די למצגי השווא – הממשלה חייבת לספק ביטוח סיעודי ממלכתי

המשבר בביטוח הסיעודי, אשר היה צפוי מזה שנים רבות, כבר כאן. בלא פעולה מיידית, יוותרו עשרות אלפי מבוטחים סיעודיים ללא פתרון כבר בתחילת 2025. לאחרונה פורסם כי אף חברת ביטוח לא ניגשה למכרז הביטוח הסיעודי הקולקטיבי של קופת החולים הכללית.[1] החלטת חברות הביטוח לא לגשת למכרז משמעה שמתחילת ינואר 2025 אין עוד ביטוח סיעודי לרוב הזקנים בישראל – באשר רובם מבוטחים בקופת חולים כללית. למעשה הדבר משפיע על כלל המבוטחים הסיעודיים, שכן החוק מאפשר לעבור בין קופות החולים ולשמור על רצף ביטוחי.

מדובר במשבר נוסף בתחום הביטוח הסיעודי בישראל, אשר מכון זולת כבר התריע בעבר כי הוא מחייב פתרון כולל.[2] זאת בראש ובראשונה בדמות חוק ביטוח סיעודי ממלכתי המשולב בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ומוציא מהמשוואה את חברות הביטוח הפרטיות.

במהלך שני העשורים האחרונים הוצעו שוב ושוב פתרונות ביניים המסתמכים על חברות ביטוח – שמטרתן למקסם את רווחיהן – על מנת לספק שירות חברתי בסיסי של טיפולי סיעוד. המודל של ביטוחי סיעוד קולקטיביים באמצעות קופות החולים גובש על ידי המפקח על הביטוח דאז (כיום רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון) כדי להתגבר על המשבר האקטוארי שנוצר בביטוחים הקולקטיביים של מקומות העבודה. לאור השינויים בתחום זה, נותר הביטוח הקולקטיבי של קופות החולים כביטוח הסיעודי היחיד, בפרט לאחר שחברות הביטוח חדלו למכור ביטוחים פרטיים ב-2019 (מאחר שעלותם ליחיד הייתה מאד יקרה). רשות שוק ההון ואגף התקציבים באוצר ממשיכים לדבוק בהסדרי ביניים כאלה,[3] למרות שכבר הוכח כי אלה פתרונות גרועים, שאינם הוגנים בטווח הקצר וכלל אינם ישימים לאורך זמן.

גם המשבר הנוכחי מוכיח כי יש צורך בפתרון ממלכתי וכי לא ניתן להסתמך על חברות הביטוח, וזאת מן הנימוקים הבאים:

- **תשלומי הביטוח אינם שוויוניים** – הפרמיה לתשלום בקופות החולים משתנה מקופה לקופה בהתאם לסך המבוטחים והחישוב האקטוארי. מאחר שרוב הזקנים בישראל מבוטחים בקופת חולים כללית, מבוטחי הכללים משלמים פרמיה גבוהה יותר ברוב קבוצות הגיל ובעיקר בגיל זיקנה. בנוסף, בשנת 2022, 60% מהציבור היו מבוטחים בביטוח סיעודי, ירידה משמעותית מאז שנת 2012 אז היו מבוטחים בו 69%.[4] ניתן להניח כי הנטל בטיפול הסיעודי נופל על כתפי המשפחות, בעיקר אלו החלשות שאינן עומדות בתשלומי הביטוח.

---

[1] מירב ארלוזורוב, ויתרה מראש? ביטוחי הסיעוד קורסים, והממשלה אינה נוקפת אצבע לעצור זאת, The Marker (6.9.2024).
[2] יפעת סולל, חוק ביטוח סיעודי ממלכתי – אחריות המדינה לאפשר להזדקן בכבוד, **זולת** (3.1.2024).
[3] צוות לבחינת סוגיית ביטוחי הסיעוד – דו"ח ביניים, **רשות שוק ההון, ביטחון וחיסכון ואגף התקציבים במשרד האוצר** (1.7.2024).
[4] שם.

- **הביטוח הוא רגרסיבי** – ביטוח באמצעות חברות הביטוח, בניגוד לביטוח ממלכתי, אינו מתחשב במצב הכלכלי של המבוטח, אלא קבוע לפי גיל. תשלומי הפרמיה עולים עם גיל המבוטח, כך שרבים מוותרים על הביטוח דווקא בתקופה בה עולה הסיכון להזדקק לו. לשם הדגמה: מעל גיל 80, מבוטחי קופת החולים הכללית נדרשים לשלם כ-350 ש"ח בחודש על ביטוח סיעודי.[5] מדובר בסכומים שבעלי הכנסות נמוכות מתקשים לשלמם ועל כן נותרים ללא ביטוח.
- **חברות הביטוח פועלות לשם מיקסום רווחיהן ולא לרווחת הציבור** – חברות הביטוח מתקשות לחשב את הסיכון האקטוארי ולכן בחרו לצאת משוק הביטוח הסיעודי כשחששו שיפגע ברווחיותן, וכתוצאה מכך מסתמן כי לא יהיה ביטוח למבוטחי קופת החולים הכללית החל מ-1 בינואר 2025. כך גם מי ששילמו ביטוח סיעודי שנים רבות, ימצאו עצמם ללא כל כיסוי ביטוחי וללא פתרונות אחרים. גם במנותק מן המשבר הנוכחי וגם אילו חברות הביטוח לא היו נוקטות בצעד זה, עדיין אין כל הצדקה לכך שרווחי חברות הביטוח ייגזרו מצרכי הסיעוד של האוכלוסייה.
- **המודל של הביטוח הסיעודי קובע מסגרת מקסימלית של סכום וזמן** – נכון להיום, 5000 ש"ח לחודש לתקופה של עד חמש שנים (תלוי בגיל ההצטרפות לביטוח).

הכשל ידוע מזה שנים רבות, אולם במקום לקדם פתרון ממלכתי, בחרו ממשלות ישראל ובחרה רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון להציע פתרונות דמה, שיצרו פתרונות זמניים בלבד. לכן, גם כעת נראה כי אין מי שמוביל את הדרך לפתרון אמיתי.

עמדת מכון זולת היא שאין כל היגיון או הצדקה להמשיך לרמות את הציבור בטענה שחברות ביטוח יתנו מענה לצרכים הסיעודיים. הטיפול הסיעודי חייב להפסיק להיות בן חורג בין טיפולי הבריאות. הגיעה העת לקדם פתרון מלא וממלכתי לטיפול הסיעודי ולהכניס אותו לסל השירותים האוניברסלי. לצורך כך, יש לחוקק חוק ביטוח סיעוד ממלכתי, להעלות את מס הבריאות ולאחד בין תקציבי משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי, כך שניתן יהיה לקבל מימון ציבורי מלא לטיפול סיעודי בקהילה.

הזכות לטיפול סיעודי בבית בישראל [6]

עד שנות ה-80 הפתרון המקובל למטופלים סיעודיים (וגם למטופלים בתחומים אחרים) היה אשפוז במוסד. מאז אמצע שנות ה-80 התפתח נושא הטיפול בקהילה, וחלק ניכר מהטיפול בזקנים סיעודיים (ובבעלי מוגבלות אחרים) עבר ממוסדות, המרחיקים את המטופל מביתו, משפחתו וקהילתו, חזרה אל הבית, תוך מתן סיוע להמשך חיים פעילים, כמידת האפשר. המשמעות היא שתחום הטיפול הסיעודי פוצל בשנות ה-80 בין שני מקורות אחריות – משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי.

[5] ניר קידר, נדב דוידוביץ' ואבי וייס, ביטוח סיעודי בישראל, **מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל** (אפריל 2024).
[6] לרקע נוסף ראו מסמך זולת מינואר 2024, הערה 2 לעיל.

פרק הסיעוד בחוק הביטוח הלאומי נחשב בעת חקיקתו למתקדם ולכזה המאפשר למטופלים סיעודיים להמשיך לתפקד. הטיפול הסיעודי בבית, כאמור, נעשה בחוק הביטוח הלאומי ולא בחקיקת בריאות, בעוד שהאשפוז הסיעודי נותר באחריות משרד הבריאות.

בשנת 2018 תוקן חוק הביטוח הלאומי, כך שסך שעות הטיפול הסיעודי בבית הממומן על ידי המדינה עלה. אך גם לאחר התיקון, מקסימום שעות הטיפול הניתנות במימון המדינה למטופלים סיעודיים הזקוקים לטיפול מלא עומד על 30 שעות שבועיות (לטיפול על ידי ישראלי, או שווה ערך ל-26 שעות טיפול שבועיות לעובד זר).[7]

זכות זו מוקנית על-פי מבחן הכנסה: זכאות באופן מלא מוקנית למי שהכנסותיו אינן עולות על השכר הממוצע במשק, וזכאות למחצית הזכויות מוקנית למי שהכנסותיו עולות על פעם וחצי השכר הממוצע במשק (במשק בית בן שני אנשים, הזכאות מלאה עד פעם וחצי השכר הממוצע במשק).

הסכום המשולם אינו נותן מענה לכלל הצרכים של המטופלים הסיעודיים. מי שהכנסותיו נמוכות, לא יוכל לממן את הצרכים הנוספים באופן פרטי, והביטוח הסיעודי דרך קופות החולים נתן מענה לפער זה. עתה, אנשים במעמד ביניים, ששילמו לביטוח לאומי ולביטוח בריאות כל חייהם, עשויים למצוא עצמם נדרשים למימון מלא של הטיפול הסיעודי. עלות של מטפל בבית נעה בין 9,000-12,000 ש"ח בחודש. מדובר בהוצאה כספית שרבים, גם אם הכנסתם גבוהה, אינם יכולים לעמוד בה. הביטוח הסיעודי דרך קופות החולים נתן מענה חלקי לתשלומים אלה.

עמדת מכון זולת היא כי רק ביטוח סיעודי ממלכתי שישולב בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ייתן מענה להפרש שבין המימון הנוכחי של ביטוח לאומי לבין הצרכים בפועל של הציבור. במסגרת החוק, יש להעלות את סך התשלומים של כלל הציבור לביטוח הבריאות,[8] ולעודד חסכונות לצורכי טיפול סיעודי עתידי למבקשים לעשות כן.[9]

במסגרת חוק זה יש לבחון גם את הסוגייה של אופן מתן הטיפול הסיעודי, ובכלל זה את מדיניות העסקת עובדות הסיעוד ושכרן. בנוסף יש לקדם פתרונות דיור קהילתיים קולקטיביים, המאפשרים חיים בקהילה ולא רק בבית, כמקובל בעולם.

כתיבה וייעוץ משפטי: עו"ד ד"ר יפעת סולל

[7] במסגרת התיקון, ניתנה האפשרות לקבל חלק מהגימלה בכסף ובכלל זה את מלוא הסכום ברמה הנמוכה ביותר – אחת הסיבות העיקריות לעלייה הדרמטית במספר הפונים להכרה כסיעודיים. סיבה נוספת היא האפשרות להכיר בקרובי משפחה כמטפלים, אפשרות שהורחבה לכלל האוכלוסייה בזמן הקורונה ונתנה למעשה מימון לפעולות שנעשו קודם לכן מבלי שהמדינה הכירה בצורך לממנן.

[8] יש לבחון את מדיניות הזכאות להנחות בתשלומי המוסד לביטוח לאומי וביטוח בריאות ולהעלות את סכומי המינימום למי שאינם ממצים את כושר השתכרותם.

[9] לצורך השלמת שירותים – למי שמבקש לחסוך לצרכים אלה, יש לאפשר הקלות במס. החיסכון יוכל לשמש רק לצורכי טיפול סיעודי ובאם לא ייעשה בו שימוש, יהווה חלק מהירושה.