ביטוחים אלו דומים במאפייניהם לביטוחים הקבוצתיים שנדונו בסעיף הקודם – הם מתחדשים אחת לכמה שנים ותשלומי הפרמיה וזכויות המבוטחים עשויים להתעדכן מעת לעת. בניגוד לשאר הפוליסות הקבוצתיות, לפוליסות אלו יש מאות אלפי עד מיליוני מבוטחים בקבוצות גיל שונות וצבירת קרן,

4 הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים) (תיקון), התשע"ח-2018.

מה שאמור לאפשר להן להתקיים לאורך זמן.⁵ למעשה היום אלה פוליסות הסיעוד הפרטיות היחידות בישראל שהציבור הרחב יכול לרכוש.

מספר המבוטחים בביטוחי הסיעוד הפרטיים כמעט לא השתנה בעשור האחרון (תרשים 2).⁶ השינויים היו בחלוקת המבוטחים בין סוגי הפוליסות. במהלך העשור האחרון מספר המבוטחים בביטוחי פרט כמעט הכפיל את עצמו – מ-0.5 מיליון מבוטחים ב-2012 ל-0.9 מיליון ב-2022. מספר המבוטחים בביטוח קבוצתי של קופות החולים עלה גם הוא, מ-4.0 מיליון בשנת 2012 ל-4.8 מיליון בשנת 2022. לעומת זאת, בפוליסות קבוצתיות שאינן דרך קופות החולים הייתה ירידה ניכרת באותו פרק זמן – מ-0.9 מיליון לכ-0.2 מיליון. מכיוון שבשנים אלו האוכלוסייה גדלה, בסך הכול אחוז הכיסוי של ביטוחי הסיעוד הפרטיים ירד מ-69% מהאוכלוסייה בשנת 2012 ל-60% בשנת 2022.

תרשים 2. מבוטחים בביטוחי סיעוד פרטיים, בחלוקה לביטוחי פרט וביטוח קבוצתי



הערה: הביטוח הקבוצתי כולל את הביטוחים הקבוצתיים בבעלות קופות החולים וביטוחים קבוצתיים אחרים. מקור: ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, מרכז טאוב | נתונים: רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון

5 ראו באתר רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון, [ביטוח בריאות וסיעוד](#).

6 הנתונים הם לגבי מספרי הפוליסות וייתכן שיש אנשים שהם בעלי יותר מפוליסה אחת.

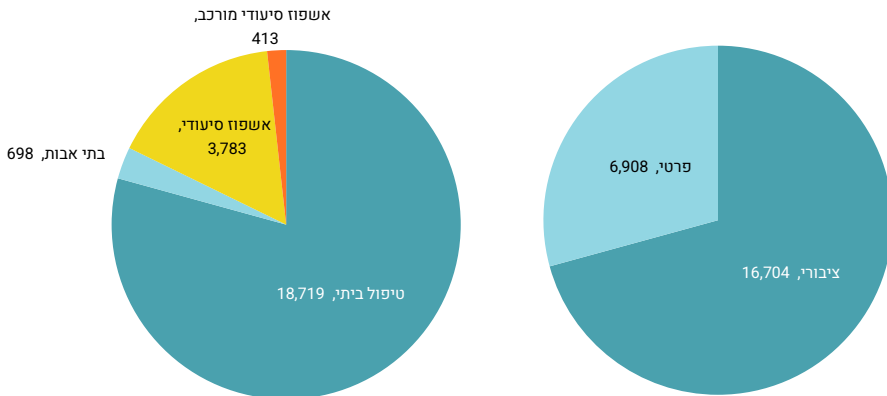
ההוצאה הלאומית על סיעוד

לפי אומדנים שערכנו, בשנת 2022 הייתה ההוצאה הלאומית על סיעוד כ-23.6 מיליארד ש"ח (תרשים 3). להלן תחומי ההוצאה על סיעוד:

- שירותי טיפול בקהילה – 18.7 מיליארד ש"ח;
- אשפוז סיעודי – 3.8 מיליארד ש"ח;
- בתי אבות – 0.7 מיליארד ש"ח;
- אשפוז סיעודי מורכב – 0.4 מיליארד ש"ח.

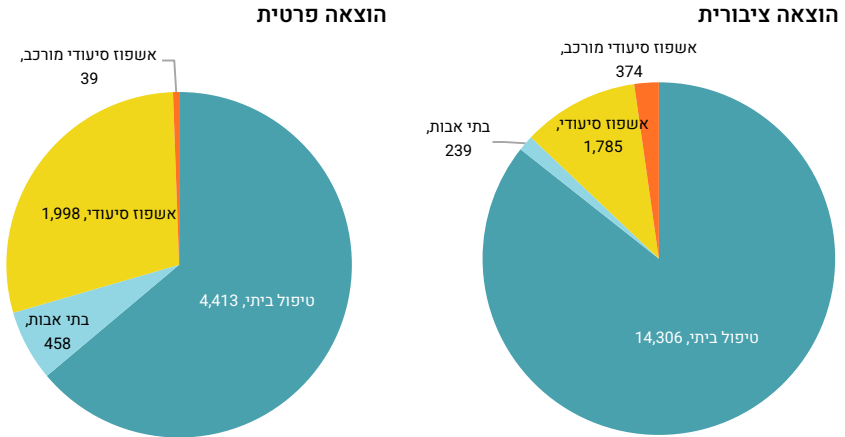
מתוך סכומים אלו, חלקה של ההוצאה הציבורית עמד על 16.7 מיליארד ש"ח (כ-71%). ההוצאה הפרטית עמדה על כ-7 מיליארד ש"ח, 4.4 מיליארד ש"ח מתוכם הופנו לצריכת שירותי סיעוד בבית (תרשים 4).

תרשים 3. ההוצאה הלאומית על סיעוד לפי מקורות המימון ותחומי הוצאה, 2022
אומדן, מיליוני ש"ח



מקור: ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, מרכז טאוב | נתונים: משרד האוצר; משרד הבריאות; משרד הרווחה והביטחון החברתי; המוסד לביטוח לאומי

תרשים 4. ההוצאה הציבורית וההוצאה הפרטית על סיעוד לפי תחומי הוצאה, 2022
אומדן, מיליוני ש"ח



מקור: ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, מרכז טאוב | נתונים: משרד האוצר; משרד הבריאות; משרד הרווחה והביטחון החברתי; המוסד לביטוח לאומי

לוח 1 משווה בין ההוצאה הלאומית על סיעוד בשנת 2018 ובשנת 2022. הנתונים מצביעים על גידול של כ-63% בתקופה זו, שהם כ-9 מיליארד ש"ח. עיקר הגידול היה בהוצאה הציבורית על טיפול ביתי (כ-7 מיליארד ש"ח). שיעור המימון הציבורי עלה מ-63% בשנת 2018 ל-71% בשנת 2022.

לוח 1. אומדני הוצאה הלאומית על סיעוד, 2018 ו-2022 מיליוני ש"ח

2022			2018			
סך הכול ההוצאה הלאומית	הוצאה פרטית	הוצאה ציבורית	סך הכול ההוצאה הלאומית	הוצאה פרטית	הוצאה ציבורית	
18,719	4,413	14,306	10,202	3,176	7,026	טיפול ביתי
(79%)	(64%)	(86%)	(71%)	(60%)	(77%)	
698	458	239	650	437	213	בתי אבות
(3%)	(7%)	(1%)	(5%)	(8%)	(2%)	
3,783	1,998	1,785	3,296	1,614	1,682	אשפוז סיעודי
(16%)	(29%)	(11%)	(23%)	(31%)	(18%)	
413	39	374	268	57	211	אשפוז סיעודי מורכב
(2%)	(1%)	(2%)	(2%)	(1%)	(2%)	
23,613	6,908	16,704	14,416	5,284	9,132	סך הכול
(100%)	(29%)	(71%)	(100%)	(37%)	(63%)	

מקור: ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות, משרד הרווחה, המוסד לביטוח לאומי

מקבלי טיפול סיעודי בקהילה

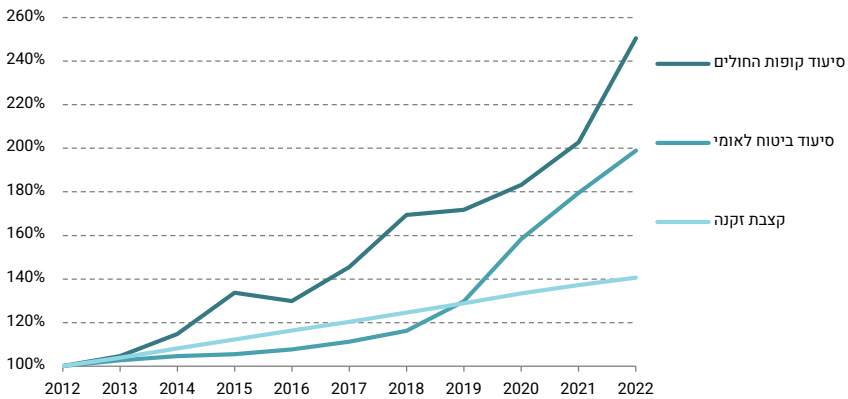
כפי שצוין לעיל, בשנים האחרונות אנחנו עדים לגידול דרמטי במספר הזקנים המוגדרים סיעודיים ומקבלים גמלת סיעוד מהביטוח הלאומי. משנת 2012 ועד שנת 2022 הוכפל מספרם של מקבלי גמלת הסיעוד, בשעה שמספרם של מקבלי גמלת אזרח ותיק, שניתנת בהגעה לגיל הפרישה, גדל ב-40% בלבד. אין מידע המסביר את הגידול הדרמטי במספרם של מקבלי הגמלה ואם גידול זה לווה בגידול בהידרדרות התפקודית. בדוח הצוות הבין-משרדי בנושא הסיעוד משנת 2022 צוין:

ישנו ספק האם אכן ניתן בהכרח להסיק מהעלייה במספר הזכאים לגמלה לגבי מצבם בפועל של האזרחים הוותיקים בישראל. דהיינו, מנגנון הגמלה הוא מנגנון ממשלתי אשר רמות התפקוד בו מוגדרות באופן מסוים, והוא מושפע ממשתנים מתערבים כגון מוטיבציות, תמריצים, ביורוקרטיה, מיצוי זכויות וכן הלאה. ככזה, אומנם בכוחו לספק אינדיקציה כלשהי למצבם התפקודי של האזרחים הוותיקים בישראל ע"פ ההגדרות הנבחרות, אך אין לראות בו אמצעי מדויק ומוחלט למדידת תפקוד, המצביע על החמרה או מגמת עלייה בקצב ההידרדרות (זילברטל, 2022).

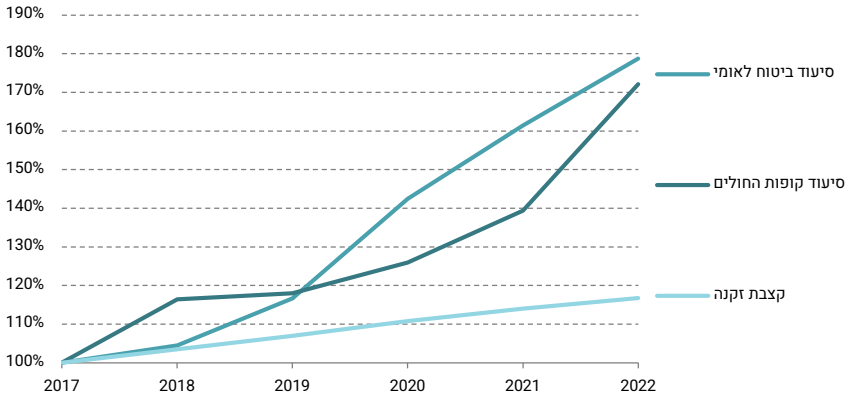
נוסף על הגידול במספרם של מקבלי גמלת הסיעוד מהמוסד לביטוח לאומי, גדל באופן בולט גם מספרם של מקבלי גמלת סיעוד מחברות הביטוח דרך פוליסות הסיעוד שבבעלות קופות החולים (להלן גמלה פרטית). יש להזכיר שביטוחים אלו מכסים 50% מהאוכלוסייה ואינם מייצגים בהכרח את הגידול בכלל האוכלוסייה. על פי נתוני רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון, משנת 2012 עד 2022 גדל מספרם של מקבלי הגמלה הפרטית החדשים ב-150%, מ-7,000 לכ-18 אלף.

תרשימים 5 ו-5ב מציגים את קצב הגידול במספרם של זכאי גמלת הסיעוד מהביטוח הלאומי ושל זכאי הגמלה הפרטית. מן התרשימים עולה כי משנת 2017 עד 2022 גדל מספר הזכאים לגמלת הסיעוד הציבורית והפרטית בקצב דומה, כמעט 80%, בעוד הגידול באוכלוסייה הרלוונטית עמד על פחות מ-20%. לעומת זאת, אם בוחנים את קצב הגידול משנת 2012 ניכר כי קצב הגידול במספרם של זכאי הגמלה הפרטית היה גדול בהרבה מזה של מקבלי גמלת הסיעוד מהביטוח הלאומי. אחד ההסברים לכך הוא שהוראות הרשות קובעות שאם המוסד לביטוח לאומי ערך הערכת תפקוד, אפשר להשתמש בה גם לצורך קביעת יכולתו התפקודית של המבוטח בביטוח הפרטי (רשות שוק ההון, 2021).

תרשים 5. קצב הגידול במספר מקבלי גמלת סיעוד, ביטוח סיעודי וקצבת אזרח ותיק א. 2012–2022



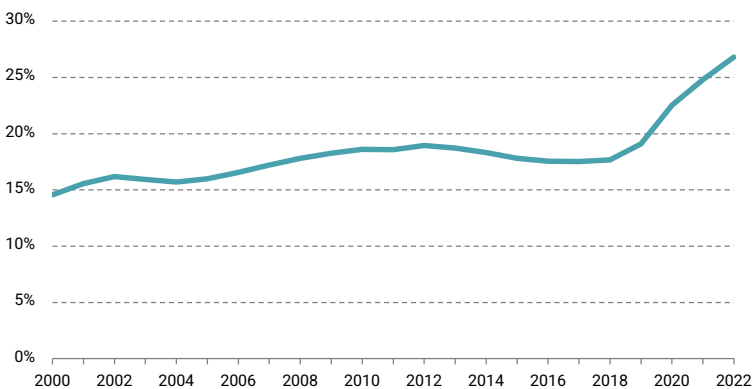
תרשים 5 (המשך). קצב הגידול במספר מקבלי גמלת סיעוד, ביטוח סיעודי וקצבת אזרח ותיק ב. 2022-2017



מקור: ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, מרכז טאוב | נתונים: המוסד לביטוח לאומי; רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון

דרך נוספת לראות את הגידול במספרם של מקבלי גמלת הסיעוד מהביטוח הלאומי היא באמצעות חלקם באוכלוסיית האזרחים הוותיקים. תרשים 6 מראה כי שיעור מקבלי הגמלה עלה מכ-15% בשנת 2000 לכ-27% בשנת 2022.

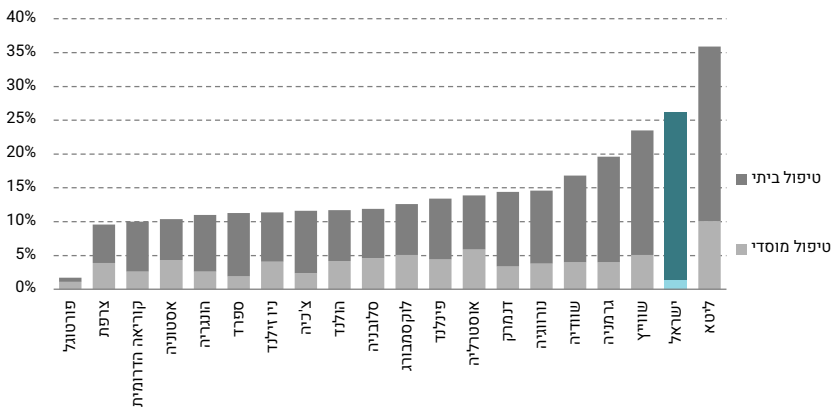
תרשים 6. שיעור מקבלי גמלת סיעוד מהביטוח הלאומי בקרב מקבלי קצבת אזרח ותיק, 2022-2000



מקור: ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, מרכז טאוב | נתונים: המוסד לביטוח לאומי

השוואה בין-לאומית של שיעור האנשים הסיעודיים בקרב בני 65 ומעלה (תרשים 7) מראה שישיראל במקום השני במדינות ה-OECD בדירוג זה. מקומה הגבוה של ישראל נובע מן השיעור הגבוה של אנשים סיעודיים בקהילה (ולא במוסדות סיעודיים; בתחום זה ישראל מדורגת באחד המקומות הנמוכים). יש לשים לב שנתוני ה-OECD הם לשנת 2020, ומאחר שמאז היה גידול ניכר במספרם של מקבלי גמלת הסיעוד בישראל, נכון להיום המספרים גבוהים אף יותר.⁷

תרשים 7. שיעור האזרחים הזקוקים לטיפול סיעודי בישראל ובמדינות OECD נבחרות, 2020



מקור: ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, מרכז טאוב | נתונים: OECD

ביטוחי הסיעוד הפרטיים בבעלות קופות החולים

נכון לשנת 2023 51% מהאוכלוסייה היו מבוטחים בביטוח הסיעודי של קופות החולים. כאמור, כיום הדרך היחידה לרכוש ביטוח סיעודי פרטי היא באמצעות קופות החולים (להלן פוליסת הביטוח). מדובר בפוליסה קבוצתית של החברים בקופת החולים שהצטרפו אליה. את הפוליסה מספקת אחת מחברות הביטוח (לאחר מכרז שקופת החולים עורכת אחת לכמה שנים). לפי החלטת הרשות, הכיסוי בפוליסות הביטוח אחיד בכל קופות החולים בכל הרכיבים, אך הפרמיה החדשית שונה מקופה לקופה.

7 מאחר שאין הגדרה בין-לאומית אחידה למצב סיעודי יש להיזהר מהסקת מסקנות על סמך השוואות בין-לאומיות בנושא.

פוליסות הביטוח נערכו בחישוב אקטוארי ארוך טווח והן צוברות כספים בקרן שמיועדת להבטיח איזון אקטוארי של הפוליסה. אם יחולו שינויים בחישובים האקטואריים, תיאלץ הקופה לשנות את תשלומי הפרמיה החדשית או שהרשות תאשר הכנסת שינויים בתנאי הפוליסה האחידה.

ההצטרפות לביטוח הסיעודי כפופה להצהרת בריאות, וחברת הביטוח אינה חייבת לבטח אנשים שאינם עומדים בכללי הצהרת הבריאות. במעבר בין קופות חולים הרצף הביטוחי נשמר, וחברות הביטוח חייבות לקבל לביטוח הסיעודי כל מבוטח שהתקבל אליו בקופה הקודמת, ללא קשר למצבו הבריאותי בעת הצטרפותו לקופה החדשה.

תקבולי הביטוח שווים בכל קופות החולים אך הם תלויים בגיל ההצטרפות לביטוח. מבוטחים שהצטרפו עד גיל 49 זכאים למלוא הזכויות, ואילו מבוטחים שהצטרפו לביטוח מאוחר יותר זכאים לזכויות מופחתות (אך עדיין משלמים את אותו תשלום חודשי).

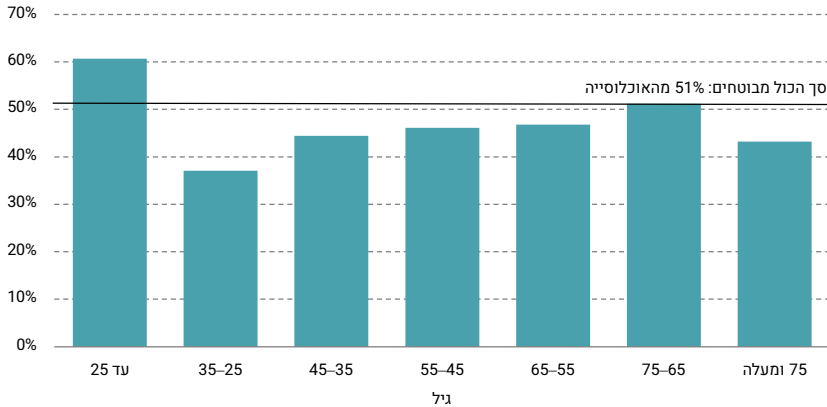
כאשר מבוטח שהצטרף לביטוח לפני גיל 49, ועמד כמובן בדרישות הפוליסה, עובר למצב סיעודי, הוא זכאי לתקבולים הצמודים למדד: **שהייה בבית** – פיצוי כספי של כ-5,000 ש"ח בחודש (ועד סך כולל של כ-300 אלף ש"ח בחמש שנים), או **שהייה במוסד סיעודי** – שיפוי של 80% מהתשלום ועד כ-10,000 ש"ח בחודש (ועד סך כולל של כ-600 אלף ש"ח בחמש שנים).

התקבולים ניתנים לחמש שנים. בתום תקופה זו המבוטח לא יקבל עוד תקבולים מחברת הביטוח. יש לציין כי לאורך תקופת הזכאות ניתן לשלב בין תקבולים עבור שהייה בבית ובין תקבולים עבור שהייה במוסד סיעודי. מכיוון שמדובר בפוליסת ביטוח קבוצתית, התקבולים ניתנים לעדכון בהתאם למצב האקטוארי של הפוליסה. כך בתחילת שנת 2024 הופחתו התקבולים עבור שהייה בבית בכ-20% בעקבות תקנות חדשות של רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון.

מנתונים שאספנו מקופות החולים ומפורסמים פה לראשונה עולה כי יש הבדל ניכר בשיעור המבוטחים בביטוח הסיעודי בין קופות החולים. מכבי שירותי בריאות מובילה עם שיעור של 60% מהמבוטחים בקופה, אחריה כללית עם 52%, ואחרונות לאומית עם 38% ומאוחדת עם 35% מהמבוטחים החברים בהן.

נתוני הקופות מראים ששיעור המבוטחים בביטוח סיעודי לפי גיל גם הוא אינו אחיד (תרשים 8). השיעור הגבוה ביותר של מבוטחים הוא בקבוצת הגיל 25 ומטה. נתון זה מוסבר בכך שעד גיל 18 אין צורך בתשלום פרמיה כדי להיות מבוטח בביטוח הסיעודי של הקופות. קבוצת הגיל עם שיעור המבוטחים הנמוך ביותר היא בני 25–35, עם 37%. שיעורי המבוטחים גבוהים יותר בקבוצת הגיל 65–75 (51%), ומגיל 75 יש ירידה בשיעור המבוטחים, המוסברת בוותור על הביטוח עקב תשלומי הפרמיה הגבוהים הנדרשים בגילים הללו.

תרשים 8. שיעור המבוטחים בביטוח הסיעודי של קופות החולים לפי גיל, 2023



מקור: ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, מרכז טאוב | נתונים: קופות החולים

במדינות ה-OECD ביטוחים סיעודיים פרטיים אינם נפוצים. לפי נתוני ה-OECD, שוק ביטוחי הסיעוד בארצות הברית הוא הגדול ביותר מבחינת תשלומי פרמיות (כ-11 מיליארד דולר בשנת 2017. OECD, 2020). עם זאת, בחישוב לנפש (מכלל הנפשות במדינה), בישראל תשלומי הפרמיות לביטוחי הסיעוד גדולים פי שלושה מאלה שבארצות הברית. בסקירה אחרת של ה-OECD, שבחנה את שיעור תשלומי הפרמיות מתוך ההוצאה הציבורית על סיעוד בכמה ממדינות הארגון נמצא כי השיעור הנמוך ביותר היה בגרמניה – 10% (OECD, 2021). לשם השוואה, כפי שניתן לראות במאמר זה, בישראל שיעור זה עומד על כ-25%.

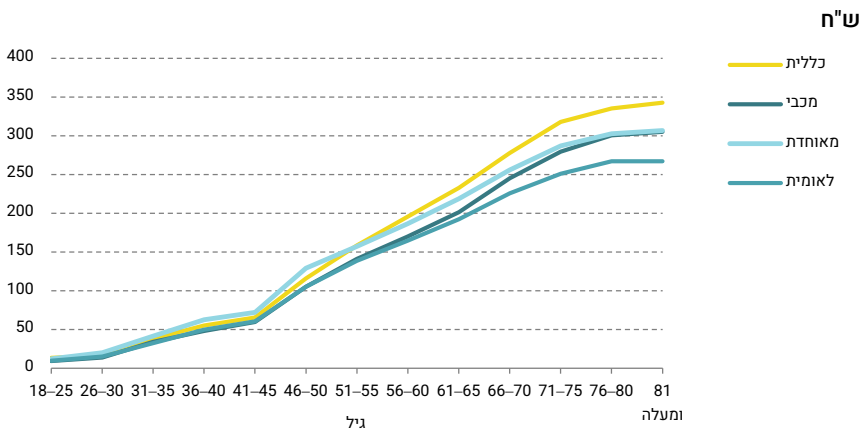
האם משתלם לרכוש ביטוח סיעודי?

התשובה לשאלה זו משתנה מאדם לאדם ותלויה במערכת ההעדפות והאילוצים של כל אחד ואחת. בחלק זה נציג נתונים לגבי עלותם של הביטוחים השונים ולגבי הסיכוי להיות סיעודי ולהשתמש בהם, ונערוך גם חישוב אקטוארי כאילו היה מדובר בהשקעה ולא בביטוח.

עלות הביטוח

חישוב עלויות הביטוח נעשה לפי תשלומי הפרמיה בכל קופות החולים בחודש פברואר 2024.⁸ כפי שניתן לראות בתרשים 9, תשלומי הפרמיה עולים במידה ניכרת עם העלייה בגיל. ממוצע תשלומי הפרמיה בגיל 30 עומד על 16 ש"ח לחודש, בגיל 50 על 114 ש"ח לחודש, בגיל 70 על 251 ש"ח לחודש ובגיל 80 על 301 ש"ח לחודש. התרשים מציג גם את ההבדלים בין קופות החולים בגובה הפרמיה. הפרמיה החודשית במאוחדת בקבוצות הגיל שבין 25 ל-50 היא היקרה ביותר. מעל גיל זה, הפרמיה בכללית היא הגבוהה ביותר. בקופות חולים לאומית תשלומי הפרמיה עבור גילאי 46 ומעלה הם הנמוכים ביותר. יש לציין כי פרט להצמדה למדד המחירים לצרכן, תשלומי הפרמיה צפויים לעלות בשנים הקרובות לפי מתווה שנקבע בין קופות החולים לרשות (ואשר פורט בפוליסה של כל אחת מקופות החולים). במועד חידוש הפוליסה, קופת החולים רשאית לעדכן שוב את תשלומי הפרמיה (בכפוף לאישור הרגולטור).

תרשים 9. פרמיה חודשית לפי קופה ולפי קבוצת גיל, פברואר 2024



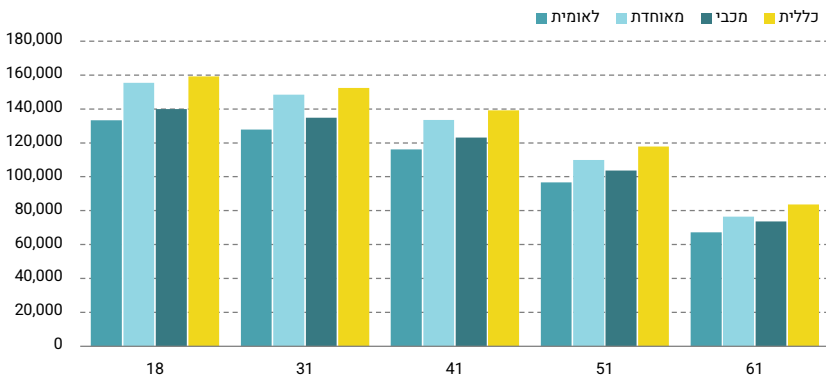
הערה: גובה הפרמיה חושב עבור תשלום ב-1 בפברואר 2024. נתוני כללית הם לפי התשלום הצפוי בחודש ספטמבר 2024

מקור: ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, מרכז טאוב | נתונים: קופות החולים

אפשר לחשב בקלות את עלות הביטוח המצטברת לאורך שנות התשלום עבור הביטוח (לאחר שאדם מוגדר סיעודי ומקבל את הקצבה תשלום הפרמיה נפסק). לצורך המחשה חישבנו את סך התשלומים בגילי הצטרפות שונים בהנחה שהתשלומים יימשכו עד גיל 80 ולאחר מכן יופסקו בגין פטירה או בגין מעבר למצב סיעודי. לשם כך השתמשנו בפרמיות הנוכחיות, בהנחה שלא יהיה בהן גידול נוסף. בחישוב לא הובא בחשבון מדד המחירים לצרכן שהפרמיה צמודה אליו מכיוון שגם תקבולי הביטוח צמודים לאותו מדד והוא אינו משפיע על כדאיות הביטוח. ההיוון של הפרמיה בוצע לפי ריבית של 2% בשנה. תרשים 10 מציג את סך התשלום לפי גיל ההצטרפות לביטוח ואת העלות המהוונת של הביטוח עד גיל 80 בחלוקה לפי קופה.

עלות הביטוח הממוצעת למצטרפים בגיל 18 תעמוד על כ-147 אלף ש"ח, בגיל 41 על 128 אלף ש"ח, בגיל 51 על 107 אלף ש"ח, ובגיל 61 על 75 אלף ש"ח. יש לזכור כי אנשים שמצטרפים לביטוח אחרי גיל 49 זכאים לזכויות מופחתות. ניתן לראות כי בכל קבוצות הגיל תשלומי הפרמיה בקופת חולים לאומית הם הנמוכים ביותר. כפי שצוין קודם לכן, תשלומי הפרמיות צפויים לעלות עם השנים, כך שהסכומים המצוינים פה נמוכים מהסכומים שיהיו בתוקף בעוד כמה שנים (נוסף על ההצמדה למדד המחירים לצרכן).

תרשים 10. סך תשלומי הפרמיה עד גיל 80 לפי גיל ההצטרפות לביטוח ולפי קופה, 2024



הערה: החישוב נעשה לפי ריבית שנתית של 2%. גיל

מקור: ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, מרכז טאוב | נתונים: קופות החולים

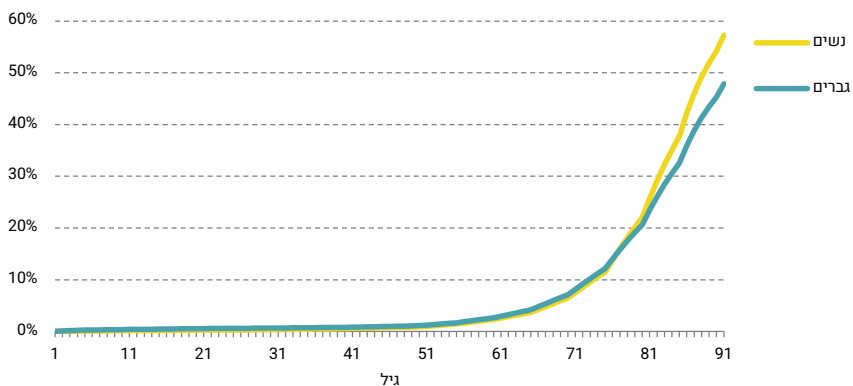
תקבולי הביטוח

כאמור, הביטוח הסיעודי בקופות החולים מקנה זכות לפיצוי כספי לתקופה של עד חמש שנים עבור שהייה בבית או שיפוי באשפוז סיעודי. על פי נתוני הרשות, בממוצע 93% ממקבלי הקצבה נמצאים בביתם ולא באשפוז סיעודי, והתשלום החודשי עבור מי שהצטרף עד גיל 49 (נכון לחודש ינואר 2024) עומד על כ-5,000 ש"ח עבור אנשים סיעודיים שנמצאים בביתם ו-10,000 ש"ח לחודש עבור קשישים סיעודיים באשפוז סיעודי. אם המבוטח הוגדר כסיעודי ונשאר סיעודי במשך כל חמש השנים, תקבולי הביטוח יעמדו בממוצע על כ-321 אלף ש"ח (לא מהוון).

ההסתברות להיות סיעודי

הרשות אספה נתונים מחברות הביטוח לגבי הגיל שבו אושרו תביעות לגמלת סיעוד בביתו של קופות החולים (רשות שוק ההון, 2021). לפי נתונים אלו ניתן לחשב את ההסתברות המצטברת למעבר למצב סיעודי (לפי ההגדרות של חברות הביטוח) בכל גיל. תרשים 11 מראה כי ההסתברות עולה באופן ניכר בגילים המבוגרים. ההסתברות שאדם יהיה סיעודי עד גיל 80 עומדת על 23% לגברים ו-26% לנשים (כלומר, אחד מתוך 4 אנשים יהיה סיעודי עד גיל 80), ואילו לבן או בת 90 ההסתברות היא 48% ו-57%, בהתאמה. בגילים צעירים יותר ההסתברות להיות סיעודי נמוכה מאוד. גם כאן חשוב לציין שהחישוב מתבסס על נתונים שהיו זמינים עד שנת 2020, ואינו מביא בחשבון לא את העלייה בתביעות שחלה מאז 2020 ולא שינויים נוספים שיתרחשו בעתיד במספר התביעות ובתוחלת החיים של אנשים סיעודיים.

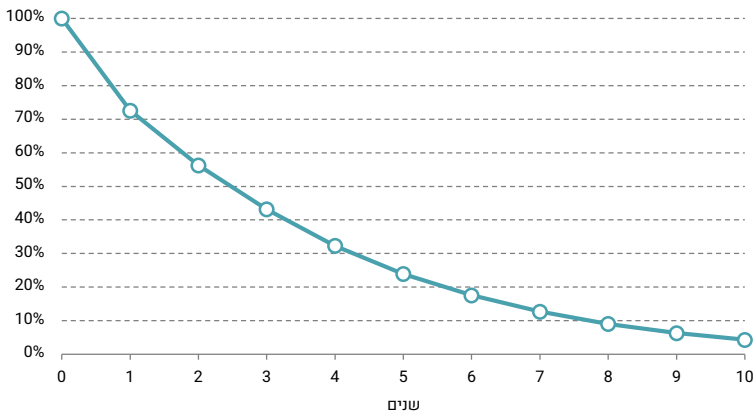
תרשים 11. ההסתברות המצטברת להזדקק לטיפול סיעודי ארוך טווח, לפי גיל ומגדר, 2020



מקור: ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, מרכז טאוב | נתונים: רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון

נתוני הרשות מאפשרים גם לבדוק את תוחלת החיים של הזכאים לגמלת סיעוד מחברות הביטוח בכל קבוצת גיל.⁹ לצורך הנוחות בדקנו את הנתון לגבי אנשים בני 80 שמתחילים להיות סיעודיים בגיל זה. מן הנתונים המוצגים בתרשים 12 עולה שאחרי שנה יישארו 73% מאלה שהתחילו לקבל גמלת סיעוד בגיל 80, כלומר 27% ימותו לאחר שנה אחד בלבד, כעבור שנתיים יישארו בחיים רק 56% מהסיעודיים ואחרי חמש שנים יישארו רק 24%. תוחלת החיים הממוצעת של מי שהתחיל להיות סיעודי בגיל 80 עומדת על 33 חודשים.¹⁰

תרשים 12. שיעור מקבלי גמלת ביטוח סיעודי מכלל האנשים שעברו למצב סיעודי בגיל 80, לפי מספר השנים שחלפו מהמעבר למצב סיעודי, 2020



מקור: ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, מרכז טאוב | נתונים: רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון

חישוב אקטוארי

לאור הנתונים לעיל, ניתן להשוות בין העלות הצפויה של הביטוח הסיעודי מחד גיסא ובין התועלת הצפויה ממנו מאידך גיסא. הן העלות והן התועלת תלויות בגיל ההצטרפות לביטוח – ככל שמצטרפים בגיל מאוחר יותר, גם העלות וגם התועלת הנומינליות יורדות (השנייה מכיוון שיייתכן ש"תתפספס" תקופת הסיעוד). כדי לבחון את העלות והתועלת הריאליות יש לזכור כי תקופת התשלום מקדימה, ואפילו בהרבה, את תקופת הקבלה של קצבת הסיעוד. כדי לחשב את ה"כדאיות הכלכלית" של ביטוח מסוג זה צריך להוון הן

9 מדידה זו של תוחלת החיים מתחילה ביום שחברות הביטוח מכירות באדם כסיעודי. היא אינה מביאה בחשבון תוחלת חיים של חולים סיעודיים ככלל (מיום שהוכרו על ידי המוסד לביטוח לאומי), שהיא ככל הנראה ארוכה יותר (בשל קריטריונים מקילים יותר להכרה באדם כסיעודי).

10 מכיוון שאין נתונים רציפים על שיעורי התמותה בכל שנה, הנחנו שהפסקת הסיעוד נעשית בכל שנה אחרי שמונה חודשים. לפיכך הנתון המוצג מוטה מעט כלפי מעלה.

את התשלומים והן את התקבולים כך שכולם יהיו באותה נקודת זמן. ההיוון של תשלום הפרמיות בוצע לפי 2% ריבית בשנה.¹¹ יש להביא בחשבון לא רק את סכום התשלום בכל נקודת זמן, אלא גם את ההסתברות לשלם או לקבל את אותו סכום. כך, תשלומי הפרמיות ישולמו רק כל עוד האדם עדיין בחיים ועדיין לא התחיל לקבל קצבת סיעוד, ותקבולים יתקבלו רק אם האדם עבר למצב סיעודי בפועל. החישובים לגבי התקבולים כוללים גם את ההסתברות שהטיפול הסיעודי ניתן בבית לעומת טיפול במוסד ואת ההבדלים בסכום התשלום, את מספר החודשים הממוצע שהתשלום מתקבל בפועל ואת הירידה בתשלומים אם ההצטרפות לביטוח נעשתה בין גיל 50 ל-59 ואחרי גיל 59.

לפני שניציג את תוצאות הבדיקה, יש לזכור שכמו כל ביטוח, מטרת הביטוח הסיעודי היא להימנע מההשלכות של התוצאה ה"גרועה", ובמקרה זה להקטין את הנטל הכלכלי הכרוך במעבר למצב סיעודי. מכיוון שכך, לא צפוי שהערך הנוכחי של עלויות הביטוח יהיה נמוך מהתועלת הצפויה, כלומר אין זו השקעה לשם קבלת רווח אלא ביטוח, והכדאיות לשלם על ביטוח זה, כמו על כל ביטוח, היא סובייקטיבית ותלויה ברמת שנאת הסיכון של הפרט והיכולת שלו לשאת בתוצאה ה"גרועה" ללא הביטוח.

תרשים 13 מציג את תוצאות החישוב לפי הפרמיה הממוצעת בקופות החולים, גיל ההצטרפות ומגדר (לתוצאות החישוב בחלוקה לפי קופה ראו תרשים נ'1 בנספח). בכל גיל מוצג צפי ההכנסות (תקבולים) וההוצאות (תשלומים) בערך נוכחי. למשל, המספרים הרשומים בגיל 31 מראים את הערך הנוכחי של תזרים ההכנסות וההוצאות הצפויות לאורך כל חייו של מבטח שהצטרף בגיל 31, מהוון לגיל 31, כלומר לנקודת הזמן שבה הצטרף לתוכנית.

ראשית נתייחס לערך הנוכחי של התשלומים, אשר גדלים עד אמצע שנות הארבעים ומתחילת שנות החמישים מתחילים לרדת. הסיבה לירידה ברורה: ככל שמצטרפים בגיל מבוגר יותר, כך משלמים פחות שנים את דמי הביטוח. מנגד, ככל שמצטרפים בגיל צעיר יותר, כך ההיוון מוריד את הערך הנוכחי של התשלומים במקרה סיעודי, ובייחוד את התשלומים הגבוהים שמשלמים בגילים מאוחרים יותר. בגילים צעירים יחסית ההשפעה של ההיוון גוברת, אך ככל שעולים בגיל גדלה ההסתברות להתחיל לקבל תקבולים ולהפסיק לשלם את הפרמיה, והירידה **במספר שנות תשלום הפרמיה** גוברת על השפעת ההיוון.

מעניין לראות שהעלות לנשים גבוהה במקצת מזו של גברים עד אמצע שנות השבעים לחיים. ההבדל נובע מתוחלת החיים הארוכה יותר של נשים וההסתברות הקטנה יותר של נשים בגילים צעירים להתחיל לקבל תקבולי סיעוד. כתוצאה מכך נשים, בממוצע, משלמות פרמיה במשך יותר שנים. לעומת זאת, בגילים מבוגרים יותר ההסתברות של נשים להגיע

11 שער הריבית הוא לפי "ריבית חסרת סיכון" (risk-free rate) שמשמשת את חברות הביטוח.

למצב סיעודי גבוהה מזו של גברים (תרשים 11 לעיל), ולכן אם מצטרפים לביטוח בגילים אלו – בהנחה שהמצטרפת עברה את מבחן הבריאות של חברת הביטוח – הערך הנוכחי של התשלום נמוך מזה של גברים.

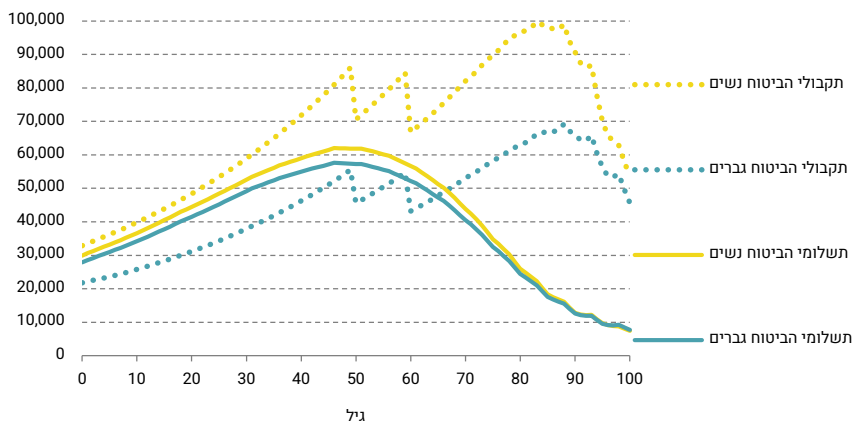
בצד התקבולים ההבדלים בין נשים לגברים גדולים בהרבה. הבדלים אלו נובעים הן מן הפער המגדרי בתוחלת החיים והן מהבדלים בהסתברות להתחיל לקבל תקבולי סיעוד בגילים המבוגרים. כפי שהראינו בתרשים 11, ככלל, עד גיל 70 ההסתברות להזדקק לטיפול סיעודי נמוכה מאוד. היא גדלה באופן ניכר רק אחרי גיל 80, ובקרב נשים היא גדלה יותר מאשר בקרב גברים. מאחר שתוחלת החיים של נשים גבוהה יותר, התקבולים הצפויים של נשים גבוהים בהרבה מאלה של גברים. העלייה לאורך השנים נובעת מההיוון. ה"קפיצות" הנראות בתרשים 13 בגיל 50 ובגיל 60 משקפות את הירידה בתקבולים שמקבל מי שמצטרף לתוכנית לאחר גילים אלו. כאמור לעיל, מי שמצטרף אחרי גיל 50, ויותר מזה אחרי גיל 60, מקבל תקבולי סיעוד מוקטנים.

נראה אפוא כי בממוצע, במצב הנוכחי ובריבית בשיעור של 2%, עבור גברים המצטרפים לביטוח לפני גיל 65 תשלומי הפרמיה הצפויים גבוהים יותר מהתקבולים הצפויים, ואילו עבור נשים המצטרפות לפני גיל 65 הם נמוכים יותר. הניתוח בהתאם לפרמיות השונות של קופות החולים מוצג בתרשים נ'1 בנספח.

כדאיות ההצטרפות לביטוח גדלה ככל שמצטרפים בגיל מבוגר יותר, אך יש לזכור שכלל לא ברור שיקבלו לתוכנית אדם בגיל 70 או 80 (עקב מצבו הבריאותי), וגם אם כן, ההמתנה כרוכה בסיכון שהאדם ייהפך לסיעודי בגיל מוקדם יותר, ובהיעדר ביטוח לא יקבל את תשלומי הסיעוד. כמו כן, אף שכדאיות ההצטרפות לביטוח הסיעוד בגיל צעיר נמוכה יותר, במיוחד עבור גברים, התוכנית מהווה פוליסת ביטוח הוגנת גם בגיל צעיר. עם זאת, כמו בכל ביטוח התשלום נעשה לפני קבלת החוזר, ולא כל משפחה יכולה להרשות לעצמה את ההוצאה הזאת.

עד כה עסקנו בכדאיות הכלכלית של ההצטרפות לביטוח עבור הפרט. ואולם מעבר לכך, כדי לאפשר לזקנים להזדקן בבית ובקהילה שבה הם משולבים, בהתאם למדיניות הרווחת כיום, על הממשלה לגבש מדיניות כוללת שתשלב בין הגורמים השונים המטפלים באוכלוסייה זו ותפעל לצמצום הכשלים הנובעים מחוסר בראייה כוללת של מצב הזקנים בישראל.

תרשים 13. תשלומי הביטוח הסיעודי ותקבולי הביטוח בערך נוכחי, לפי גיל ההצטרפות ומגדר (ש"ח)



מקור: ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, מרכז טאוב | נתונים: רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון

חלופות מדיניות

חלופות המדיניות המוצעות להלן נוגעות בעיקרן לביטוח הסיעודי הפרטי. גם בכל הנוגע לביטוח הסיעודי הציבורי שניתן בנפרד מהמוסד לביטוח לאומי וממשרד הבריאות יש מקום לשיפור, אך הוא לא בליבת מאמר זה. עם זאת, הגידול המשמעותי בהוצאה על סיעוד בשנים האחרונות מחייב מעקב מתמיד של הממשלה בנושא ונקיטת צעדים, הן להבטחת מקורות המימון והן להגברת יעילותו של הסיוע הציבורי לזקנים במצב סיעודי.

הביטוח הסיעודי באמצעות קופות החולים הוא למעשה הביטוח הפרטי היחיד שנותר בשוק הביטוח הסיעודי עבור מצטרפים חדשים. הגידול הרב במספר התביעות בשנים האחרונות מחייב את המדינה לנקוט צעדים שיבטיחו למבוטחים בתוכניות אלו כיסוי סיעודי מספק בעת הצורך. יש מגוון רחב של צעדים אפשריים, חלקם בתחום הביטוח עצמו (שינוי פרמיות ותנאי זכאות), חלקם נוגעים לבחינה מחודשת של אופי הביטוח ובדיקת האפשרות להחליפו בחיסכון, וחלקם קשורים לאיכות הביטוח הסיעודי הציבורי שהמדינה מספקת. הפתרון יכול לשלב רכיבים מכמה חלופות.

יש לציין כי לכמה מן החלופות שקשורות למוצר הביטוח הפרטי יש פוטנציאל להגדלת הפערים בחברה הישראלית, והחלופה שמציעה שיפורים בשירותי הסיעוד הציבוריים עשויה להביא לצמצומם. להלן החלופות:

התאמת פרמיות או זכויות: בשל הגידול במספר התביעות יש להניח שיידרשו פעולות מאזנות בביטוחים של קופות החולים – הגדלת הפרמיות או התאמת הזכויות (כולל הגדרת מקרה הזכאות). התשלום לבני 80 גבוה כבר היום ובחלק מהקופות עולה על 300 ש"ח לחודש, ולכן מדובר בצעד מורכב ביותר. עם זאת, במצב הנוכחי נראה שפגיעה זו בזכויות של המבוטחים נדרשת כדי להביא ליציבות כלכלית לאורך שנים. צעדים אפשריים להשגת מטרה זו יכולים לכלול:

- גביית פרמיה נמוכה עבור ילדים בני 5–18 (היום אין כלל תשלום פרמיה בגילים אלו).
- הארכת תקופת ההמתנה לקבלת תקבולי הביטוח (היום תקופת ההמתנה עומדת על 60 יום).
- הורדת גיל הצטרפות המאפשר כיסוי ביטוחי מלא (היום אפשר להצטרף לביטוח הסיעודי עד גיל 49 ולקבל את מלוא הזכויות, כפי שיקבל למשל מבוטח שהצטרף לביטוח בגיל 20. הורדת הגיל המאפשר כיסוי מלא תעודד הצטרפות בגיל מוקדם יותר לביטוח הסיעודי ותביא לירידה בתקבולי הביטוח למי שיצטרף לאחר גיל זה).
- הגדלת תשלומי הפרמיה החודשית.
- הקטנת תקבולי הביטוח או קיצור תקופת השיפוי. צעדים אלו יובילו לאובדן הכנסה לכלל המבוטחים, אך אובדן ההכנסה יהיה קריטי יותר עבור מבוטחים בעלי הכנסה נמוכה, שיכולתם לצרוך שירותי סיעוד תיפגע.

הפחתת שיעורי ניצול הגמלה: ברוח התמריצים המקובלים בכלכלה ההתנהגותית, אפשר לבחון את היתרון שבשימוש בתמריצים להפחתת שיעורי הניצול של גמלת הסיעוד.

ביטוח חובה: הפיכת הביטוח הסיעודי של קופות החולים לביטוח חובה. כפי שראינו לעיל, כמחצית מהאוכלוסייה בישראל מבוטחת בביטוח סיעודי דרך הפוליסות של קופות החולים. שיעור המבוטחים הנמוך ביותר הוא בקבוצת הגיל 25–35, 37%. אם הביטוח הסיעודי יהיה ביטוח חובה, יגדל מספר משלמי הפרמיה החודשית באופן ניכר ויורחב הבסיס של משלמי פרמיה צעירים שאינם צפויים להגיע בקרוב למצב סיעודי. צעד זה דומה להטלת מס חובה שקלי גרסיבי שגובה תשלום יחסי גבוה יותר מאוכלוסיות בעלות הכנסה נמוכה. יתר על כן, הוצאות משקי הבית על ביטוחי סיעוד יוכפלו ויגיעו לכ-6 מיליארד ש"ח בשנה. בעקבות הממצאים שהוצגו במאמר זה, הפיכת הביטוח הסיעודי לחובה צריכה להיעשות במקביל לשינוי תנאי הפוליסה, כפי שהוצג בחלופה הראשונה.

חיסכון חובה לסיעוד: יצירת רובד חיסכון חובה לסיעוד לכלל האוכלוסייה. כל תושב יהיה מחויב בחיסכון חודשי ייעודי למצב סיעודי. החיסכון יכול להיות בסכום קבוע או כאחוז מהשכר. עם הכניסה למצב סיעודי יוכל האדם הסיעודי למשוך את הכספים שצבר כקצבה

חודשית. אם בעל החיסכון לא הגיע למצב סיעודי או נפטר בטרם ניצל את מלוא החיסכון, הסכום שנחסך יעבור ליורשיו החוקיים.

אם החיסכון יהיה כאחוז מהשכר, אזי מדובר בהפרשה יחסית שאינה רגרסיבית. מי שיפריש יחסית מעט, יקבל קצבה נמוכה מהמצב הנוכחי. אם החיסכון יהיה סכום קבוע אזי מדובר בחיסכון רגרסיבי מאוד, והנהנות העיקריות מהטבות המס על רווחי הון, ככל שיהיו, יהיו השכבות החזקות.

מודל אפשרי אחר הוא שהחיסכון לא יהיה בגדר חובה אך המדינה תיתן תמריץ בדמות זיכוי ממס עבור הפקדה לחיסכון סיעודי. חיסכון זה דומה יותר למודל של "חיסכון לכל ילד" מאשר לחיסכון פנסיוני. במודל זה בעל החיסכון יקבל את הסכום שחסך (לא יותר ולא פחות), ואין סיכון אקטוארי.

מניעת הידרדרות תפקודית: יישום ההמלצות של הצוות למניעת הידרדרות תפקודית של אזרחים ותיקים מחודש ספטמבר 2022. הצוות הציע כמה המלצות הנוגעות לשינוי סדרי העדיפויות בטיפול הסיעוד בישראל כך שיופנו משאבים גדולים יותר למניעת הידרדרות תפקודית. ההמלצות כללו בין השאר שינוי במבנה של גמלת הסיעוד, שינוי במבנה התמריצים לחברות הסיעוד, חיזוק התוכניות שהרשויות המקומיות מציעות לאזרחים הוותיקים ושילוב קופות החולים במהלכים למניעת הידרדרות תפקודית ותגמולן בהתאם. בהקשר זה יש לשקול לאפשר לקופות החולים להשקיע חלק מכספי הקרן של הביטוחים הסיעודיים בפעולות למניעת הידרדרות.

שיפור הביטוח הסיעודי הציבורי: הביטוח הסיעודי הציבורי בקהילה הוא רחב, אך אינו מספק פתרון מלא לאוכלוסייה. התשלום עבור הרכיב הסיעודי מתוך תשלום התושבים לביטוח הלאומי אינו מכסה את עלותו בפועל. הגדלה של רכיב התשלום הסיעודי בתשלום החודשי לביטוח הלאומי ושמירה על שיעור הוצאה קבוע של המדינה יכולות לאפשר להגדיל את קצבת הסיעוד הציבורית. מוצע כי הגדלה זו בתקציב תופנה לפעולות למניעת הידרדרות תפקודית ולתוספת שעות עזרה או מימון לאנשים במצב סיעודי ברמות הגבוהות ביותר. הביטוח הסיעודי הציבורי אוניברסלי ברובו. שיפור הזכאות הציבורית ייטיב בעיקר עם השכבות החלשות, משום שסיוע זה יהווה אחוז גבוה יותר מהכנסתם.

הגברת הפיקוח על מתן השירותים בפועל: כיום אין פיקוח אפקטיבי של המוסד לביטוח לאומי על קבלת השירות בפועל מצד הזכאים לגמלת הסיעוד. בשנת 2022 פרסם המוסד לביטוח לאומי מכרז חדש לספקי שירות בתחום הסיעוד, שכולל גם צעדים הנוגעים לפיקוח, אך מכרז זה טרם נכנס לתוקף.

סיכום

ישראל מזדקנת היום בקצב מהיר יותר משהיינו רגילים לו בעבר (ראו תרשים 1). בשנים האחרונות, לצד הזדקנות האוכלוסייה אנחנו עדים גם להידרדרות תפקודית מהירה של הזקנים בישראל, כפי שעולה הן מנתוני הביטוח הלאומי והן מנתונין של חברות הביטוח הפרטיות. מערך הביטוח הסיעודי בישראל מושתת בבסיסו על ביטוח ציבורי באמצעות הביטוח הלאומי (בקהילה) ומשרד הבריאות (אשפוז סיעודי) ועל ביטוחי סיעוד פרטיים (בעיקרם פוליסות סיעוד קבוצתיות בבעלות קופות החולים), כל אלו לצד הוצאה נוספת של משקי הבית למימון העלויות הנדרשות לצורך הטיפול הסיעודי. מערך שירותי הסיעוד בישראל מפוצל בין מספר רב של גורמים שאינם פועלים בתיאום והדבר מביא להכבדת הברוקרטיה על הזקנים הסיעודיים ועל משפחותיהם.

בשנים האחרונות פורסמו כמה תוכניות מדיניות של הממשלה לשינוי מבנה הטיפול הסיעודי בישראל. תוכנית משרד הבריאות משנת 2011 הציעה לרכז את כלל השירותים לזקן הסיעודי תחת קופות החולים (חורב ואחרים, 2011). התוכנית שהציגו משרד הבריאות ומשרד האוצר בשנת 2017, שעיקרה הוספת רמות סיעוד בקהילה, הגדלת גמלת הסיעוד, שינוי מבחני ההשתתפות העצמית ופיתוח שירותים קהילתיים לזקנים, אומצה בהחלטת ממשלה.¹² בשנת 2022 פורסם דוח של משרד הרווחה, המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות שעסק במניעת הידרדרות תפקודית של אזרחים ותיקים וגיבש מגוון המלצות בנושא (זילברטל, 2022). כחלק מן ההסכמים הקואליציוניים להקמת הממשלה ה-37 בחודש דצמבר 2022 סוכם גם על "קביעת תוכנית לאומית להבטחת מענה סיעודי מימוני לכלל האוכלוסייה" (הסכם קואליציוני לכינון ממשלה לאומית, 28.12.2022).

ואולם למרות כל התוכניות הללו, מערכת הסיעוד בישראל של שנת 2024 איננה יציבה. הגידול הדרמטי במספר הזכאים לגמלת סיעוד והקפיצה במספר תביעות הביטוח הפרטי מחייבים חשיבה מחודשת על מערך הסיעוד בכללותו, תוך מעקב מתמיד והיערכות מתאימה להזדקנות האוכלוסייה בישראל.

12 החלטת ממשלה מס' 3379 מיום 11.1.2018, תוכנית סיעוד לאומית.

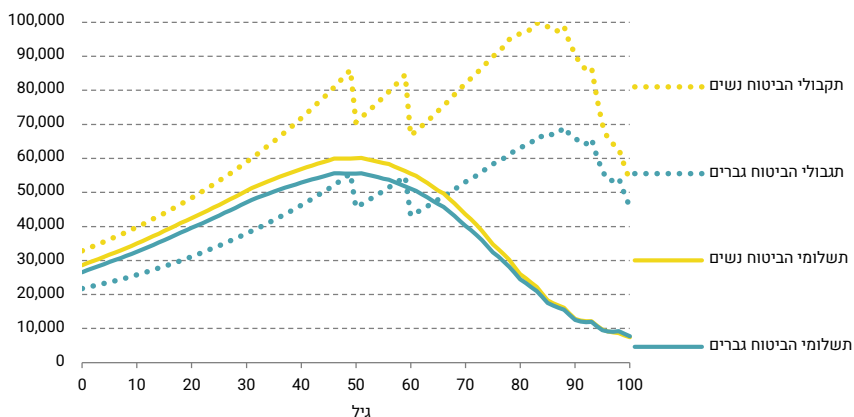
מקורות

- דוח ועדת שטסמן (2011). הועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי ל-2010-2020 ו-2020-2030: דין וחשבון הועדה והמלצותיה. משרד הבריאות.
- זילברטל, ע' (עורך). (2022). המלצות הצוות למניעת הידרדרות תפקודית של אזרחים ותיקים. משרד הרווחה והביטחון החברתי, המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות.
- חורב, ט', קידר, נ', והרשקוביץ, ע' (2011). ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד: מתווה לרפורמה. משרד הבריאות.
- משרד הבריאות (2021). תכנית מתאר ארצית למוסדות בריאות – תמ"א 49. משרד הבריאות, מינהל התכנון.
- צ'רניחובסקי, ד', קפלן, א', רגב, א', ושטסמן, י' (2017). טיפול סיעודי בישראל: סוגיות מימון וארגון. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- רשות שוק ההון (2021). תיקון הוראות החוזר המאוחד – ש ער 6 חלק 3 – ביטוח סיעודי. רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון.
- OECD (2020). *Long-term care and health care insurance in OECD and other countries*.
- OECD (2021). *Public and private sector relationships in long-term care and healthcare insurance*.

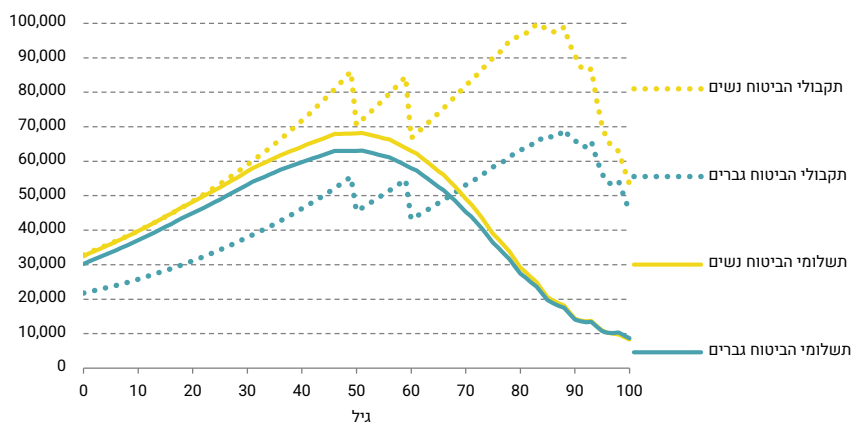
נספח

תרשים נ'1. תשלומי הביטוח הסיעודי ותקבולי הביטוח בערך נוכחי, לפי גיל ההצטרפות, מגדר וקופה (ש"ח)

מכבי

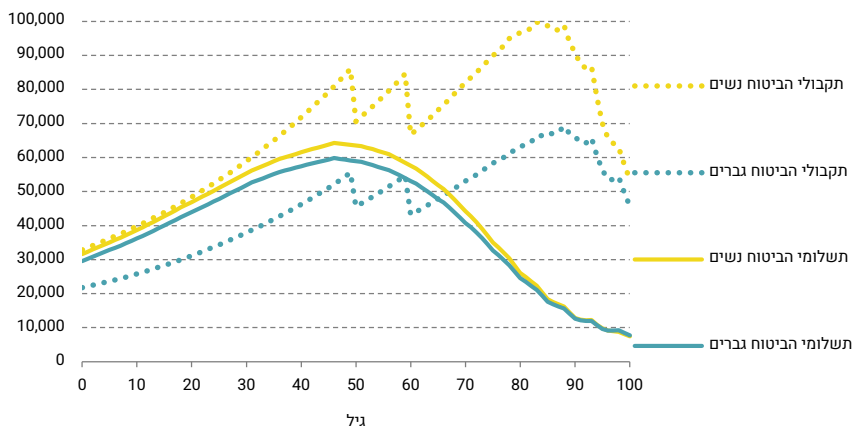


כללית

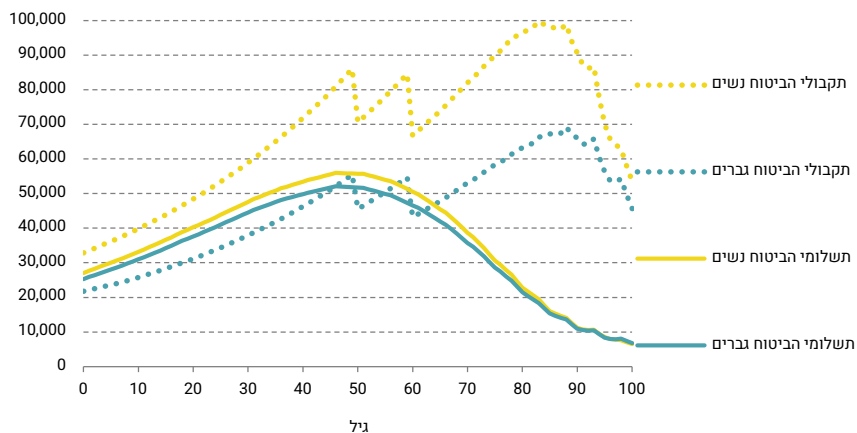


תרשים נ'1 (המשך). תשלומי הביטוח הסיעודי ותקבולי הביטוח בערך נוכחי, לפי גיל ההצטרפות, מגדר וקופה (ש"ח)

מאוחדת



לאומית



מקור: ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, מרכז טאוב | נתונים: רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון