

משרד האוצר - רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון

הסדרת הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים

חוות דעת לפי סעיף 21 לחוק מבקר המדינה

תקציר

רקע כללי

ב-29.12.15 הוועדה לענייני ביקורת המדינה של הכנסת ביקשה ממבקר המדינה, בהתאם לסעיף 21 לחוק מבקר המדינה, התשי"ח-1958 [נוסח משולב], להכין חוות דעת בנושא הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים. חוות דעת זו עוסקת בהסדרת הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים המסחריים, ואינה בוחנת את הביטוחים הקבוצתיים במסגרת קופות החולים.

בשנים 1998-2011 גדל מספר המבוטחים בביטוחים הקבוצתיים המסחריים מכ-30,000 לכ-1.1 מיליון. אי-חידושן של פוליסות קבוצתיות, בעיקר משנת 2010 ואילך, הביא לפגיעה בחלק מהמבוטחים בפוליסות אלו.

פעולות הביקורת

בחודשים מרץ-יוני 2016 בדק משרד מבקר המדינה את פעולות אגף שוק ההון, הביטוח והחיסכון במשרד האוצר (להלן - אגף שוק ההון), ואת פעולות המפקחים על הביטוח שניהנו בשנים 1992-2016, בכל הנוגע לאסדרת שוק הביטוח הסיעודי הקבוצתי המסחרי. אלה המפקחים על הביטוח שניהנו בשנים אלו: מר מאיר שביט (1992-1995), מר דורון שורר (1995-1998), הגב' ציפי סמט (1998-2002), מר אייל בן שלוש (2002-2005), מר ידין ענתבי (2005-2009), פרופ' עודד שריג (2010-2013). המפקחת הנוכחית, הגב' דורית סלינגר, מונתה לתפקידה בספטמבר 2013.

הליקויים העיקריים

טיפול לקוי של המפקחים על הביטוח בכשלים מרכזיים בביטוח הסיעודי הקבוצתי

1. משנת 1998, לכל המאוחר, היה אגף שוק ההון ער לכשלים מרכזיים במתכונת הקיימת של הביטוחים הקבוצתיים המסחריים, אולם האגף נמנע מלאסור את שיווקם, או למצער מלטפל בכשלים אלו, אף שהוא צפה בפועל את הנזקים שעתידיים היו להיגרם מאי-טיפול בנושא. בשנים 1998-2009 העדיפו המפקחים על הביטוח לטפל בביטוחים הסיעודיים של קופות החולים, בביטוחי הסיעוד הפרטיים, וכן בנושאים אחרים הקשורים לביטוחים

- הסיעודיים, ולא מנעו את הגידול במספר המבוטחים שצורפו לפוליסות לביטוח סיעודי קבוצתי מסחרי.
2. בשנת 1998 פרסמה המפקחת על הביטוח דאז טיוטת חוזר להסדרת הביטוחים הסיעודיים, ובכלל זה הביטוח הסיעודי הקבוצתי המסחרי, תוך אזהרה חמורה בדבר הסכנות שבפוליסות הקיימות. אולם המפקחת לא פרסמה חוזר סופי כדי ליישם את עקרונות המדיניות שפורטה בטיטה וכדי להגן על המבוטחים לטווח הארוך.
3. בשנת 2011 החליט המפקח על הביטוח דאז, פרופ' עודד שריג, שלא לאפשר שיווק של פוליסות סיעוד קבוצתיות חדשות, וכך החליט כי כל אימת שתחודש פוליסת ביטוח קיימת תיקבע תקופת הביטוח לשנה לכל היותר. החלטה זו התקבלה בלי שנמצאה דרך להסדרת מצבם של מבוטחים מבוגרים שהביטוחים הסיעודיים שלהם לא חודשו, בלי שנמנע צירופם של מבוטחים חדשים לפוליסות קיימות, ותוך יצירת חוסר ודאות בקרב המבוטחים בפוליסות הקיימות ובקרב כלל העוסקים בתחום הביטוחים הסיעודיים. בחוזרים שפרסם לאחר מכן המפקח על הביטוח נדחה שוב ושוב המועד שלאחריו לא ניתן לחדש את הפוליסות הקיימות, והוא נקבע לבסוף ל-31.12.16.
4. באפריל 2013 פרסם המפקח על הביטוח דאז טיוטת מתווה להסדרת נושא הביטוח הסיעודי למבוטחים מעל גיל 60 שפוליסות הביטוח הקבוצתי שלהם לא חודשו. זאת, אף שהמפקח על הביטוח דאז עמד על חומרת הבעיה הקיימת במסגרת הביטוח הסיעודי הקבוצתי, ועל כך שיש לטפל בה בדחיפות - לכל המאוחר באפריל 2011.
5. המפקחת על הביטוח, גב' דורית סלינגר, שנכנסה לתפקידה בספטמבר 2013, החליטה שלא להפעיל את המתווה שפרסם המפקח הקודם אלא לבחון חלופות אחרות, אולם היא לא פרסמה הודעה רשמית בנושא ובכך הגבירה את חוסר הוודאות בשוק.

אחריות בעלי הפוליסות, היועצים, חברות הביטוח והמבוטחים במסגרת הביטוח הסיעודי הקבוצתי

בלי לגרוע מחומרת המחדל של אגף שוק ההון, שאפשר את שיווק פוליסות הביטוח הסיעודי הקבוצתי על אף הידיעה הברורה שהן אינן עולות בקנה אחד עם תכלית הביטוח, מוטלת אחריות רבה גם על בעלי הפוליסות, ועל היועצים שסייעו לבעלי הפוליסות בהתקשרות עם חברות הביטוח. בפועל, התקיים פער ניכר בין האופן שבו חלק מציבור המבוטחים הבין את מהות הביטוח הסיעודי הקבוצתי לבין מאפייני פוליסות הביטוח הסיעודי הקבוצתי ששווקו. נוכח התמשכות המצב במשך שנים ארוכות, גם חברות הביטוח יכלו לשקול לנקוט בפעולה אקטיבית יותר בנדון. המשך הנפקת הפוליסות במשך שנים תרם להמשך קיומו של מצב זה.

מקורות מידע רבים סיפקו למבוטחים מידע נגיש בדבר מאפייני הסיכון של הביטוח הסיעודי הקבוצתי, אולם כפי הנראה רבים מהמבוטחים לא הבינו אותו או התעלמו ממנו.

אי-מסירת מידע רלוונטי לציבור בנושא הביטוחים הסיעודיים

אגף שוק ההון לא פעל לפרסם מידע מפורט הנדרש לציבור לצורך קבלת החלטה מושכלת בדבר הצטרפות לביטוחים הסיעודיים.

קשיים בהסדרה של הביטוחים הסיעודיים מיולי 2016

הסדרת הביטוחים הסיעודיים, שנכנסה לתוקף ביולי 2016, מעוררת את הקשיים האלה:

1. צירוף מבוטחים מבוגרים לביטוחים הסיעודיים של קופות החולים, בלא חיתום רפואי, גורם לכך שסבסוד הפרמיה בגין הסיכון הביטוחי העודף של מבוטחים אלו יוטל על יתר המבוטחים בביטוחים סיעודיים בקופות החולים, בלא הצדקה.
2. צירופם של המבוטחים המבוגרים שפוליסות הביטוח הקבוצתיות שלהם לא חודשו לביטוחים הסיעודיים של קופות החולים, בתנאים מיטיבים וללא חיתום רפואי, מבחין בינם ובין מבוגרים אחרים שלא היה להם ביטוח סיעודי.
3. אף שצירוף המבוטחים המבוגרים לביטוחים הסיעודיים של קופות החולים עולה בקנה אחד עם מטרה חברתית חשובה, ועל אף הצורך למקד את ההטבה הכלכלית באוכלוסייה הנצרכת לכך ביותר, לא נבחנה יכולתם הכלכלית של המבוטחים שניתנה להם האפשרות להצטרף לביטוחים אלה.
4. לא חודשו פוליסות הביטוח הקבוצתי של כ-200,000 מבוטחים בני 60 ומעלה, אולם רק כמחצית מהם זכאים להצטרף לביטוח בקופות החולים.
5. במסגרת ההסדרה לא הובאה בחשבון בעייתם של אלפי מבוטחים שפוליסות הביטוח שלהם לא חודשו, ונקלעו למצב סיעודי ממועד אי-חידוש הפוליסה ועד להפעלת ההסדר החדש.
6. המבוטחים העוברים מהפוליסות הקבוצתיות המסחריות לביטוחים של קופות החולים נדרשים לנקוט פעולה אקטיבית לאחר שחברות הביטוח מודיעות להם על דבר זכותם למעבר. אולם הניסיון מלמד כי ספק אם מרבית המבוטחים קוראים ומבינים את ההודעות שחברות הביטוח שולחות להם.

ההמלצות העיקריות

1. על אגף שוק ההון והמפקחת על הביטוח להפיק את הלקחים הנדרשים מהכשלים שהתגלו בהסדרת תחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי משנת 1998. לאחר שהאגף והמפקחת מגלים כשל בעניין שנוגע לתחום אחריותו של האגף, עליהם לפעול בהחלטיות ובזריזות לתיקון הכשל ולמנוע את הגידול במספר הנפגעים מהכשל עד לתיקונו.
2. על אגף שוק ההון לפעול בשיטתיות לאיסוף ולפרסום של מידע רלוונטי לציבור בתחום הביטוח הסיעודי, ובפרט מידע בדבר תוחלת החיים של אדם שנקלע למצב סיעודי בהתאם לגיל שבו הפך לסיעודי, בדבר תוחלת החיים של אדם שהפך לסיעודי ובדבר השינויים החלים בנתונים אלו במהלך השנים. בפרסום נתונים אלו יש כדי לסייע לציבור לקבל החלטה בדבר ההצטרפות לביטוח סיעודי, וכמו כן פרסום עשוי להביא תועלת לגורמים נוספים המעורבים בתכנון הטיפול בקשישים בישראל.
3. על אגף שוק ההון לשקול, במסגרת כל הסדרה עתידית, את האפשרות כי הסדרה חלקית של השוק, בהתאם לסדרי העדיפויות של האגף, עלולה ברבות הימים לעוות את מבנה השוק, להשפיע על החלטות הצרכנים באופן מזיק, ולגרום להחמרתם של בעיות וכשלים באופן שיקשה על האגף להתמודד אתם.
4. על אגף שוק ההון לשוב ולבחון את ההסדר שנועד לתקן את הכשל בתחום הביטוח הסיעודי, ובפרט עליו לבחון סוגיות אלה - (א) את הכבדת נטל תשלום הפרמיה על מבוטחי קופות החולים כדי לממן את תוספת הסיכון שמקורה בהצטרפותם של חלק מהמבוטחים לשעבר בפוליסות הביטוח הקבוצתיות המסחריות, (ב) ההתעלמות מגורלם של מבוטחים לשעבר שהפכו לסיעודיים לאחר תום תקופת הביטוח הקבוצתי, בלי שניתנה להם אפשרות להצטרף לביטוח סיעודי בקופות החולים, והצורך למצוא פתרון הולם למצוקתם של מבוטחים אלה.

סיכום

אף שהעלייה בתוחלת החיים והשיפור בטכנולוגיות הרפואיות נושאים עמם ברכה רבה, הרי שיש בצדם גידול ניכר הן בהסתברות להגיע במהלך החיים למצב סיעודי והן בסך הוצאות הקיום הנדרשות במצב זה. לנוכח זאת נדרשת היערכות אישית וציבורית לסוגיות האמורות, ויש לשים את הדגש על הצורך בתכנון כלכלי ארוך טווח. חלק מהנזקקים הסיעודיים, ובמיוחד הקשישים שבהם, שייכים לקבוצות החלשות ביותר בחברה, הן בשל מצבם הכלכלי והן בשל מצבם הקוגניטיבי. ההגנה על זכויות האדם בישראל, ובראשן השמירה על כבוד האדם, מחייבת את כל רשויות השלטון בישראל לדאוג לקשישים אלו, וראוי כי יפעלו מתוך ראייה לעתיד, ובפרט לטווח הארוך.

הכשל המהותי והמתמשך שהתגלה בכל הנוגע להסדרת שוק הביטוח הקבוצתי המסחרי שהשפיע על הזכויות של חלק ניכר מאוד מהציבור הוא כשל ארוך טווח שנמשך למעלה מ-19 שנים, תקופה שבה כיהנו חמישה מפקחים על הביטוח. ראוי כי אגף שוק ההון יקיים בדיקה פנימית יסודית כדי לבחון מדוע לא טופל כשל עקרוני ומתמשך זה במשך שנים כה רבות, וכדי להסיק את המסקנות המתבקשות לעניין אופי פעולת האגף.

האחריות למשבר בתחום הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים נחלקת בין כמה גורמים, ובראשם שני גורמים אלה: (1) המפקחים על הביטוח, בייחוד בשנים 1998-2011, אשר אפשרו את המשך שיווק הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים, על אף העמדה הברורה כי מדובר במוצר ביטוחי מסוכן, שאינו משרת את תכליתו של הביטוח הסיעודי; (2) בעלי הפוליסות הקבוצתיות, וכן יועצים לבעלי הפוליסות הקבוצתיות, אשר הפרו את חובתם החוקית לדאוג לטובת המבוטחים, בכך שהמליצו למבוטחים להצטרף לביטוח הסיעודי הקבוצתי, על אף סימני אזהרה ברורים בדבר הסיכונים הנשקפים לחלק מהמבוטחים עקב ההצטרפות. גם חברות הביטוח יכלו ככל הנראה לפעול באופן אקטיבי יותר על מנת למנוע את המשבר בתחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי. המשך הנפקת הפוליסות במשך שנים תרם להמשך קיומו של מצב משברי זה.

הממצאים שמוצגים בחוות דעת זו משקפים את הכשלים שהתגלו בטיפולו של אגף שוק ההון בהסדרת תחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי, מדגישים את חובתו כגורם מאסדר לטפל במהירות ובנחישות בכשלים שבתחום אחריותו, ומדגימים את הקושי שעלול להיגרם עקב דחיית הטיפול בבעיות המתגלות. על אגף שוק ההון והמפקחת על הביטוח להפיק את הלקחים הנדרשים מהכשלים שהתגלו בהסדרת תחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי. ההסדר שאימץ אגף שוק ההון ביולי 2016 אשר אפשר לבני 60 ומעלה שהיו מבוטחים בביטוחים סיעודיים קבוצתיים שלא חודשו להצטרף לביטוח סיעודי קבוצתי של חברי קופת חולים, מעורר כמה וכמה קשיים, ואגף שוק ההון נדרש לבחון אותם בהקדם האפשרי.

מבוא

אדם במצב סיעודי הוא אדם שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי מפעולות היומיום הבסיסיות, או שזקוק להשגחה בשל תשישות נפש. ההכרה במצב הסיעודי של האדם כפופה להגדרות של הגורמים המוסמכים לכך ולהערכה התפקודית שהם מבצעים. ככל שהאדם מבוגר יותר גדל באופן מובהק הסיכוי שהוא ייקלע למצב סיעודי, ורובם המכריע של המקרים הסיעודיים מתרחשים בגיל זקנה. לפי נתונים שפרסם אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר (להלן - אגף שוק ההון), ההסתברות של מבטוח בן 60 להפוך לסיעודי בחמש השנים הבאות היא כ-1%; ולעומת זאת, ההסתברות של מבטוח שהגיע לגיל 80 להפוך לסיעודי בחמש השנים הבאות היא כ-20%¹.

לפי חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר הוא המפקח על הביטוח². החוק מתיר למפקח על הביטוח ליתן הוראות הנוגעות לדרכי פעולתם וניהולם של מבטוחים כדי להבטיח את ניהולם התקין ואת השמירה על עניינם של המבטוחים או של הלקוחות, וכדי למנוע פגיעה ביכולתו של מבטוח לקיים את התחייבויותיו.

ב-29.12.15 הוועדה לענייני ביקורת המדינה של הכנסת ביקשה ממבקר המדינה, בהתאם לסעיף 21 לחוק מבקר המדינה, להכין חוות דעת בנושא הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים. חוות דעת זו עוסקת בנושא הסדרת הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים המסחריים ואינה בוחנת את הביטוחים הקבוצתיים במסגרת קופות החולים.

בסיכום הדיון של הוועדה לענייני ביקורת המדינה קבעה הוועדה כי "יש כאן הסטוריה ארוכה וכשל מתמשך של הרגולטור, שלא התערב בזמן, מעל בתפקידו ולא מנע מצב שלמבטוחים לא יהיה פתרון הולם לעת זקנה".

פעולות הביקורת

בחודשים מרץ-יוני 2016 בדק משרד מבקר המדינה את פעולות אגף שוק ההון, והמפקחים על הביטוח שכהונו בשנים 1992-2016 בכל הנוגע להסדרת שוק הביטוח

1 לפי נתוני "מדריך ביטוח סיעודי" באתר האינטרנט של משרד האוצר.

2 עם הקמת רשות שוק ההון ביטוח וחסכון, בשנת 2016, בוטל המונח "המפקח על הביטוח" והחוק תוקן באופן שכל הסמכויות שהיו נתונות בידי המפקח על הביטוח יהיו נתונות בידי הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון, המשמש כמנהל הרשות. מובהר כי לפני הקמת הרשות סמכויותיו של המפקח על הביטוח היו נתונות בידי הממונה על שוק ההון שעמד בראש אגף שוק ההון ביטוח וחסכון. היות שחוות הדעת שלפנינו רובה ככולה עוסקת בתקופה שקדמה לתיקון החוק, נתייחס אל פעולותיו של המפקח.

הסיעודי המסחרי הקבוצתי³. יצוין כי חברות הביטוח, בעלי הפוליסות ויועצי הביטוח שעסקו בביטוחים הסיעודיים אינם בגדר גופים מבוקרים. יחד עם זאת, נוכח מרכזיותם בנושא זה נמצא לנכון להתייחס באופן הראוי גם אליהם במסגרת חוות דעת זו. עוד יצוין, כי נוכח העובדה שחלק מהאירועים התרחשו לפני שנים לא מעטות, ובחלוף הזמן, התעורר קושי באיתור כלל המידע הנדרש. בהתאם לבקשת הוועדה לענייני ביקורת המדינה עוסקת חוות הדעת רק בסוגיית הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים, אך לא בכלל תחומי הביטוחים הסיעודיים (כמו הביטוחים הפרטיים וביטוחי קופות החולים).

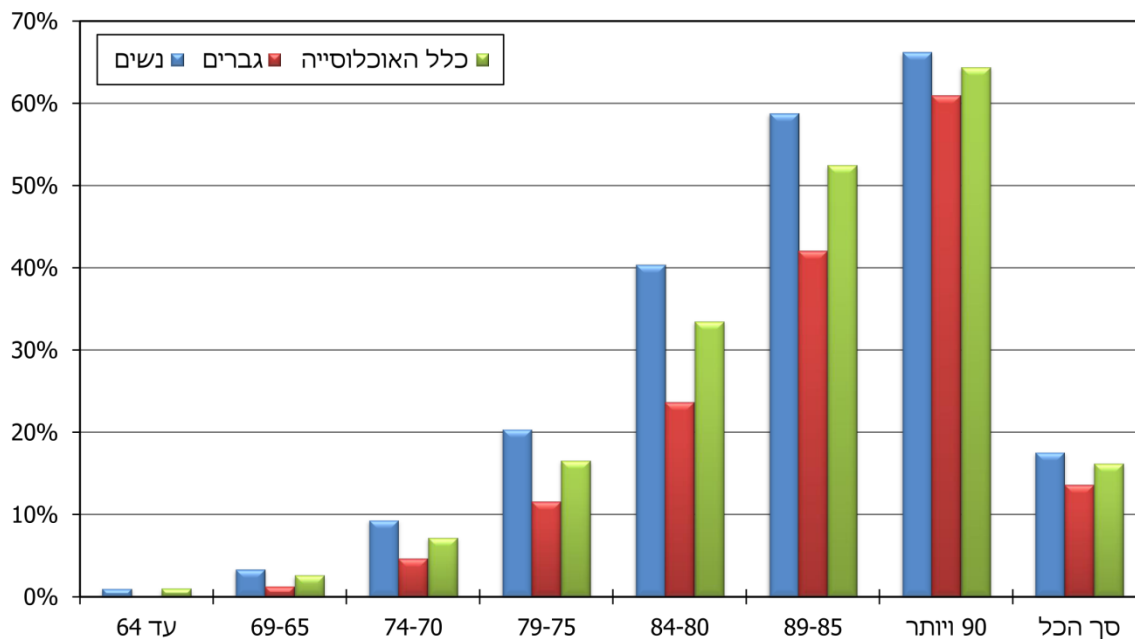
הנזקים לסיעוד - רקע

לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי⁴, בסוף שנת 2015 היו בישראל כ-161 אלף זכאים לגמלת סיעוד⁵, שהיוו כ-16.1% מכלל הקשישים⁶. כ-113 אלף (70.2%) מהם היו נשים. שיעורן הגבוה נובע מתוחלת החיים של נשים שהיא גבוהה מזו של הגברים. 17.4% מהנשים הקשישות היו זכאיות לגמלה, לעומת 13.5% מהגברים הקשישים. הגיל הממוצע של גברים זכאים היה 84 ושל נשים 83. מהנתונים עולה כי התפלגות הזכאים לגמלת סיעוד נוטה מאוד לכיוון הגילים המבוגרים לעומת כלל הקשישים: 12.8% מהגברים הקשישים ו-12% מהנשים הקשישות הם מעל גיל 85. 46.1% מהגברים הזכאים ו-40.6% מהנשים הזכאיות לגמלה היו מעל גיל זה.

- 3 בשנים - 1992 ואילך כיהנו בתפקיד המפקח על הביטוח מר מאיר שביט (1992-1995), מר דורון שורר (1995-1998), גב' ציפי סמט (1998-2002), מר אייל בן שלוש (2002-2005), מר ידן ענתבי (2005-2009), פרופ' עודד שריג (2009-2013), והגב' דורית סלינגר, שמכהנת בתפקיד המפקחת על הביטוח במועד הביקורת.
- 4 המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון - היבטים בביטוח סיעוד 2015, ינואר 2017.
- 5 לגמלת סיעוד זכאים מי שמתקיימים בהם התנאים הבאים: תושבי ישראל, אשר הגיעו לגיל פרישה, מתגוררים בקהילה ולא במוסד סיעודי או בבית אבות, עמדו במבחן הכנסות ובמבחן תלות, ואינם מקבלים מאוצר המדינה גמלה לשירותים מיוחדים או גמלה לטיפול אישי או השגחה.
- 6 עם אוכלוסיית הקשישים בישראל נמנים כל הנשים והגברים שגילם שווה או גבוה לגיל הפרישה המוגדר בחוק: ממאי 2009 נשים בנות 62 או יותר וגברים בני 67 או יותר.

תרשים 1: הזכאים לגמלת סיעוד לפי מין וגיל (באחוזים), לסוף שנת

2015



המקור: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון - היבטים בביטוח סיעוד 2015, ינואר 2017.

לפי הנתונים שפרסם אגף שוק ההון במדריך לקונה ביטוח סיעודי, עלות הטיפול החודשית באדם סיעודי בביתו - בקהילה היא 7,000-10,000 ש"ח ואף למעלה מכך, בהתאם לעלויות נלוות עבור העסקת מטפל זר. עלות אשפוז במוסד סיעודי היא 13,000-20,000 ש"ח, בהתאם לתנאי מוסד האשפוז. משך הזמן שבו אדם נמצא במצב סיעודי תלוי במצב בריאותו, בתוחלת החיים שלו, בטכנולוגיות הרפואיות ועוד. תוחלת החיים של אדם בן 80 ההופך לסיעודי היא כשלוש שנים וחצי בממוצע, אולם תקופה זו הולכת ומתארכת מכמה סיבות, ובהן העלייה בתוחלת החיים והשיפור באיכות הטיפול הרפואי בגיל זקנה. שווי גמלת הסיעוד הניתנת לזכאים על ידי המוסד לביטוח לאומי היא בין כ-900 ש"ח לכ-4,000 ש"ח (בהתאם למידת התלות בעזרת הזולת ולמבחן הכנסות). על כן, קיימת חשיבות גדולה לקיומו של ביטוח סיעודי, בעיקר אצל קשישים שאין די בהכנסותיהם לכיסוי הפער שבין הוצאות הסיעוד ובין גמלת הביטוח הלאומי.

מאפייני הביטוחים הסיעודיים

ביטוחים סיעודיים ניתנים לרכישה כביטוח אישי (להלן - ביטוח פרט או ביטוח פרטי) או כביטוח קבוצתי (באמצעות קופת חולים או באמצעות בעל פוליסה אחר). להלן

יפורטו הסוגים העיקריים של הביטוחים הסיעודיים השונים ששווקו במרבית התקופה הרלוונטית:

ביטוח אישי (פרט)

את הביטוח הסיעודי האישי רוכש 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. בקרות אירוע הביטוח זכאי המבוטח לתגמולי הביטוח שנקבעו, בתום תקופת המתנה קצרה. יש בנמצא גם פוליסות ביטוח משלימות וזולות בהרבה, שנועדו להשלים את תקופת הכיסוי המוגבלת בביטוח הסיעודי הקבוצתי של קופות החולים. בפוליסות משלימות אלו תקופת ההמתנה ארוכה ונמשכת כמה שנים. בפוליסת ביטוח אישי יכולה להיקבע פרמיה משתנה או קבועה. פוליסה אישית בפרמיה קבועה כוללת ערכי סילוק (המבוטח צובר זכויות ביטוחיות, על פי נוסחה שנקבעה מראש, אשר יעמדו לזכותו גם אם יבחר בעתיד להפסיק את הביטוח האישי). בפוליסות אישיות בפרמיה משתנה משלם המבוטח פרמיה שסכומה גדל בהתאם לגילו⁷. הוטלו מגבלות שונות על הגידול בסכום הפרמיה המשתנה, ובכלל זה נקבע כי בהגיע המבוטח לגיל 65 לא יהיה אפשר להגדיל סכום זה. זאת בשל החשש כי הפרמיה הגבוהה, המשקפת את הסיכון הביטוחי בגיל המבוגר, לא תאפשר למבוטח להמשיך בביטוח דווקא בשנים שבהן גדלה במידה ניכרת ההסתברות כי יהפוך לסיעודי.

ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות החולים

חלק מחברי קופות החולים מבוטחים 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 כמה שנים. התחשיב האקטוארי שמשמש את תכניות הביטוח מתבסס על מודל ארוך טווח. הפרמיות במודל נקבעות מראש ומשקפות את הסיכון הביטוחי גם בגיל מבוגר. מכאן שחברי הקבוצה משלמים, בעודם צעירים יחסית, סכום גדול ביחס לסיכון הביטוחי המשקף את גילם. תשלומים אלו מאפשרים למתן את השינויים בסכום הפרמיות הנדרשים בהגיעם לגיל מבוגר, כאשר הסיכון הביטוחי עולה באופן ניכר. בשל מבנה המודל, נצברות עבור קבוצת המבוטחים עתודות, המסתכמות למועד סיום הביקורת בכ-7 מיליארד ש"ח ומיועדות להבטחת זכויותיהם של חברי הקבוצה. על מנת למנוע תלות בהצטרפותם של מבוטחים חדשים בעתיד, וכדי למנוע חוסר ודאות בקרב המבוטחים, מחושבת הפרמיה על סמך הנחה שמרנית כי לא יצטרפו מבוטחים נוספים בעתיד.

7 לעומת זאת פרמיה קבועה נקבעת בגיל ההצטרפות לביטוח וככלל אינה משתנה.

ביטוח סיעודי קבוצתי מסחרי

להבדיל מביטוח אישי פרטי, הצדדים החתומים על חוזה ביטוח זה הם חברת הביטוח ובעל הפוליסה, שהוא בדרך כלל מעסיק, ארגון יציג של עובדים או תאגיד שבו חברים אנשים בעלי עניין משותף. הביטוח מתבצע לרוב ללא חיתום רפואי, לתקופה קצובה של שלוש עד חמש שנים⁸, ומבוסס על מודל אקטוארי לטווח קצר. בדרך כלל מבוסס תמחור הפרמיה על סבסוד צולב בין חברי הקבוצה, המשלמים פרמיה זהה. משמע שהמבוטחים הצעירים משלמים סכום פרמיה גדול מהסכום המשקף את הסיכון הביטוחי שלהם, ואילו המבוטחים המבוגרים משלמים סכום קטן מזה המשקף את הסיכון הביטוחי שלהם. מידת הסבסוד הולכת וגדלה בהתאם לגיל המבוטח. בשל מבנה הסיכון הביטוחי, הגדל בשיעור ניכר לאחר גיל 65, ככל שגדלה השנות בגילי החברים בקבוצה, תשלום הפרמיה של המבוטחים המבוגרים בקבוצה עשוי להיות זניח לעומת העלות המשקפת את הסיכון הביטוחי האמיתי שלהם. כיוון שתקופת הביטוח קצרה וקצובה, פרמיית הביטוח נקבעת על בסיס הערכת הסיכון של חברת הביטוח למאפייני הקבוצה במהלך תקופת ההתקשרות בלבד. על מנת לחתום על הסכם ביטוח חדש עם תום תקופת ההתקשרות, נדרשת הסכמתם של שני הצדדים, חברת הביטוח ובעל הפוליסה. כיוון שהפרמיה נקבעת מחדש כל אימת שנחתם חוזה ביטוח, שינוי במאפייני הסיכון של הקבוצה עשוי לגרום לגידול ניכר בפרמיית הביטוח. לפיכך היכולת לשמור על סכום הפרמיה תלויה בהצטרפותם של מבוטחים צעירים נוספים לקבוצה, שכן הם יסבסדו את יתר הקבוצה שהפכה מבוגרת יותר ובעלת פרופיל סיכון גדול יותר בחלוף הזמן.

עוד יצוין כי הביטוח הקבוצתי המסחרי אינו מבטיח ערכי סילוק למבוטח, כלומר המבוטח אינו צובר בתקופת הביטוח זכויות שיוכל לממש אם יגיע למצב סיעודי לאחר תום תקופת הביטוח.

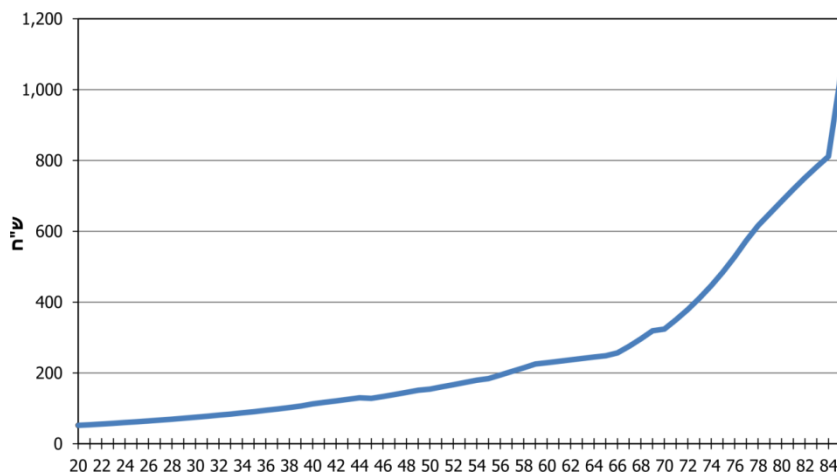
אף שהביטוח הסיעודי הפרטי והביטוח הסיעודי הקבוצתי מספקים שניהם פתרון מימוני למבוטחים שמצבם סיעודי, מאפייניהם שונים במידה כה רבה עד שקשה להתייחס אליהם בהיבט הכלכלי והביטוחי כמוצרים תחליפיים מבחינת התמורה שמקבל הצרכן. הבדלים אלה במאפייני הביטוחים באים לידי ביטוי בעלויות פרמיית הביטוח. ככלל, הביטוח הסיעודי הפרטי יקר בהרבה מהביטוח הסיעודי הקבוצתי, ופער זה גדל ומתעצם ככל שעולה גילו של המבוטח. לדוגמה, לפי נתוני משרד האוצר, כשמבוטח בן 85 משתתף בביטוח קבוצתי של קבוצה "צעירה" מהבחינה הדמוגרפית, עלות הפרמיה שלו עשויה להסתכם בכמה שקלים בלבד, ולעומת זאת אם הוא מצטרף לביטוח סיעודי פרטי הוא עלול להידרש לשלם כ-1,100 ש"ח לחודש באותם תנאים (כדי שיוכל לקבל פיצוי חודשי של 5,000 ש"ח למשך חמש שנים)⁹.

להלן בתרשים 2 יוצג סכום הפרמיה הקבועה בביטוח פרטי שנדרש המבוטח לשלם כדי לקבל פיצוי חודשי בסך 5,000 ש"ח למשך חמש שנים, בהתאם למועד ההצטרפות לביטוח.

8 פוליסות לתקופות ארוכות יותר הן מעטות מאוד.

9 המדינה הציגה את הנתון בדבר סכום זה בתשובתה לעתירה לבג"ץ 4628/15 "כ"ן ליקן - לקידום זכויות הוקנים" נ' שר האוצר. העתירה נמחקה.

תרשים 2: סכום הפרמיה החודשית הקבועה לפיצוי חודשי של 5,000 ש"ח למשך חמש שנים בהתאם לגיל ההצטרפות לביטוח הסיעודי הפרטי



המקור: פרסומי אחת מחברות הביטוח משנת 2007.

מהתרשים עולה כי הגידול החד ביותר בסכום הפרמיה חל מגיל 65 ומעלה.

פעולות אגף שוק ההון להסדרת הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים

תחום הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים, שאינם במסגרת קופות החולים, החל להתפתח בישראל באטיות החל מאמצע שנות התשעים של המאה העשרים, בלא הסדרה מיוחדת של התחום אלא במסגרת ההסדרה החלקית של תחום ביטוחי החיים. לרוב חברות הביטוח התייחסו לביטוחים הסיעודיים כנספח לפוליסת ביטוח בריאות.



 בסוף שנת 1997,

 הסתכם מספר

 המבוטחים בביטוחים

 הסיעודיים הקבוצתיים

 בכ-30 אלף לכל

 היותר. בשנים 1998-2014

 חל גידול ניכר

 במספר המבוטחים

 בביטוחים הקבוצתיים,

 ובתום התקופה

 האמורה מספרם

 הסתכם בכ-1.1 מיליון

 איש

בסוף שנת 1997, הסתכם מספר המבוטחים בביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים בכ-30 אלף לכל היותר¹⁰. את היעדר הטיפול המספק בכשלים המרכזיים בתחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי, ובכלל זה הסבסוד הצולב בין המבוטחים, הטווח הקצר של הביטוח, והשינוי הניכר במחיר בעת המעבר מפוליסה קבוצתית לפרטית, כמפורט בהמשך, יש לבחון לנוכח העובדה כי בשנים 1998-2014 חל גידול ניכר במספר המבוטחים בביטוחים הקבוצתיים, ובתום התקופה האמורה מספרם הסתכם בכ-1.1 מיליון איש.

המפקח על הביטוח בשנים 1995-1998, מר דורון שורר, השיב למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2016 כי מספר המבוטחים בסוף שנת 1997 היה גדול בהרבה מ-30,000, אולם "עקב הנחיתות האינפורמטיבית של האגף באותה עת לא ניתן לנקוב במספר אחר".

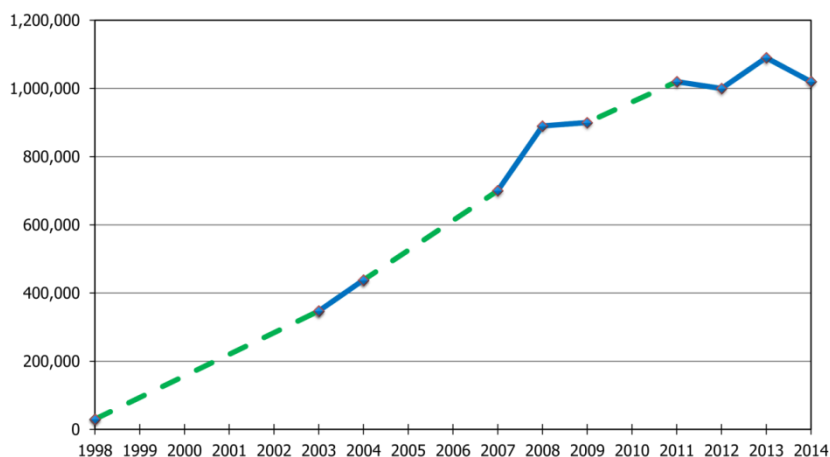
משרד מבקר המדינה מעיר כי לא נמצאה כל אסמכתה המאששת את טענתו האמורה של מר שורר.

להלן בתרשים 3 תיאור של מספר המבוטחים בביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים המסחריים בשנים 1998-2014¹¹.

10 מהנתונים שהגיש אגף שוק ההון למשרד מבקר המדינה המתבססים על דיווחים של חברות הביטוח לאגף, עולה כי בסוף שנת 1997 היו כ-5,815 מבוטחים בביטוחי הסיעוד הקבוצתיים (להוציא מבוטחי קופות החולים). אשר לקבוצה אחרת של 23,954 מבוטחים בביטוחי סיעוד, לא נמצא באגף שוק ההון מידע שאפשר ללמוד ממנו אם הביטוח הוא קבוצתי או פרטי.

11 בביקורת לא נמצאו נתונים בדבר מספר המבוטחים בחלק מהתקופה שנבדקה. הקו המקווקו בתרשים מייצג הנחה בדבר שינוי לינארי במספר המבוטחים בין שנים שלגביהם נמצאו נתונים בדבר מספר המבוטחים.

תרשים 3: מספר המבוטחים בביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים בשנים 1998-2014



המקור: דוחות שנתיים של אגף שוק ההון ונתונים נוספים של האגף

אף שבביקורת לא נמצאו נתונים בדבר מספר המבוטחים בחלק מהתקופה שנבדקה, ואף שהתעורר חשש בדבר נכונות הנתונים על מספר המבוטחים שפורטו בדוחות השנתיים של אגף שוק ההון, מתרשים 3 עולה כי עד לשנת 2011 חל גידול רציף במספר המבוטחים בביטוח הסיעודי. על אף גידול חד זה, אגף שוק ההון לא טיפל בכשלים העיקריים בתחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי המסחרי, כמפורט בהמשך.

אגף שוק ההון ציין בתגובתו כי מספר המבוטחים אכן גדל בעשור הראשון שלאחר שנת 2000, שעה שהביטוחים הסיעודיים שווקו כנספח במסגרת ביטוחי הבריאות הקבוצתיים.

בדיקת משרד מבקר המדינה העלתה כי אגף שוק ההון לא עסק ביסודיות בתחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי המסחרי עד שנת 1997 לערך, בסמוך למועד שבו בוצע תיקון בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ולפיו נאסר על קופות החולים להציע ביטוח לשירותי סיעוד¹².

על הנזק שבהיעדר הסדרה של תחום הביטוח הסיעודי והחשש לפגיעה בטובת המבוטחים ניתן ללמוד גם ממזכר פנימי שכתבה האחראית לתחום הבריאות דאז

12 תיקון חוק ביטוח בריאות ממלכתי - מס' 7 במסגרת סעיף 11 לחוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה), התשנ"ח-1998, ס"ח התשנ"ח 48, 58. תחילת התיקון האמור נקבעה ל-1.1.98.

אגף שוק ההון ביצע את עבודת המטה בנושא הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים רק לאחר שאישר למכור אותם

באגף שוק ההון בינואר 1998, במסגרת בירור תלונה בנוגע לתנאי הפסקת פוליסת ביטוח סיעוד קבוצתי. במזכר האמור נכתב: "נכון להיום לא קיים הסדר לעשיית ביטוחי בריאות קבוצתיים וחלק מחברות הביטוח פועלות על סמך התקנות של ביטוח חיים קבוצתי. מצב זה מאפשר קיומם של ביטוחי בריאות קבוצתיים אשר במקרים מסוימים כוללים ביסודם אינטרסים הנוגדים את טובת המבוטח. עניין זה מחריף במיוחד לאור חוק ההסדרים מיום 1.1.98, אשר אינו מאפשר לקופות החולים למכור ביטוח סיעודי ומשום כך הצורך בביטוח סיעודי קבוצתי עולה".

בשנים 1997 ו-1998, ביצע אגף שוק ההון עבודת מטה מקיפה ויסודית לבחינת העקרונות הנדרשים מביטוח סיעודי. עבודה זו כללה בחינת הסדרים שונים הנהוגים בעולם ושיחות עם גורמים בכמה מדינות העוסקים בנושא זה. מעבודת המטה שביצע אגף שוק ההון עלה צורך ברור וחיוני בהסדרת התחום. ההמלצות בעבודת המטה תאמו למדיניות המפקחת דאז בנוגע לביטוחים הסיעודיים ועמדו בניגוד גמור למאפייני הביטוח הסיעודי הקבוצתי שנהגו באותה עת. על מדיניות המפקחת דאז ניתן ללמוד מכך:

1. בדיון בנושא הביטוח הסיעודי שהתקיים ביולי 1998 במשרד המפקחת על הביטוח דאז, הגב' ציפי סמט, סקרה המפקחת דאז את עיקרי מדיניותה בנושא הביטוח הסיעודי, ובכלל זה: שלילת האפשרות שהמבטח יבטל תכנית ביטוח; קיבוע פרמיית הביטוח מעל גיל 65; הטלת מגבלות על התייקרות פרמיית הביטוח; אפשרות לרכוש ביטוח הכולל ערך מסולק; מתן גילוי נאות למבוטחים בעניין תנאי הביטוח, תשלומי הפרמיה, הערך המסולק וכו'; שלילת האפשרות לסבסוד צולב (בין-דורי) בין המבוטחים, וחובת חברת הביטוח להחזיק עתודות מתאימות.
2. באוגוסט 1998 פרסמה המפקחת על הביטוח דאז, הגב' ציפי סמט, טיוטת חוזר בעניין "עקרונות לביטוח סיעודי". במכתב הנלווה לטיוטה נכתב כי הטיוטה מוצגת להתייחסות "לאחר בחינה מעמיקה של נושא הביטוח הסיעודי על היבטיו השונים, לרבות דרכי הסדרה של גורמי פיקוח בעולם".

אגף שוק ההון ביצע את עבודת המטה בנושא הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים בשלהי תקופת כהונתו של המפקח על הביטוח בשנים 1995-1998, מר דורון שורר, ורק לאחר שאישר למכור אותם. ממצאי עבודת המטה, וטיוטת החוזר משנת 1998 מעוררים ספק רב אם היה מקום לאשר מכירת פוליסות אלו מלכתחילה.

המפקחת על הביטוח לשעבר, הגב' ציפי סמט, כתבה בתשובתה למשרד מבקר המדינה מספטמבר 2016 כי בעת שכיהנה כסגנית בכירה למפקח דאז, מר דורון שורר, ולאחר מכן בתקופת כהונתה כמפקחת, הוחל בבדיקת הפוליסות הקבוצתיות ונמצא כי הן בעייתיות מבחינות שונות. לדבריה יש להפנות את הביקורת בנוגע לפוליסות מוקדמות יותר למפקחים שאישרו פוליסות אלו.

המפקח על הביטוח לשעבר, מר דורון שורר, הסביר למשרד מבקר המדינה בתשובתו כי בראשית התקופה בה ניהל את האגף סבל האגף מכמה וכמה בעיות, ובכלל זה מספר עובדים מצומצם ביותר (למשל, שני עובדים בלבד טיפלו בכל

תחומי הפנסיה וביטוח החיים), היעדר הכשרה מתאימה של העובדים, היעדר מערכות טכנולוגיות ובעלי תפקיד כגון אקטוארים, יחידת מחקר, ניהול סיכונים או יציבות מוסדית, היעדר תרבות של איסוף נתונים ושמירתם ושל ניהול עבודת מטה, ובתחומים רבים היעדר חקיקה ראשית או חקיקת משנה והיעדר פיקוח פרלמנטרי. מר שורר ציין כי עקב מגבלות וקשיים אלו, "היה נהוג באגף הסדר הגשת תכניות בשיטת 'אי התנגדות תוך 30 יום', כלומר חברת הביטוח הגישה בקשה אשר אם לא נשללה היא אושרה אוטומטית".

המפקח על הביטוח לשעבר, מר מאיר שביט, שכהן בתפקיד בשנים 1992-1995, השיב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2016 כי עד שנת 1995 ביטוחי הסיעוד נמכרו כנספח לביטוחי בריאות, והם החלו להימכר בנפרד משנת 1995 עם כניסתו לתוקף של ביטוח בריאות ממלכתי. עד שנת 1995 נושא הביטוחים הקבוצתיים לא עמד על הפרק, ובוודאי שלא ברמה שאפשרה איתור כשלים או הצריכה דיון בכשלים. עוד ציין כי למיטב זכרונו כל פרקי הסיעוד בפוליסות הבריאות היו תכניות ביטוח מיובאות מחו"ל, בסיוע מבטחי משנה ובהסתמך על חישובים אקטואריים של מבטחי משנה שהשתתפותם בפוליסות הראשונות הייתה משמעותית. על כן, לא הייתה כל סיבה עניינית מקצועית שלא לאפשר פוליסות אלו.

דברי ההסבר שפורטו בנספח לטיטוט החוזר משנת 1998 מעידים כי אגף שוק ההון היה ער לבעייתיות הכרוכה בתכניות הביטוח הסיעודי שנמכרו בתקופה זו, כמפורט להלן:

1. בעניין מאפייני הביטוח הסיעודי ציינה המפקחת דאז את הקושי של המבוטחים המבוגרים לעמוד בתשלום הפרמיה בגילים שבהם מתרחשים עיקר המקרים הסיעודיים¹³.

13 בטיטוט החוזר משנת 1998 נכתב כלהלן: "הביטוח הסיעודי נועד לתת תמיכה מימונית לאדם הנמצא במצב שאינו מאפשר לו לבצע פעולות יומיומיות או שזקוק להשגחה. מצב זה כרוך בד"כ בעול כספי כבד. הרוב המכריע של המקרים הסיעודיים מתרחשים בגיל הזקנה, לאחר גיל 75, ולפיכך, הכיסוי הביטוחי למקרים אלה מחייב התייחסות מיוחדת כמוצר לטווח ארוך. עלות הסיכון הביטוחי בגילאים מבוגרים עולה באופן משמעותי ובמהירות רבה, עובדה המקשה על יכולתו של מבוטח ממוצע לשלם פרמיית סיכון מלאה בגילאים האמורים זאת במיוחד על רקע העובדה כי פרש ממעגל העבודה. בנוסף לאמור, ראוי לקחת בחשבון כי קיים קושי למבטח להתחייב למבנה פרמיה ידוע מראש שלא ישתנה לתקופה ארוכה. זאת בשל מחסור בנתונים זמינים ואמינים לקביעת הפרמיה הנוכחית, ואי דאות בדבר התפתחויות עתידיות הצפויות להשפיע על רמת הסיכונים בתחום".

2. בעניין ה"מסקנות לגבי מהות הביטוח הסיעודי", נכתב כי הביטוח צריך להימכר באופן המבטיח את המבוטח בגיל המבוגר, בפרמיה קבועה ותוך צבירת ערכי סילוק, וכי אין לאפשר סבסוד צולב בין מבוטחים¹⁴.

3. בעקבות מסקנות אלו נכתב בטיטת החוזר כי "תכניות ביטוח שאינן בנויות על עקרונות של הוגנות עיסקית למבוטח מחד והבטחת יציבות העסקה מאידך עלולות לגרום לבעיה ציבורית חמורה. דוגמה לכך הן תכניות המבוססות על תקופת ביטוח מוגבלת ללא הבטחת המשכיות הכיסוי לטווח ארוך, המסתמכות בד"כ על סבסוד צולב בין גילאים ובין דורות של מבוטחים וכן על התאמות פרמיה עתידיות ללא כל הגנה על המבוטחים".

לנוכח זאת פירט אגף שוק ההון בטיטת החוזר משנת 1998 "התייחסות לכמה בעיות מהותיות שעלולות להיווצר":

1. ביטוח סיעודי לתקופה מוגבלת ללא הבטחת המשכיות עלול להביא לכך שלא יהיה למבוטח כיסוי בעת זקנה, במועד שבו המבוטח זקוק לו. סיכון זה הוא בעל השפעה רבה על המבוטחים בביטוח סיעודי, מכיוון שיש צורך בכיסוי הביטוחי בעיקר בגיל הזקנה (גיל 75 ומעלה), אולם הביטוח נרכש בגילים צעירים יחסית שבהם הסיכון קטן בשיעור ניכר.

2. מסיבות דומות, העלאת פרמיה עתידית ללא הגנה למבוטח עלולה לאלץ אותו להפסיק את הביטוח ללא שום הטבה דווקא בתקופה שבה הוא זקוק ביותר לביטוח ולאחר שנים של תשלומי פרמיה קבועה.

3. ביסוס פרמיה על סבסוד בין מבוטחים קשישים לצעירים חושף את המבוטח הקשיש לסיכון של העלאת פרמיה או לפגיעה בזכויותיו אם מספר המבוטחים הצעירים הדרושים לממן את הסבסוד ילך ויפחת עם הזמן. תהליך זה עלול להתרחש בתנאי שוק תחרותי שבו מבוטחים אחרים יציעו למבוטחים צעירים יחסית ביטוח בתנאים אטרקטיביים יותר.

14 לפי לשון טיטת החוזר: "המסקנה הראשונה, הנובעת מהאמור היא שראוי שביטוח סיעודי יימכר כביטוח ארוך טווח הנותן הבטחה לתקופת הגיל שבה המבוטח חשוף לסיכון במיוחד (עיקרון ההמשכיות).

המסקנה השנייה, הנובעת מצורתה של פונקציית הסיכון הביטוחי לפי גיל, היא שראוי להציע ביטוח סיעודי בפרמיה קבועה לגיל המבוגר ולצבור עתודות בהתאם לקראת גיל הזקנה, לאור הסכנה שהמבוטח לא יוכל לממן את תעריפי הסיכון. בנוסף לאמור, פרמיה קבועה מגינה על המבוטח מפני אנטי סלקציה שהייתה נגרמת במקרה של פרמיה משתנה, שלפיה מבוטחים שמצב בריאותם טוב נוטים לבטל את הביטוח עקב עליות חדות בפרמיה.

המסקנה השלישית, היא שראוי לאפשר למבוטח גמישות בהעלאת סקאלת הפרמיה ובמקביל להגן על המבוטח כנגד עלייה מהותית בפרמיה. במקרה של עלייה מהותית ראוי שתהיה למבוטח אופציה להמשיך בביטוח מופחת ללא עלייה בפרמיה, או לחילופין להפסיק לשלם פרמיה ולקבל 'ערך מסולק' (קיצור תקופת תשלום תגמולי הביטוח). התחייבות המבוטח להציע 'ערך מסולק' אף תמנע ממנו להציע שיעורי פרמיה נמוכים מלאכותית בתחילה, מתוך הנחה שיוכל בעתיד להעלות את התעריפים ללא הגבלה. דרישה דומה אומצה לאחרונה על ידי ארגון המפקחים האמריקניים ה-NAIC בתיאום עם המבוטחים.

המסקנה הרביעית הנגזרת מהאמור לעיל היא שכדי שהמבוטח יוכל לעמוד בהתחייבויותיו כאמור וכדי להגן על זכויות המבוטח הבודד, יש לתמחר פרמיה שתספיק לממן את מלוא הכיסוי של המבוטח הבודד, ללא תלות במבוטחים אחרים".

**אימוץ ההסדרה
שנקבעה בטיטות
החוזר משנת 1998
כחוזר מחייב, או לכל
הפחות איסור למכור
ביטוחים קבוצתיים
חדשים היה יכול
לצמצם במידה ניכרת
את הפגיעה
במבוטחים שהצטרפו
לתכניות הביטוח
הסיעודי הקבוצתי.
ואולם צעדים אלו לא
נעשו**

4. מבטח שיפעיל תכנית לביטוח סיעודי שתתבסס על פרמיות עם סבסוד צולב כאמור והעלאות פרמיה בלתי מוגבלות בעתיד עלול להיחשף לסיכון פיננסי של ממש. העלאה משמעותית של הפרמיה לאוכלוסייה הקשישה עלולה לגרום בעתיד להפעלת לחץ ציבורי למניעת פגיעה בקשישים, והדבר יאלץ את המבטחים להמשיך להפעיל את התכניות בתנאי הפסד.

על בסיס דברי הסבר אלו בדבר הליקויים הקשים שבמצב הקיים והסכנות הממשיות הכרוכות בהמשך קיומו של ההסדר בתחום הביטוחים הסיעודיים, נקבעו בטיטות החוזר משנת 1998 ההסדרים האלה:

1. מכירת פוליסת ביטוח סיעודי קבוצתית לתקופה מוגבלת תתאפשר אם בתום תקופת הביטוח תינתן לכל מבוטח אפשרות לרכישת פוליסת פרט דומה, ללא חיתום מחדש, ובתמחור זהה למבוטחים הרוכשים פוליסה פרטית מלכתחילה.
2. מבוטחים עד גיל 65 יוכלו לשלם פרמיה קבועה או משתנה¹⁵, ואילו מבוטחים מעל גיל 65 ישלמו פרמיה קבועה, וחברת הביטוח תחזיק עתודות עבור אותם מבוטחים.
3. תמחור דמי הביטוח לא יכלול סבסוד בין מבוטחים בקבוצות גיל שונות (כלומר סכום הפרמיה שישלם כל מבוטח לא יהיה אחיד אלא ייקבע בהתחשב במאפייניו הייחודיים, בהתאם לסיכון המשקף את קבוצת הגיל שלו).
4. על מנת למנוע אבדן זכויות בעקבות הפסקת הביטוח ועליות מהותיות במדרג הפרמיה, נקבע כי תוצע לכל מבוטח האפשרות לרכוש כיסוי הכולל ערך מסולק, אשר יבוא לידי ביטוי בהפחתת גמלת הסיעוד או בקיצור תקופת תשלום הגמלה. הערך המסולק יינתן למבוטח, בתנאים מסוימים, אף אם הפרמיה ששולמה היא פרמיה משתנה. עוד נקבע כי אם תחול עלייה חדה במדרג הפרמיה, יהיה המבוטח זכאי לערך מסולק, בתנאים מסוימים, אף אם הכיסוי שרכש לא כלל ערך מסולק.

אימוץ ההסדרה שנקבעה בטיטות החוזר משנת 1998 כחוזר מחייב, או לכל הפחות איסור למכור ביטוחים קבוצתיים חדשים לנוכח הסכנה החמורה הנשקפת למבוטחים, שעליה עמד אגף שוק ההון, היה יכול לצמצם במידה ניכרת את הפגיעה במבוטחים שהצטרפו לתכניות הביטוח הסיעודי הקבוצתי. ואולם, כמפורט להלן, צעדים אלו לא נעשו.

בהתייחסות חברות הביטוח לטיטות החוזר, לא חלקו החברות על אזהרות אגף שוק ההון בדבר הכשלים שבביטוח הסיעודי הקבוצתי, אלא שלכל היותר הן הסבירו כי תיקון כשלים אלו כמוצע בטיטות החוזר ירוקן את הביטוח הסיעודי הקבוצתי מתוכנו או ייקר אותו במידה ניכרת.

15 פרמיה משתנה הוגדרה כפרמיה הגדלה ככל שעולה גיל המבוטח, בקצב של לפחות 1% לשנה לפני גיל 50 ובקצב של לפחות 3% לשנה לאחר גיל 50. פרמיה שקצב גידולה אטי מהשעורים האמורים מוגדרת כפרמיה קבועה.

הסכנות שנשקפו בגין המבנה הקיים של הביטוח הסיעודי הקבוצתי היו חמורות כל כך, עד שנשקלה האפשרות שלא להתיר כלל מכירת ביטוח סיעודי קבוצתי

בעקבות קבלת תגובות מגורמים רבים בשוק הביטוח על טיוטת החוזר משנת 1998, בדקו הגורמים המקצועיים באגף שוק ההון את העמדות שהוצגו בתגובות. ממסמך מאוגוסט 1999 שאותו איתר משרד מבקר המדינה באגף שוק ההון עולה כי לאחר שהגורמים המקצועיים באגף דנו בטענות חברות הביטוח, הייתה עמדתם כי אמנם סבסוד צולב מקנה יתרון גדול לאוכלוסייה המבוגרת המסובסדת, אולם נשקפת בגינו סכנה ניכרת לעתיד המבוטחים המסבסדים (הצעירים יותר), ולכן "התפיסה הינה לא לאשר בפוליסות קבוצתיות סבסוד עמוק, עקב חשש לקריסה".

טענה נוספת של חברות הביטוח הייתה כי מבנה הפרמיה הנדרש בטיטת החוזר יחסל את ענף הביטוח הסיעודי הקבוצתי, ייקר מאוד את הפרמיה ויצמצם את התחרות בין החברות בתחום הביטוח הקבוצתי בשל קשיי מעבר מחברה לחברה. הגורמים המקצועיים באגף שוק ההון התייחסו לטענה זו במסמך הפנימי וציינו כי "ראשית נשאלת השאלה, האם ראוי למכור ביטוח סיעודי במסגרת קבוצתית ועל כן צמצום התחרות על ביטוח סיעודי קבוצתי, אינה בהכרח שלילית. לא מקובל כי אדם שימשיך בביטוח פרט ישלם פרמיה בהתאם לגילו באותה עת וזאת משום שאדם המבוטח בפוליסה הקבוצתית עד גיל זקנה עלול להימנע מלעבור למסלול פרט, בגלל תעריפים מופרזים".

מניתוח עמדותיהם של הגורמים המקצועיים באגף שוק ההון באוגוסט 1999 עולה כי הסכנות שנשקפו בגין המבנה הקיים של הביטוח הסיעודי הקבוצתי היו חמורות כל כך, עד שנשקלה האפשרות שלא להתיר כלל מכירת ביטוח סיעודי קבוצתי.

בדיקת משרד מבקר המדינה העלתה כי בשנת 2000 הוכנה טיוטה שנייה לחוזר משנת 1998, הקובעת הוראות נפרדות לביטוח סיעודי פרטי ולביטוח סיעודי קבוצתי, לקראת דיון באגף, אולם לא נמצאו אסמכתאות לקיומו של דיון או לקבלת החלטות בנושא. מסמך נוסף שהכנינה מנהלת מחלקת ביטוח בריאות באגף שוק ההון דאז בספטמבר 2001 לקראת דיון באגף כלל טיוטה נוספת לחוזר, וכן "ניתוח של המודלים האפשריים להסדרת הביטוח הסיעודי הקבוצתי".

מהמסמך עולה כי נשקלו ארבע אפשרויות להסדרת הביטוח הסיעודי הקבוצתי:

1. **איסור לשוק ביטוח סיעודי קבוצתי:** לפי המסמך, המהלך עשוי להביא, בין היתר, להתאמת המוצרים הסיעודיים לסטנדרט גבוה וראוי, ומאידך להקטנת זמינות הביטוח הסיעודי במידה ניכרת עקב העלייה במחיר, באופן העלול לגרום בעיה ציבורית, וכן להאריך את תהליך המעבר של מבוטחים קיימים.
2. **הסדרת ביטוחי פרט עוד לפני הסדרת הביטוח הקבוצתי:** השפעותיה של אפשרות זו עשויות להיות: "קביעת סטנדרט ראוי לביטוחי פרט; אי הסדרה של עיקר השוק, ע"י דחייה בלבד של הסדרה נדרשת; חשש לבעיות הולכות וגוברות בפוליסות קבוצתיות (סבסוד צולב, חיתום בתביעה, העלאות פרמיה ועוד), עד כדי חשש יציבותי ממשי לתוכניות; סבירות גבוהה לצמצום מספר המבוטחים בביטוחי פרט, עקב זמינות גדולה יותר של ביטוחים קבוצתיים".

3. **הסדרה ספציפית של ביטוח קבוצתי לפי עקרונות שונים מאלה של ביטוח פרטי:** מדובר, בין היתר, בהגבלה של גיל (איסור מכירת ביטוח קבוצתי מעל גיל 65), בהגבלת תוכן הכיסוי (סכום הביטוח) או בהגבלת תקופת הביטוח. במסמך הוסבר כי בחירה בדרך הסדרה זו תצמצם מאוד את התועלת שבביטוח הסיעודי הקבוצתי, תגביר את המוטיבציה לרכישת ביטוח פרטי משלים ותייקר את המעבר לביטוח פרטי.

4. **הסדרת ביטוחים קבוצתיים בדומה לביטוחי פרט (קביעת סטנדרט גבוה יותר לביטוחים קבוצתיים):** מהלך זה עשוי להקטין את היקפו של שוק הביטוח הקבוצתי; להביא לייקור הפרמיה (בשל איסור לבצע סבסוד צולב ושינוי מבנה התגמול), ולהביא לתהליך התאמה מורכב של פוליסות קיימות, בעיקר של קופות החולים.

בבדיקת משרד מבקר המדינה לא נמצאה אסמכתה המעידה שהתקיים דיון באגף שוק ההון בנושא המסמך שהוכן לדיון. הטיטה השנייה שצורפה למסמך לא נשלחה לחברות הביטוח, לא פורסם חוזר סופי כדי ליישם את עקרונות המדיניות שפורטו בטיטה וכדי להגן על המבוטחים לטווח הארוך, ועל אף הסכנות המרכזיות הנשקפות בגין הצטרפות לביטוח הסיעודי הקבוצתי, אגף שוק ההון הזניח את הטיפול בנושא לכמה שנים (למעט בנושאים מסוימים שאינם נוגעים לכשלים העיקריים).

בתשובת אגף שוק ההון נכתב כי "טיטת החוזר שפורסמה בשנת 1998 לא התגבשה לכדי חוזר סופי בשל ההכרה כי הפתרונות שהוצעו אינם מתאימים לביטוחים הקבוצתיים... משמעות הוראות הטיטה היא הפסקת ביטוחים אלו - תוצאה שהאגף בזמנו לא רצה בה ושאלף למצוא פתרון שיאפשר לביטוחים אלו להמשיך להתקיים באופן שיגן על המבוטחים... הגם אם החלטה זו מסתברת כחוכמה שבדיעבד כהחלטה שגויה, הרי שיש לבחון את הדברים ואת אופן קבלת ההחלטות באותו מועד על בסיס הנתונים והנסיבות שהיו קיימות באותו מועד... האגף לא אסר על עריכת ביטוחים קבוצתיים-מסחריים מאחר והאגף לא רצה באותה עת לאסור שיווק המוצר בטרם הוא ממצה את אפשרויות הפתרון לכשלים הקיימים בו".

המפקחת לשעבר, הגב' ציפי סמט, ציינה בתשובתה כי האגף טיפל בכשלים בביטוח הסיעודי הפרטי ובקופות החולים מיד לאחר גילויים. הגב' סמט ציינה כי הפוליסות בקופות החולים כללו מיליוני מבוטחים, וכי היקף הכשלים בביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים היה מצומצם. כמו כן, בעבר לא הייתה מודעות רבה לעלייה המהירה בעלות הביטוח בעקבות עליית תוחלת החיים. על כן, האגף סבר כי "מוטב לטפל בנושא בהדרגה, לפתור תחילה את הבעיה של המסה הגדולה של המבוטחים, ללמוד את התוצאות, להפיק לקחים ורק אז להמשיך לפוליסות הקבוצתיות המסחריות". עוד ציינה הגב' סמט בתשובתה כי כאשר הגיעה לאגף בשנת 1995 היו בו רק כ-35 עובדים, ומהם "את מספר בעלי ההכשרה המקצועית אפשר היה לספור על אצבעות יד אחת. האגף היה חלש, כמעט חסר השפעה בשוק, ובמשרד האוצר התייחסו אליו כאל אגף שולי ולא נחשב... האגף עבד ללא נהלים מסודרים, ללא קריטריונים לאישור פוליסות ותכניות, ללא יחידת מחקר וללא יחידת ביקורת על הגופים המפוקחים... יש להידרש לאחריותם של השרים ומנכ"לי משרד האוצר שלא נענו לבקשות החוזרות ונשנות שלי ושל כמה מהבאים אחרי להעמיד לרשות האגף החשוב הזה משאבים ראויים לטיפול בנושא החיוניים שבאחריותו". גם המפקח

לשעבר, דורון שורר, ציין בתגובתו כי האגף "הזנח על ידי כל כנסות וממשלות ישראל וכל הנהלות משרד האוצר. ההזנחה באה לידי ביטוי ממשי בהקצאת משאבים חסרה מאוד על כלל המרכיבים כמותית ואיכותית..."

מסמכי אגף שוק ההון מצביעים על כך שהוא היה ער לכשלים הקיימים בביטוחים הקבוצתיים במתכונתם הקיימת ולצורך בטיפול יסודי בהם, ואף על פי כן הוא לא תיקן את הכשלים ואפשר להמשיך לשווקם. ראוי היה כי כבר באותה עת, יחדל האגף לכל הפחות מלאשר פוליסות ביטוח קבוצתיות חדשות ויפעל לתיקון הכשלים הקיימים בפוליסות שכבר נמכרו.

גם בהמשך לא נעלמו מעיני אגף שוק ההון סימני האזהרה בנוגע לביטוח הסיעודי הקבוצתי. האגף אף פרט, שנה אחר שנה, את הסיכונים הללו בדוחות שפרסם לציבור. הדוחות היו נגישים לציבור הרחב, ובפרט לבעלי הפוליסה בביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים וליועצים שהתמחו בתחום הביטוח, אשר סייעו לבעלי הפוליסה בהתקשרות עם חברות הביטוח. להלן כמה דוגמאות לכך:

1. בדוח השנתי לשנת 1998 פורטו הסיכונים הכרוכים בביטוח הסיעודי הקבוצתי כפי שתוארו בדברי ההסבר לטיטוט החוזר משנת 1998.
2. בדוח השנתי לשנת 1999 הוסבר כי האגף הגיע לכלל מסקנה כי יש צורך להפריד בין ההנחיות הנוגעות לביטוח פרט לבין ביטוח קבוצתי, וכי יש להגביר את השקיפות לגבי המוצר הסיעודי הנרכש. כמו כן פורט בדוח האמור בנוגע לסיכון של עלייה עתידית של הפרמיות כי "בשל מחסור בנתונים זמינים ואמינים לקביעת הפרמיה הנוכחית ואי-ודאות בדבר התפתחויות עתידיות הצפויות להשפיע על רמת הסיכונים בתחום, קיים קושי למבטח להתחייב בפוליסות לביטוח בריאות ובביטוח סיעודי בפרט, למבנה פרמיה ידוע מראש שלא ישתנה לתקופה ארוכה ועל כן קיימת גמישות מסוימת למבטח בהעלאת הפרמיה באישור מראש של המפקח על הביטוח".
3. בדוח השנתי לשנת 2000 פורט כי יש בנמצא יותר מ-200 פוליסות קבוצתיות הכוללות ביטוח סיעודי. הוסבר כי "המשכיות הביטוח, אשר מהווה תנאי חשוב בביטוחי בריאות, מוגבלת בפוליסות קבוצתיות לתקופה שנקבעה בהסכם שבין בעל הפוליסה לחברת הביטוח, ללא מתן מענה למקרים שבהם הביטוח מסתיים ובעל הפוליסה אינו מחדש את הביטוח אצל מבטח אחר. זוהי בעיה הנבחנת עתה באגף הפיקוח, במטרה לגבש מבנה נאות, העונה על צורכי המבוטחים גם בביטוחי בריאות קבוצתיים".
4. בדוח השנתי לשנת 2001 נכתב כי "מאפייניו המיוחדים של הביטוח הסיעודי ומכירתו במסגרת פוליסה קבוצתית המוגבלת בזמן היא בעייתית. בחוזה שנחתם עם בעל הפוליסה נקבעת תקופת הביטוח לשנים ספורות בדרך כלל בלא הבטחת המשכיות למבטח במקרה של הפסקת ההסכם בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח. המשמעות היא שהמבוטח עלול להישאר מצד אחד, בלא כיסוי ביטוחי במקרה שפוליסת הביטוח לא חודשה, ומצד שני, בלא יכולת לרכוש פוליסה אחרת לביטוח סיעודי בגלל מצבו הבריאותי. נוסף על כך, הפוליסות הקבוצתיות של הביטוח הסיעודי מאופיינות בפרמיות המבוססות על

מסמכי אגף שוק ההון מצביעים על כך שהוא היה ער לכשלים הקיימים בביטוחים הקבוצתיים במתכונתם הקיימת ולצורך בטיפול יסודי בהם, ואף על פי כן הוא לא תיקן את הכשלים ואפשר להמשיך לשווקם

סבסוד צולב בין גילים לבין מינים. עובדה זו עלולה לגרום להעלאות ניכרות של הפרמיה למבוטחים המסובסדים. במשרד המפקח על הביטוח נבחנת ההסדרה הנדרשת לביטוח סיעודי-קבוצתי".

5. בדוח השנתי לשנת 2003 התייחס אגף שוק ההון להוראות החוזר בדבר זכות ההמשכיות בפוליסות ביטוח סיעודי קבוצתי, שהוחלו בשנת 2004 ונועדו לטפל במבוטחים אשר עם סיום תקופת הביטוח הקבוצתי ייתכן "שלא יוכלו לחדש את הכיסוי הביטוחי מפאת גילם או מפאת מצבם הרפואי". האגף הסביר כי "הוראות אלו נותנות מענה חלקי לבעיה מכיוון שפרמיית הביטוח בפוליסת פרט עלולה להיות יקרה בהרבה מהפרמיה ששולמה במסגרת הפוליסה הקבוצתית. עם זאת, בשל גודל קבוצת המבוטחים בביטוח סיעודי קבוצתי, פתרון בעיית ההמשכיות חייב להיות הדרגתי, ולפיכך טופל ראשית עקרון חובת ההמשכיות".

6. בדוח השנתי לשנת 2007 נכתב כי ההוראות הקיימות "נותנות מענה חלקי לסוגיית הכיסוי הביטוחי הסיעודי הקבוצתי, בעיקר מבחינת היקף פוליסת הביטוח ותנאיה, אולם עדיין נותר להשלים את ההסדרה של תמחור הביטוח הסיעודי הקבוצתי באופן שיבטיח את יציבות הכיסוי הביטוחי לכלל המבוטחים. לאור מגמת הגידול באוכלוסייה המבוגרת ונוכח העובדה שמצבים סיעודיים מתחוללים כמעט תמיד בגיל הזקנה, יש לבנות מודל אקטוארי ארוך טווח, במסגרתו תיעשה צבירה של קרן שתבטיח את הכיסוי הביטוחי בטווח הארוך, ולא להסתפק במודל שלוקח בחשבון רק את הטווח הקצר של תקופת הביטוח (המוגבלת לתקופת ההסכם שבין חברת הביטוח לבין בעל הפוליסה). כמו כן, מרבית הפוליסות לביטוח סיעודי קבוצתי הקיימות כיום בשוק מתומחרות על בסיס העיקרון של סבסוד צולב בין מבוטחים בקבוצות גיל שונות, בפרט בין צעירים למבוגרים. דהיינו מבוטחים צעירים משלמים פרמיה גבוהה ביחס לסיכון הביטוחי שלהם לעומת מבוטחים מבוגרים, המשלמים פרמיה נמוכה ביחס לסיכון הביטוחי שלהם. בהעדרו של מודל אקטוארי ארוך טווח קיים חשש כי בטווח הארוך ייווצר גירעון בביטוח הסיעודי הקבוצתי, והדבר עלול להשפיע באופן מהותי על יציבות הכיסוי הביטוחי, באופן שיפגע ביכולת לשלם תגמולי ביטוח לכלל מבוטחי הקבוצה". האגף הוסיף כי "לאור האמור פועל המפקח על הביטוח לבניית בסיס כלכלי מוצק בפוליסות לביטוח סיעודי קבוצתי, אשר יבטיח ככל האפשר את יציבות התעריפים והזכויות למבוטחים, באופן שתישמר יציבות הכיסוי הביטוחי לטווח הארוך. לשם כך פועל המפקח על הביטוח לשנות את תמחור הכיסוי בביטוח סיעודי קבוצתי, כך שגם בביטוח הקבוצתי יתומחר הסיכון הביטוחי בהתאם לסיכון של כל מבוטח לטווח הארוך. בסופו של תהליך זה, גם בביטוח הקבוצתי יהיו תעריפי הביטוח מבוססי סיכון אישי, וההבדל בין תעריפי הפרט לתעריף הקבוצתי ינבע בעיקר מהשונות בעלויות ניהול. פועל יוצא ובלתי נמנע של שינוי אופן התמחור הינו העלאה משמעותית בתעריפי הביטוח הסיעודי, המתמחר היום בחסר".



**לאחר שנת 1998 לא
 חל שום שינוי בזיהוי
 ובניתוח של הכשלים
 העקרוניים בתחום
 הביטוח הסיעודי
 הקבוצתי. כל
 האזהרות בדבר
 הסיכונים הכרוכים
 בתחום זה היו ידועות
 אפוא לאגף שוק ההון
 בשלמותן ובמלוא
 חומרתן כבר בשנת
 1998**

מסקירת הדוחות שפרסם אגף שוק ההון עולה כי לאחר שנת 1998 לא חל שום שינוי בזיהוי ובניתוח של הכשלים העקרוניים בתחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי. כל האזהרות בדבר הסיכונים הכרוכים בתחום זה היו ידועות אפוא לאגף שוק ההון בשלמותן ובמלוא חומרתן כבר בשנת 1998, והן גם צוינו מפעם לפעם בדוחות השנתיים של האגף כמפורט לעיל.

בבדיקת משרד מבקר המדינה לא נמצא ככלל כי בעלי הפוליסה, סוכני הביטוח והיועצים שבאמצעותם התקשרו בעלי הפוליסה עם חברות הביטוח הביאו לידיעת המבוטחים את האזהרות החמורות של אגף שוק ההון בדבר הסכנות הכרוכות בפוליסת הביטוח הסיעודי הקבוצתי. משיחות שקיים משרד מבקר המדינה עם גורמים המעורים בתחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי עלה כי סיבות אפשריות לכך הן התגמול שקיבלו הסוכנים תמורת שיווק הפוליסות הקבוצתיות¹⁶, והעובדה כי לבעלי הפוליסות, ובהם ועדי עובדים, היו שיקולים שאינם זהים בהכרח לאינטרס של כלל המבוטחים כגון הרצון להראות כי הם פועלים לטובת העובדים, ודאגה לעובדים המבוגרים בארגון שזכו לפרמיות שאינן משקפות את הסיכון הביטוחי האמיתי הנשקף להם.

בתשובת איגוד חברות הביטוח נטען כי חברות הביטוח פעלו באופן אקטיבי והעבירו למבוטחים מידע מפורט בדרכים רבות, לרבות בדרך של מתן גילוי נאות, בדיווח שנתי למבוטח, בחלוקת המדריך לקונה, בפירוט בתנאי הפוליסה, ובאמצעות בעל הפוליסה. המידע הועבר גם בעת חילופי המבטחים במועדי חידוש הביטוח והמכרזים שפרסמו בעלי הפוליסה. כמו כן ניתן גילוי "מכוח חוזרי הרגולציה השונים החלים על חברות הביטוח אשר חידדו את מגבלות ההמשכיות למבוטח בביטוחים אלו".

נוכח האזהרות החמורות של אגף שוק ההון בדבר הסכנות הטמונות בפוליסות הביטוח הסיעודי הקבוצתי, ונוכח התמשכות המצב במשך שנים ארוכות, היה מקום כי חברות הביטוח ישקלו לנקוט בצעדים נוספים במטרה לקדם פתרון למשבר.

בתשובת אגף שוק ההון הוסבר כי "בניגוד למצב שבו חברות ביטוח משווקות מוצרי ביטוח למבוטחים בודדים והמבוטח נזקק להגנה מוגברת במצבים אלו, פוליסות קבוצתיות הן חוזים שתנאיהם נוסחו ביועין ולאחר משא ומתן בין חברת ביטוח לבין בעל הפוליסה, ארגון עובדים או מעסיק, גופים בעלי ידע, כושר מיקוח ושלרוב אף נעזר ביועץ ביטוח. האחראיות לכך על כריתת חוזים שאינם לטובת המבוטחים מונחת קודם כל לפתחם של בעלי הפוליסה, אשר מחויבים לפעול לטובת המבוטחים, מכוח חובת הנאמנות החלה עליהם... יש לציין כי בעלי הפוליסות והיועצים לא פעלו בחלל

16 לפי נתונים שפרסם אגף שוק ההון בדוחות השנתיים לשנים 2005-2014, בשנים אלו שלמו חברות הביטוח סכום מצטבר של כ-538 מיליון ש"ח כעמלות לסוכנים בעד מכירת פוליסות ביטוח סיעודי קבוצתי. לפי המידע שמסר אגף שוק ההון, ייתכן כי נתונים אלו כוללים חלק מהסכומים שקיבלו קופות החולים מחברות הביטוח כחוזר הוצאות. יצוין כי בתשובת לשכת סוכני הביטוח נטען כי נתון זה "רחוק מאוד, למיטב ידיעתנו, מן האמת", אך לא הובא כל נתון אחר.

בפועל, התקיים פער ניכר בין האופן שבו חלק מציבור המבוטחים הבין את מהות הביטוח הסיעודי הקבוצתי לבין מאפייני פוליסות הביטוח הסיעודי הקבוצתי ששווקו

ריק. אזהרות האגף פורסמו בדוחות השנתיים שפרסם האגף. אף על פי כן, היועצים ובעלי הפוליסות לא נמנעו מלהמשיך במתכונת הביטוח הקבוצתית".

מתשובת אגף שוק ההון עולה כי אף שהוא פרסם אזהרות רבות בדבר הסכנות הנשקפות למבוטחים במתכונת הקיימת של הביטוחים הקבוצתיים, הוא נמנע מלאסור על מכירת פוליסות קבוצתיות, שכן זו פעולה "שהאגף בזמנו לא רצה בה ושאלף למצוא פתרון שיאפשר לביטוחים אלו להמשיך להתקיים באופן שיגן על המבוטחים".

האגף טען כי העובדה שהמבוטח בביטוחים הקבוצתיים מיוצג על ידי בעל הפוליסה הדואג לזכויותיו היא אחד הגורמים שהביאו לדחיית הסדרת הביטוחים הקבוצתיים, אך מנגד - האגף דווקא מטיל את האחריות לבעיה על היועצים ובעלי הפוליסות, שהתקשרו בהסכמים למרות אזהרות האגף.

משרד מבקר המדינה מעיר לאגף שוק ההון כי נוכח היותו הגורם המפקח על שוק הביטוחים, שאמור להבטיח את הניהול התקין והשמירה על עניינם של המבוטחים כמו גם את יכולתו של המבטח לקיים את התחייבויותיו, הרי שאם הוא סבור כי מוצר ביטוחי מסוים עלול להסב נזק לצרכנים, אין די בכך שהוא יסתפק באזהרות מפני רכישת הביטוח ושהוא יסתמך על כך שיועצים ובעלי פוליסה יימנעו מהתקשרות בחוזה ביטוח כאלו, אלא עליו למנוע מראש את האפשרות לשווק פוליסות בעייתיות ומזיקות.

בפועל, התקיים פער ניכר בין האופן שבו חלק מציבור המבוטחים הבין את מהות הביטוח הסיעודי הקבוצתי לבין מאפייני פוליסות הביטוח הסיעודי הקבוצתי ששווקו. נוכח התמשכות המצב במשך שנים ארוכות, ראוי היה שחברות הביטוח ישקלו לנקוט פעולה אקטיבית יותר בנדון. המשך הנפקת הפוליסות במשך שנים תרם להמשך קיומו של מצב זה.

בתשובת איגוד חברות הביטוח בישראל נכתב כי הביטוח הסיעודי הקבוצתי היה אפשרות זמינה ונגישה לאוכלוסיות גדולות, ורבים אף קיבלו מכוחה תגמולי ביטוח. זאת, לנוכח החלופה של הביטוח הפרטי-אישי "שהיה יקר במיוחד בגילים מתקדמים כאשר המודעות לכיסוי סיעודי מתחילה לקרום עור וגידים". האיגוד הוסיף כי גם לפי עמדת אגף שוק ההון אילו היה חל איסור מוחלט למכור ביטוחי סיעודי קבוצתיים היה הדבר פוגע במבוטחים. על אף הקשיים הכרוכים בביטוח הקבוצתי, הרי שיש אוכלוסיות אשר ספק אם היו כלל רוכשות ביטוח סיעודי פרטי ולכן הביטוח הקבוצתי טוב יותר וזמין יותר עבורן. הצורך בביטוח סיעודי קיים, גם אם במידה פחותה, בגילים צעירים, ו"מבחינה זו הביטוח הסיעודי הקבוצתי נתן מחד מענה אמיתי לאוכלוסיית המבוטחים הצעירים, אשר לרוב לא היו רוכשים ביטוח סיעודי פרטי, ומאידך סייע למבוטחים המבוגרים שמבינים את הצורך ברכישת ביטוח סיעודי, אך לאור עלות הביטוח בגילאים אלו לא תמיד הוא זמין להם".

אחריות רבה מוטלת גם על אלו מבין בעלי הפוליסות, היועצים והסוכנים אשר לא הזהירו במפורש את המבוטחים מהסכנות החמורות שעליהן התריע אגף שוק ההון

בלי לגרוע מחומרת המחדל של אגף שוק ההון, בכך שאפשר את המשך שיווק פוליסות הביטוח הסייעודי הקבוצתי במשך שנים רבות, על אף הידיעה הברורה שאין הן משרתות את תכלית הביטוח, אחריות רבה מוטלת גם על אלו מבין בעלי הפוליסות, היועצים והסוכנים אשר לא הזהירו במפורש את המבוטחים מהסכנות החמורות שעליהן התריע אגף שוק ההון. בעלי הפוליסות פעלו לכאורה שלא לפי הוראות הדין, ושלא לפי חובתם לפעול מתוך נאמנות מלאה למבוטחים ומתוך שקידה על טובתם בלבד¹⁷. יועצים שסייעו לבעלי הפוליסות, כמי שעוסקים בתחום ואשר המידע נגיש להם, לרבות העמדות שפרסם אגף שוק ההון במשך השנים, פעלו ברשלנות חמורה באם לא התריעו לפני בעלי הפוליסות כי התקשרות עם חברות הביטוח בפוליסות ביטוח קבוצתיות אינה עולה בקנה אחד עם טובת כלל המבוטחים לטווח הארוך.

בתשובת לשכת סוכני ביטוח בישראל מספטמבר 2016 נאמר כי הלשכה בדקה פוליסות קבוצתיות רבות, ובדיקתה העלתה כי לא היו מעורבים בהן סוכני ביטוח, וכי כאשר סוכנים היו מעורבים בביטוחים אלו הם לא היו גורם משפיע או זרז להתקשרות בפוליסה. עוד ציינה לשכת סוכני ביטוח בתשובתה כי "ביטוחי הסייעוד הקבוצתיים היוו ערוץ פעילות עסקית חוקית שהעניקה ערך רב הן לבעלי הפוליסות, שיכולים היו להציג בפני חבריהם הישגים בדמות ביטוח זול בעשרות אחוזים אל מול ביטוחים פרטיים, חברות הביטוח שזכו לקבל פרמיות ניכרות ולהגדיל את נתח השוק... וכמובן המבוטחים עצמם אשר התהדרו ביכולות הארגונים הגדולים שלהם... הארגונים והיועצים היו מודעים לכך שמעבר למחיר הזול, הינו פתרון לתקופה מוגבלת שאין לגביו וודאות לטווח הארוך, אולם האמונה ששררה היתה שיצליחו באמצעות כוחם להתמיד ולמצוא גוף מבטח לאורך שנים... במקרים בהם כבר היתה מעורבות של סוכני ביטוח בביטוחים אלה, היו לרוב נקבעים תנאי הפוליסה, הכיסויים הכלולים בה והיקפה במו"מ או בתהליך מכרז שכלל בעיקר את בעל הפוליסה, הגוף המבטח ויועצי הביטוח... במקרים בהם היו מעורבים סוכני ביטוח, אלה הביאו לידיעת בעלי הפוליסה ומבוטחיהם את יתרונותיו של הביטוח הקבוצתי אל מול חסרונותיו והסכנות הקיימות בו".

לא נמצאו תימוכין לטענה כי במסגרת מעורבותם של סוכני ביטוח בהתקשרויות בפוליסות ביטוח קבוצתיות הם הזהירו את בעלי הפוליסה והמבוטחים מפני החסרונות והסכנות הכרוכים בביטוחים אלו.

17 בעבר פוליסות הביטוח הסייעודי הקבוצתיות היו כפופות לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (ביטוח חיים קבוצתי), התשנ"ג-1993. תקנות אלו הגדירו את "בעל הפוליסה" כ"מי שהתקשר עם מבטח בחוזה לביטוח חיים קבוצתי". בכל הנוגע לחובות האמון של "בעל הפוליסה" קבעו התקנות כי "לא יתקשר אדם בחוזה לביטוח חיים קבוצתי, אלא אם כן הוא פועל, לענין היותו בעל פוליסה, באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה...". בשנת 2009 נקבעו תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט-2009, הקובעות הוראות דומות.



משנת 2002 ואילך
ביצעו המפקחים על
הביטוח כמה שינויים
בהסדרי הביטוח
הסיעודי הקבוצתי,
אולם לא טיפלו באופן
מספק ומלא בבעיות
היסודיות שבתחום זה

לשכת סוכני הביטוח הוסיפה בתשובתה כי התגמול המוענק לסוכנים במסגרת ביטוחים קבוצתיים קטן בהרבה מהתגמול שמוענק להם במסגרת ביטוחים פרטיים, ועל כן לא ייתכן שהתגמול לסוכנים היה הגורם לגידול בענף זה.

יצוין כי אף שהתגמול שקיבלו הסוכנים בעד מבוטח יחיד בביטוח הקבוצתי קטן מזה ששולם בביטוחים פרטיים, מספר המבוטחים במסגרת כל פוליסה קבוצתית הוא גדול, ולפיכך טמונה בשיווק הפוליסות הקבוצתיות אפשרות להגדלת התגמול המשולם למשווקי הפוליסה.

היעדר טיפול אפקטיבי בכשלי הביטוח הקבוצתי המסחרי בשנים 2002-2011

משנת 2002 ואילך ביצעו המפקחים על הביטוח¹⁸ כמה שינויים בהסדרי הביטוח הסיעודי הקבוצתי, אולם לא טיפלו באופן מספק ומלא בבעיות היסודיות שבתחום זה:

1. באפריל 2004 פרסם אגף שוק ההון חוזר¹⁹ בעניין "ביטוח סיעודי קבוצתי", אשר הסדיר את זכותו של מבוטח בפוליסה קבוצתית, שהיה מבוטח בה שלוש שנים לפחות, למעבר לפוליסה פרטית, ללא חיתום, אם יופסק הביטוח הקבוצתי. עם זאת, בחוזר הוסבר כי הסדר ההמשכיות "נותן מענה חלקי לבעיית ההמשכיות, שכן פרמיית הביטוח בפוליסת פרט עלולה להיות יקרה בהרבה מהפרמיה ששולמה במסגרת הפוליסה הקבוצתית ובגילאים מבוגרים אף עלולה להיות פרוהיביטיבית²⁰. בשלב זה, נותן חוזר זה פתרון להיבט זה של בעיית ההמשכיות באמצעות קביעת העיקרון של ברות הביטוח²¹ למבוטח בביטוח הסיעודי הקבוצתי. בשלב הבא, צריך לבוא פתרון לעניין העלייה החדה בפרמיה, אולם, בגלל גדול קבוצת המבוטחים בביטוח סיעודי קבוצתי, פתרון בעיית ההמשכיות חייב להיות הדרגתי, ולפיכך מטופל ראשית העיקרון של חובת ברות הביטוח".

2. בשנת 2005 הפיק אגף שוק ההון חוברת מידע לציבור. בדוח השנתי של האגף נאמר כי "בשל מורכבותו ומאפייניו המיוחדים של הביטוח הסיעודי, מרבית האנשים אינם יודעים את זכויותיהם בתחום ומה ההבדלים בין סוגי הכיסויים. משום כך, ועל רקע העובדה שאת המענה המרכזי לכיסוי זה נותן השוק הפרטי באמצעות חברות ביטוח, כתב משרד המפקח על הביטוח בשיתוף מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ו'אשל' - האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל - חוברת מידע לציבור. החוברת הופצה לכלל הציבור - בין היתר בעיתונות סוף השבוע.... בחוברת מידע בסיסי למשל בעניין היקף הכיסוי שחולה סיעודי מקבל מהגופים השונים, בשאלה מהו ביטוח סיעודי, בסייגים

18 מר אייל בן שלוש מונה למפקח על הביטוח במאי 2002; באוגוסט 2005 מונה לתפקיד מר ידן ענתבי; פרופ' עוזד שריג מונה לתפקיד בינואר 2010.

19 חוזר 2004/11 - ביטוח סיעודי קבוצתי מ-29.4.04. החוזר תוקן בחוזר 2009-1-8, בעניין ביטוח סיעודי קבוצתי, מ-28.12.09.

20 פרמיה גבוהה עד כדי כך שתגרום למרבית הציבור הרלוונטי להימנע מרכישת ביטוח.

21 עקרון ברות הביטוח הוא הזכות לעבור לפוליסת ביטוח אחרת ללא חיתום מחדש.

שבתכניות הביטוח, בשאלה מה חשוב לבדוק לפני שרוכשים ביטוח סיעודי ובמושגים בתחום".

3. בחוזר מאוקטובר 2006²² קבע המפקח על הביטוח דאז כי על המבטחים להמציא לכל רוכש של ביטוח סיעודי את המדריך לרכישת ביטוח סיעודי, שצורף כנספח לחוזר.

מנהלת מחלקת הבריאות באגף שוק ההון בשנים 2002-2007 מסרה למשרד מבקר המדינה כי בשנים האלה פעל האגף בתחום הביטוחים הסיעודיים על פי המדיניות ולפיה יש להסדיר תחילה את תחום ביטוחי הסיעוד הפרטיים והביטוחים הסיעודיים של קופות החולים, ורק לאחר מכן יש להסדיר את הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים המסחריים, תוך נסיון לתת במסגרתם תנאים דומים במידת האפשר לאלו של הביטוחים הפרטיים וביטוחי קופות החולים²³. לדבריה, ההצטרפות לביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים המסחריים לא נחסמה, וזאת על מנת שלא לשלול מחלק מהמבקשים להצטרף לביטוח אפשרות סבירה לבטח את עצמם, אם בשל עלויות הביטוח הגבוהות (בביטוחים הפרטיים), או בשל דרישת החיתום הרפואי (בביטוחים של קופות החולים). עוד ציינה כי האגף היה סבור שיוכל להתמודד בעתיד עם בעיית הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים המסחריים. דברים ברוח זו עלו גם בשיחות שקיים צוות הביקורת עם המפקח על הביטוח לשעבר מר ידן ענתבי.

מנייר עבודה שהוכן בשנת 2006, ומתכניות העבודה שהגיש אגף שוק ההון למשרד מבקר המדינה, עולה כי בשנים 2006-2010 כלל האגף בתכניות העבודה שלו הן את הסדרת הביטוחים הקבוצתיים בקופות החולים, והן את הסדרת הביטוחים הקבוצתיים המסחריים. נושא הביטוחים הקבוצתיים בקופות החולים טופל, אולם האגף לא טיפל כמתוכנן בביטוחים הקבוצתיים המסחריים.

אגף שוק ההון מסר בתשובתו כי "החל מאמצע שנות ה-2000, החל האגף להסדיר את ביטוחי הקופות. כפי שעולה מתוכניות העבודה לאותן שנים, ומשיחות שערכנו לצורך הגשת תגובה זו, באותו מועד, הייתה הבנה כי האגף יידרש להסדיר גם את הביטוחים הקבוצתיים-מסחריים, וזאת ככל הנראה על דרך של אימוץ עקרונות המודל של ביטוחי הקופות ביחס לביטוחים הקבוצתיים. כפי שעולה גם מתכניות העבודה באותן שנים, הטיפול במודלים של ביטוחי הקופות התמשך אל מעבר למצופה (בדיעבד, אנו מניחים שהדבר נבע ממורכבות וראשוניות הנושא, ולאור המשאבים המוגבלים שעמדו לרשות האגף לצורך הטיפול בנושא), וככל הנראה לפיכך גם נדחה הטיפול בביטוחים הקבוצתיים-מסחריים תוך מחשבה כי בביטוחים אלו בעל הפוליסה פועל גם כן לשמור על זכויות המבוטחים וכי ניתן לפתור מקרים פרטניים שיגיעו לפתחו של הפיקוח בתקופת ביניים זו".

22 ראו בפירוט בהמשך.

23 פרופ' עודד שריג, המפקח על הביטוח אשר החליף את מר ידן ענתבי, מסר למשרד מבקר המדינה כי עם כניסתו לתפקיד מסרו לו הגורמים המקצועיים באגף כי לא ניתן היה להחיל על הביטוחים הסיעודיים המסחריים את העקרונות ששימשו להסדרת הביטוחים הסיעודיים בקופות החולים בשל הבדלים דמוגרפיים בין מבוטחי קופות החולים ובין המבוטחים בביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים המסחריים, ובשל חוסר הוודאות הרב לגבי נכונות ההנחות בדבר השינוי הדמוגרפי לטווח ארוך בביטוחים אלו.

מתן עדיפות לטיפול
בביטוחים הסיעודיים
הפרטיים ובביטוחים
הסיעודיים בקופות
החולים, מבלי לעצור
את הגידול במספר
המבוטחים בביטוחים
הקבוצתיים
המסחריים, מעוררת
ספק רב בדבר אופן
הפעלת שיקול הדעת
של המפקחים על
הביטוח, ובדבר
עמידתם בחובתם
כלפי ציבור
המבוטחים

אגף שוק ההון הוסיף כי משיחות ובירורים שקיים במהלך הביקורת של משרד מבקר המדינה כדי להבין מדוע הוסדרו ביטוחי הפרט וביטוחי הקופות, תוך דחיית הסדרת הביטוחים הקבוצתיים-מסחריים, התברר כי הטעמים לכך היו: (1) התפיסה, שהתגבשה בעקבות קבלת הערות הציבור על טיוטת החוזר משנת 1998, כי ניתן להחיל את עקרונות החוזר רק על ביטוחי הפרט; (2) מתן עדיפות להסדרת פוליסות ביטוחי הפרט, שבהן "בניגוד לביטוחים הקבוצתיים, המבוטח אינו מיוצג על ידי בעל הפוליסה אל מול חברת הביטוח, ולכן ישנה חשיבות רבה יותר להגנה שמעניק הרגולטור למבוטח אל מול חברת הביטוח"; (3) מאחר שמספר המבוטחים בביטוחים של קופות החולים היה גדול בהרבה ממספר המבוטחים בביטוחי פרט, הייתה הצדקה לפעול להמשך הסדרת הביטוחים בקופות, גם נוכח פוטנציאל הגידול במספר המבוטחים בביטוחים אלו; (4) - הקושי בהחלת עקרונות זהים וכלליים על כלל הביטוחים הקבוצתיים, וזאת בשל השוני במאפיינים של הקבוצות השונות; (5) - "לאורך השנים הרלוונטיות (שבהן נוצרה האבחנה בין ביטוחי הקופות ליתר הביטוחים הקבוצתיים - מסחריים), שיקול הדעת המקצועי באגף סבר כי ניתן יהיה להסדיר את הביטוחים הקבוצתיים-מסחריים על דרך של אימוץ מאפייני ביטוחי הקופות. לכן, היה מקום להתוות דרך ועקרונות ראויים לאימוץ מודל לביטוחי הקופות, ובהמשך ליישמו גם ביחס לביטוחים הקבוצתיים-מסחריים. יתירה מכך, האגף סבר כי גם במקום בו יתגלה כשל ביחס לקבוצה מסוימת, ניתן יהיה להסדיר את הנושא, כפי שארע במהלך השנים". האגף הוסיף כי "כיום, ונוכח הניסיון שנצבר, האגף סבור שלא ניתן יהיה להסדיר את הכשל ביחס לכל קבוצה באופן פרטני".

משרד מבקר המדינה מעיר לאגף שוק ההון כי לא נמצאה כל אסמכתה התומכת בטענות ולפיהן המדיניות שגיבש האגף היא שיש לטפל תחילה בתחום הביטוחים הסיעודיים הפרטיים ובביטוחי קופות החולים ורק לאחר מכן בביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים, ואף לא נמצאה כל אסמכתה המפרטת נימוקים לכך. רק בשנת 2010 הכין האגף מסמך הממפה את הבעיות בתחום ביטוחי הסיעוד, אשר עולה ממנו כי באותו מועד טיפול האגף בכשלים המרכזיים בביטוח הסיעודי הקבוצתי המסחרי נמצא רק בשלבים ראשוניים, והועלו כמה אפשרויות לטיפול בכשלים, אולם טרם הושלם מיפוי של הפוליסות הקיימות.

יצוין כי כבר בשנת 2004 ציין אגף שוק ההון, במסגרת החוזר שהסדיר את זכות ההמשכיות בביטוח הסיעודי, כי מספר המבוטחים הגדול (שהסתכם באותה עת בכ-430,000) מקשה על הסדרת הביטוח הסיעודי הקבוצתי ומעכב את הטיפול בו. מתן עדיפות לטיפול בביטוחים הסיעודיים הפרטיים ובביטוחים הסיעודיים בקופות החולים, מבלי לעצור את הגידול במספר המבוטחים בביטוחים הקבוצתיים המסחריים, חרף חומרת הסכנה לציבור שהאגף עמד עליה כבר בשנת 1998, מעוררת ספק רב בדבר אופן הפעלת שיקול הדעת של המפקחים על הביטוח, ובדבר עמידתם בחובתם כלפי ציבור המבוטחים.



הסדרת הביטוח
הסיעודי הפרטי
והביטוח באמצעות
קופות החולים ייתכן
שהסיטה את בחירת
המבוטחים לטובת
החלופה הזולה של
הביטוח הסיעודי
הקבוצתי. עקב כך
הכשלים בביטוח
הקבוצתי המסחרי
פגעו במבוטחים רבים
בהרבה

משרד מבקר המדינה מעיר לאגף שוק ההון כי תפיסתו שלפיה הביטוח הסיעודי הפרטי והביטוח הסיעודי של קופות החולים הם חלופות לביטוח הסיעודי הקבוצתי המסחרי רק מדגישה את ההכרח לטפל בעת ובעונה אחת בכל החלופות הקיימות בשוק. יתרה מזו, הסדרת הביטוח הסיעודי הפרטי והביטוח באמצעות קופות החולים, תוך שיפור ההגנה על זכויות המבוטחים במסגרתו, הגדילה במידה ניכרת את הפערים בין הפרמיה בביטוח הפרטי לבין הפרמיה בביטוח הקבוצתי, שהתקיימו עוד קודם לכן, וייתכן שהסיטה את בחירת המבוטחים לטובת החלופה הזולה של הביטוח הסיעודי הקבוצתי²⁴. עקב כך הכשלים בביטוח הקבוצתי המסחרי פגעו במבוטחים רבים בהרבה²⁵. על אגף שוק ההון להביא במכלול שיקוליו וקביעת סדרי העדיפות, במסגרת כל הסדרה עתידית בכלל והסדרה של שוק הביטוח הסיעודי בפרט, את האפשרות כי ברבות הזמן הסדרת חלק מהשוק, ודחיית הטיפול ההכרחי בחלק אחר שלו עלולה לעוות את מבנה השוק, להשפיע לרעה על החלטות הצרכנים ולגרום לכך שבעיות וכשלים יחמירו במידה רבה ויקשו על האגף להתמודד אתם לאחר מכן.

הטיפול באסדרת הביטוח הקבוצתי הסיעודי המסחרי בשנים 2011-2015

לפי נתונים שהציג אגף שוק ההון למרכז המחקר והמידע של הכנסת בשנת 2012, כ-60,000 מבוטחים בביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים היו באותה עת מעל גיל 70, כלומר בקבוצת הגיל שהסיכון שתממש את הביטוח הסיעודי גדל במידה ניכרת. כ-133,000 מבוטחים נוספים (מתוך כ-1.1 מיליון מבוטחים בביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים) היו מעל גיל 60²⁶.

באפריל 2011 פרסם המפקח על הביטוח דאז (להלן - המפקח על הביטוח דאז), פרופ' עודד שריג, נייר עמדה שעניינו סוגיות בביטוח סיעודי, וביקש מגורמים רלוונטיים - ובהם חברות ביטוח, סוכני ביטוח, צרכנים ומומחים בתחום הביטוח הסיעודי - להגיב על המסמך. בנייר העמדה הוצגו הבעיות בתמחור של ביטוח פרט ושל ביטוח סיעודי קבוצתי כדלקמן:

1. **ביטוח פרט:** מבוטחים בביטוח פרט סיעודי, שהפרמיה בגינו משתנה ונקבעת בהתאם לסיכון המובטח במועד התשלום, עלולים לנטוש את הביטוח בגיל מתקדם שבו הסיכון גדול והפרמיה גבוהה. קיבוע הפרמיה בגיל 65 מעורר חשש לנטישה בשל תשלום הפרמיה הגבוהה.

24 בתשובת לשכת סוכני הביטוח נאמר כי "פעמים רבות נתקלו סוכני הביטוח בהתנגדויות לרכישת ביטוח פרטי מצד מבוטחי הביטוחים הקבוצתיים שראו במחיר הזול את חזות הכל ולא שעו להסברי סוכני הביטוח על ההבדלים והסכנות שבהם".

25 בשנים 1998-2007 גדל מספר המבוטחים בביטוח הסיעודי הקבוצתי מכ-30,000 ל-750,000.

26 "הוראת הממונה על הביטוח במשרד האוצר בנושא הביטוח הסיעודי הקבוצתי", מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 11.3.12.

2. **ביטוח סיעודי קבוצתי:** הפרמיות צפויות לעלות בעת חידוש הביטוח עד שלא יימצא מבטח שיסכים לחדש את הביטוח או עד שבשל סכום הפרמיה המבוטחים ינטשו את התכנית²⁷. כמו כן, בשל בעיית הסבסוד הצולב בין מבטחים צעירים למבוגרים - כאשר אין מצטרפים חדשים יכולת הסבסוד הצולב נשחקת, ולכן בעת החידוש נדרשת העלאה ניכרת בפרמיה.

בנייר העמדה הוצעו אפשרויות להתמודדות עם בעיית התמחור בפוליסת פרט ועם הבעיות הקיימות בפוליסות הקבוצתיות. הפתרונות שפורטו בעניין הפוליסות הקבוצתיות היו: (א) שמירה על המצב הקיים, כלומר תמחור הביטוח לטווח קצר, המאפשר עלות נמוכה, לעתים ללא חיתום, וזמינות למבוטחים מבוגרים שאינם יכולים לרכוש פוליסת פרט עקב הפרמיה הגבוהה; (ב) הגבלת השיווק לפוליסות "פרט בניהול קבוצתי" - פוליסה שחלים עליה כל התנאים של פוליסת פרט אשר תשווק לקבוצת מבטחים באמצעות בעל פוליסה. בדרך זו יושג חיטון בעלויות תפעול שישפיע על גובה הפרמיה. כמו כן, בסוף תקופת הביטוח יוכל המבוטח לבחור אם לעבור לפוליסה החדשה או לשמור על הפוליסה הקיימת בתנאים שיוסכמו מראש בינו לבין בעל הפוליסה. במצב כאמור יש ודאות לגבי גובה הפרמיה; (ג) שיווק של פוליסות קבוצתיות בתמחור ארוך טווח בלבד עם סבסוד צולב מבוקר - המבטח יצבור את עודפי הפרמיה שיצטברו מגבייה עודפת בקרן מיוחדת שתשמש למימון הביטוח בטווח הארוך. באופן זה תהיה ודאות לגבי הפרמיות בטווח הארוך וכן שימור יתרון הפוליסה הקבוצתית - עלות תפעול נמוכה.

ביולי 2011 פרסם המפקח על הביטוח דאז את סיכום התגובות לנייר העמדה, ומהן עולה כי לפי עמדת רוב המשיבים בשל המתכונת הבעייתית של הביטוח הסיעודי הקבוצתי, יש לאסור לשווק, ועם זאת יש להתיר שיווק פוליסות פרטיות בניהול קבוצתי. כמו כן התייחסו המשיבים לשאלה בדבר הפתרונות האפשריים לקבוצות מבטחים קיימות אם יבוטלו הפוליסות הקבוצתיות.

באוגוסט 2011 שלח המפקח על הביטוח דאז מכתב למנהלי חברות הביטוח, ובו נקבע כי לנוכח הבעייתיות שבתמחור תכניות לביטוח סיעודי קבוצתי, ועד לפרסום הוראות בנושא "הריני להורות כי החל ממועד מכתב זה אין לערוך חוזים חדשים להנהגת תכניות לביטוח סיעודי קבוצתי (למעט ביטוח סיעודי קבוצתי המוצע לחברי קופות חולים), אלא באישור מראש ובכתב מאת המפקח על הביטוח". המפקח התיר לחדש חוזים קיימים של ביטוח סיעודי קבוצתי לתקופה שאינה עולה על שנה²⁸.

27 כאמור לעיל, בשל המאפיין הבסיסי של הביטוח הסיעודי הקבוצתי, המתומחר לטווח קצר, שינוי בפרופיל הסיכון של חברי הקבוצה (למשל בעקבות עלייה בגיל החברים) עלול להביא לזינוק בסכום הפרמיה הנדרשת, או לסירוב המבטח לחדש את הפוליסה. גידול בסכום הפרמיה הנדרשת עשוי להביא לכך שחברים יעזבו את הקבוצה, בפרט חברים צעירים המסבסדים את החברים המבוגרים בקבוצה, ואשר מבחינתם הזינוק בפרמיה הנדרשת בביטוח הקבוצתי עשוי להביא להעדפת הביטוח הפרטי. עזיבת חברים צעירים את הקבוצה תגרום לייקור הפרמיה הנדרשת מהחברים הנותרים.

28 ב-19.12.12 האריך המפקח דאז את המועד שעד אליו ניתן היה לחדש חוזים קיימים ל-31.12.13. (חוזר ביטוח 1-7-2012). ב-3.12.13 דחתה המפקחת מועד זה ל-31.12.14 (חוזר ביטוח 1-2013-1). (9)



 עוד לפני שניתנה

 הוראה זו של המפקח

 על הביטוח כ-1,500

 מבוטחים מבוגרים

 נותרו ללא ביטוח

 סיעודי, מאחר

 שהביטוח הסיעודי של

 הקבוצה שבה היו

 חברים לא חודש

נמצא כי עוד לפני שניתנה הוראה זו של המפקח על הביטוח כ-1,500 מבוטחים מבוגרים נותרו ללא ביטוח סיעודי, מאחר שהביטוח הסיעודי של הקבוצה שבה היו חברים לא חודש²⁹. הוראת המפקח לא כללה פתרון לבעייתם של המבוטחים שהביטוחים הסיעודיים שלהם לא חודשו, לא מנעה צירופם של מבוטחים חדשים לפוליסות קיימות, ויצרה חוסר ודאות בקרב המבוטחים בפוליסות הקיימות ובקרב כלל העוסקים בתחום הביטוחים הסיעודיים.

בתשובת איגוד חברות הביטוח בישראל נכתב כי "חברות הביטוח לא צפו שהפיקוח יפסיק את הביטוחים באופן מידי 'במכת גרזן' ללא פתרון חלופי בצידו... מה עוד שהארכות לאחר מכן לא הועילו. סביר היה להניח שהפסקת הסבסוד הבין-גילי תיעשה בהדרגתיות ותוך מציאת פתרון לסוגי קולקטיבים שונים כפי שנעשה על ידי הפיקוח במקרים אחרים, ולא בדרך שנעשתה". עוד נכתב בתשובה כי לאחר שהוצאה הוראת המפקח על הביטוח מאוגוסט 2011, פנו חברות הביטוח לאגף שוק ההון והציעו מודל חלופי לפתרון, אולם המפקח לא קיבל את ההצעה.

בתשובת אגף שוק ההון הוסבר כי החלטת המפקח מאוגוסט 2011 "נועדה אפוא לאפשר בחינה מעמיקה של הסוגייה ושל דרכי פתרון וזאת נוכח מספר המבוטחים הגבוה בביטוחים הקבוצתיים-מסחריים... בנוסף, ההחלטה נועדה למנוע החרפה של הבעיה. המציאות מלמדת שטרם כניסתן לתוקף של הוראות נוהגים שחקנים בשוק למהר ולחתום על חוזים לתקופות זמן ארוכות ובכך לעקוף את תחולתן של הוראות אלו לגביהם (השערה סבירה נוכח התנהלות בעלי הפוליסות הקבוצתיות ויועציהם בעניין הביטוחים הקבוצתיים-מסחריים)". האגף הוסיף כי "בכל פתרון שנבחן נשקל הרווח מול ההפסד, לאור רגישות ומורכבות הביטוח, ולא נמצא פתרון ישים שבו אין מבוטחים שנפגעים".

משרד מבקר המדינה מעיר לאגף שוק ההון כי החשש שהוא העלה בדבר חתימה מזוהרת של בעלי הפוליסות על חוזי ביטוח ארוכים מבעוד מועד כדי לעקוף את הוראת המפקח, למרות האזהרות החמורות של אגף שוק ההון בדבר הסכנות הנשקפות למבוטחים עקב כך, משקף ספק של ממש בדבר היכולת להסתמך על כך שבעלי הפוליסות, יועציהם וחברות הביטוח שהנפיקו את הביטוחים פעלו לטובתם של המבוטחים.

קביעת חוזר עקרונות לביטוח סיעודי בשנת 2012

במרץ 2012 פרסם המפקח על הביטוח דאז חוזר המפרט עקרונות לקיום ביטוח סיעודי. בחוזר נקבע, בין היתר, כי תקופת הביטוח בפוליסה לביטוח סיעודי תהיה

29 מתווה המפקח על הביטוח במשרד האוצר לביטוח סיעודי קבוצתי למבוגרים, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 20.5.13. מאוגוסט 2011 ועד מאי 2013 לא חודשה פוליסת הביטוח של 3,000 מבוטחים. אי החידוש נובע בחלקו מסירוב חברות הביטוח להמשיך ולבטח קבוצות של מבוטחים, ובחלקו מהחלטת בעלי הפוליסה שלא לחדש את חוזה הביטוח, לרוב בשל התייקרות הפרמיה.

**אגף שוק ההון חזר
איפוא לנקודת המוצא
בה עמד בשנת 1998,
אלא שמספר
המבוטחים בפוליסות
הסיעוד הקבוצתיות
הלוקות בכשלים
בסיסיים גדל באותה
תקופה למעלה מפי
30, עד לכ-1.1 מיליון**

לכל חיי המבוטח, כי הפרמיה תהיה פרמיה קבועה או פרמיה מוגדלת המתקבעת בגיל 65 לכל המאוחר. עוד נקבע בחוזר כי ייקבעו בפוליסה ערכי סילוק, באופן שהפרמיה המיועדת לכיסוי סיכון עתידי ששולמה מראש תיזקף לזכות המבוטח אם יופסק תשלום הפרמיה. כמו כן נקבע כי תמחור הפרמיה לא יתבסס על סבסוד בין קבוצות גיל שונות ובין מינים. בעניין תחולת החוזר נקבע כי הוראותיו יחולו על תכניות שישווקו או יחודשו מ-1.6.14 ואילך. המפקח התיר את חידושן של פוליסות קבוצתיות שאינן תואמות את החוזר, ובלבד שתקופת הביטוח בהן תסתיים לכל המאוחר ב-31.12.13. מועד זה נדחה מספר פעמים³⁰.

אגף שוק ההון כתב בתשובתו כי קבע את הוראות חוזר זה לאחר שבחן חלופות שישאפשרו את המשך הביטוחים הקבוצתיים-מסחריים והגיע לכלל מסקנה כי הם יוכלו להתקיים רק במתכונת של פוליסות פרט המשווקות באופן מרוכז לקבוצות.


עולה כי במסגרת חוזר זה אימץ למעשה המפקח את כל ההוראות המהותיות שנכללו בטיטוט החוזר של אגף שוק ההון משנת 1998, דהיינו 15 שנים לפני כן. אגף שוק ההון חזר איפוא לנקודת המוצא בה עמד בשנת 1998, אלא שמספר המבוטחים בפוליסות הסיעוד הקבוצתיות הלוקות בכשלים בסיסיים גדל באותה תקופה למעלה מפי 30, עד לכ-1.1 מיליון.

באפריל 2013 פרסם המפקח על הביטוח דאז טיטוט חוזר וטיטוט תקנות, ובמסגרתן הותווה מודל לביטוח סיעודי שנועד למבוגרים מעל גיל 60 שהיו מבוטחים בביטוחי סיעוד קבוצתיים. מטרת המתווה הייתה לאפשר למבוטחים המבוגרים לעבור לפוליסת סיעוד מיוחדת התקפה לכל החיים. במכתב נלווה הוסבר כי "בחודשים האחרונים עסק המפקח על הביטוח, בשיתוף חברות הביטוח, בגיבוש מתווה למבוטחים מבוגרים בביטוחים קבוצתיים קיימים. המתווה יאפשר למבוטחים אלו לעבור לפוליסת סיעוד זמינה למשך כל חיי המבוטח".

לפי נתוני משרד האוצר, המתווה האמור נועד לעמוד לרשות כ-236,000 מבוטחים, בני למעלה מ-60 במועד הרלוונטי, שהם כ-20% מהמבוטחים בביטוחי סיעוד קבוצתיים שלא במסגרת קופות החולים. במתווה האמור נקבעו סכומי פיצוי קטנים יחסית³¹, וסכומי פרמיה שחברות הביטוח היו צריכות לקבוע, בהתאם לתחשיבים אקטואריים ולעקרונות שקבע המפקח, בהתבסס בין היתר על מין המבוטח, על גילו ועל מספר שנות הביטוח.

30 ראו חוזר ביטוח 1-7-2012. החוזר תוקן בדצמבר 2012, וכן בחוזר 1-5-2013 מאוגוסט 2013, ובו נקבע כי ניתן יהיה לחדש פוליסה קבוצתית שתקופת הביטוח במסגרתה תסתיים לכל המאוחר ב-31.12.14 אם החידוש מתבצע באותם תנאים, למעט עדכון דמי הביטוח או הקטנת סכום הביטוח לצורך התאמה לצפי התביעות באותה שנה. מועד זה נדחה בחוזר 1-7-2014 מ-26.10.14 ל-30.6.15; מועד זה נדחה שוב בחוזר 1-6-2015 מ-22.3.15 ל-31.12.15; ולבסוף מועד זה נדחה בחוזר 1-26-2015 מ-13.12.15 ל-31.12.16.

31 2,500-3,000 ש"ח לחדש למבוטחים השוהים בביתם, ו-3,750-4,500 ש"ח לחדש למבוטחים השוהים במוסד סיעודי (בהתאם לגילם).


 אף שהאגף השלים
 את הפעולות
 הנדרשות לשם
 הסדרת מתווה
 הביטוח הסיעודי
 הקבוצתי במועד סיום
 תפקידו של הממונה
 על הביטוח דאז,
 פרופ' עודד שריג,
 באוגוסט 2013,
 המתווה לא הופעל

טיוטת המתווה פורסמה כאמור רק באפריל 2013, אף שהמפקח על הביטוח דאז עמד על חומרת הבעיה הקיימת במסגרת הביטוח הסיעודי הקבוצתי, ועל כך שיש לטפל בה בדחיפות, כבר בעת שגיבש את נייר העמדה בעניין הביטוח הסיעודי באפריל 2011.

בתשובת אגף שוק ההון נכתב כי "משך הזמן שנדרש עד לפרסום ההוראות מלמד על מורכבותן, כפי שגם ניתן ללמוד מעיון בהן. האגף עסק בכל אותה תקופה בהקמת מודל אקטוארי מורכב ותקדימי בתחום לצורך יישום ההוראות ובהכנת טיוטת ההוראות הנדרשת ליישומן".

משרד מבקר המדינה מעיר לאגף שוק ההון כי ראוי היה שיתן תשומת לב מוגברת ועדיפות רבה יותר להשלמתו ולפרסומו של המתווה. זאת בפרט נוכח אי-חידושן של פוליסות ביטוח קבוצתי קיימות וכן עקב חוסר הוודאות ששרר בשוק הביטוח הסיעודי לנוכח החלטת המפקח דאז מאוגוסט 2011 שלא לאפשר שיווק של פוליסות ביטוח סיעודי קבוצתי חדשות.

לנוכח העיכובים בהסדרת הביטוח הסיעודי, ומאחר שמספר הפוליסות שלא חודשו הלך וגדל, הופעלו לחצים ציבוריים כבדים על המפקח על הביטוח דאז ועל המפקחת על הביטוח המכהנת במועד הביקורת, גב' דורית סלינגר (להלן - המפקחת על הביטוח), לחייב את חברות הביטוח לחדש את פוליסות הביטוח הקבוצתיות, בתנאים הקיימים, ואף הוגשו כמה הצעות חוק פרטיות בעניין זה³². לעניין זה ראוי להזכיר כי כבר בטיטת החוזר הראשונה בעניין הביטוח הסיעודי, בשנת 1998, חזה אגף שוק ההון במדויק כי "העלאה משמעותית של הפרמיה לאוכלוסייה הקשישה עלולה להיתקל בעתיד בלחץ ציבורי למניעת פגיעה בקשישים, ולאלץ את המבטחים להמשיך ולהפעיל את התכניות בתנאי הפסד".

אף שהאגף השלים את הפעולות הנדרשות לשם הסדרת מתווה הביטוח הסיעודי הקבוצתי במועד סיום תפקידו של הממונה על הביטוח דאז, פרופ' עודד שריג, באוגוסט 2013, המתווה לא הופעל. לא נמצאה באגף שוק ההון שום אסמכתה שאפשר ללמוד ממנה מהו הטעם לכך.

בספטמבר 2013 נכנסה לתפקידה המפקחת על הביטוח, והיא החליטה לבחון חלופות נוספות למתווה. זאת מאחר שסברה כי הפרמיה שתידרש מהמבוטחים במסגרת המתווה תהיה גבוהה יחסית לסכומי הביטוח, ועל כן המבוטחים לא יצטרפו להסדר זה.

32 הצעת חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תיקון - ביטוח סיעודי קבוצתי) (הוראת שעה), התשע"ד-2014 (פ/2286); הצעת חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תיקון - ביטוח סיעודי קבוצתי) (הוראת שעה), התשע"ה-2015 (פ/1736) - ההצעה נדחתה ב-16.12.2015 ברוב של 49 מתנגדים כנגד 46 תומכים.

נמצא כי המפקחת על הביטוח לא פרסמה הודעה לציבור על החלטתה שלא ליישם את המתווה שגיבש ופרסם המפקח הקודם באפריל 2013 אלא לבחון חלופות אחרות. כמו כן, לא נמצאה באגף שוק ההון כל אסמכתה לכך שהתקיימו דיונים פנימיים ששימשו בסיס להחלטה זו.

בתשובת אגף שוק ההון נכתב כי ההחלטה בדבר ביטול המתווה לא התקבלה אלא עם פרסום טיוטת תקנות הפוליסה האחידה בשנת 2014, "לפני כן לא היה ראוי ונכון לפרסם כי המתווה הקודם נפסל, זאת מאחר שבפועל המתווה לא נפסל עד שלא נמצאה חלופה עדיפה יותר לדעת המפקחת. בהתאם לכך גם פורסמה הודעה לעיתונות באותו מועד בדבר הפתרון המוצע למבוטחים המבוגרים בבטוחים הקבוצתיים-מסחריים. יצויין כי כן פורסמה הוראה המאפשרת את המשך הביטוחים הקיימים".

ראוי היה שהמפקחת על הביטוח תנהג ביתר שקיפות בעניין זה בשים לב לחשיבות הנושא, לעובדה כי האגף השלים עוד בתקופת כהונתו של המפקח הקודם, פרופ' עודד שריג, את כל הפעולות הנדרשות מצדו לשם הפעלת המתווה, ולחוסר הוודאות שנוצר בעקבות פעולותיהם של המפקחים על הביטוח בשנים אלו.

צירוף מבוטחי הביטוח הסיעודי הקבוצתי המסחרי לביטוח סיעודי לחברי קופת חולים

באוקטובר 2014 פרסמה המפקחת על הביטוח טיוטת חוזר וטיטת תקנות בעניין הכנת תכנית לביטוח סיעודי לחברי קופת חולים. לפי טיוטת החוזר, על חברות הביטוח לפנות למי שנחשב ל"מבוטח זכאי"³³, בתוך 30 יום מתום תקופת הביטוח בפוליסה הקיימת, או ממועד כניסת התקנות לתוקף, ולהודיע לו כי הוא זכאי להצטרף לתכנית הביטוח הסיעודי של קופת החולים. ההצטרפות של המבוטחים הזכאים לתכנית הביטוח הסיעודי של קופת החולים היא ללא חיתום רפואי, אולם אם מדובר במקרה ביטוח שמקורו במצב רפואי קודם בתוך שלוש שנים ממועד ההצטרפות לפוליסה, תהיה תקופת ההמתנה לתשלום 270 יום. התגמול למבוטחים שהצטרפו עקב ביטול פוליסת ביטוח קבוצתית יהיה 3,000-4,500 ש"ח לחודש³⁴.

33 מבוטח בן 60 ומעלה, שהיה מבוטח בפוליסה קבוצתית שהסתיימה בארבע השנים האחרונות ולא חידש את הביטוח אצל שום מבטח אחר, ושלא אירע לו מקרה סיעודי.

34 התגמול של 3,000 ש"ח לחודש הוא למבוטח השוהה בבית; 3,500 ש"ח למבוטח השוהה בבית ומעסיק מטפל סיעודי, ו-4,500 ש"ח למבוטח השוהה במוסד.

צירוף מבוטחים מבוגרים לביטוחים הסיעודיים של קופות החולים, בלא חיתום רפואי, גורם להטלת סבסוד הפרמיה בגין הסיכון הביטוחי העודף של מבוטחים אלו על יתר המבוטחים בביטוחים הסיעודיים של קופות החולים

בדצמבר 2015 פורסם נוסח סופי לתקנות³⁵, שמועד תחילתן הוא מ-1.7.16 ואילך. כמו כן, בינואר 2016 פורסם נוסח סופי לחזור³⁶. לפי החוזר, על חברת ביטוח שבה מבוטחים חברים זכאים בביטוח סיעודי קבוצתי לשלוח הודעה למבוטחים, לפחות 30 יום לפני סיום תוקף הפוליסה שבה הם מבוטחים (או בתוך 60 ימים מיום כניסת התקנות לתוקף), ולפיה הם זכאים להצטרף לביטוח הסיעודי לחברי קופת החולים, תוך פירוט תנאי הזכאות לכך. בנוסח הסופי בוטל התנאי ולפיו נדרשת תקופת המתנה לתשלום אם יתרחש אירוע המזכה את המבוטח בפיצוי כספי.

אופן האסדרה של תחום הביטוחים הסיעודיים, כפי שנקבע לבסוף בתקנות שמועד תחילתן הוא יולי 2016, מעורר, בין היתר, את הקשיים האלה:

1. צירוף מבוטחים מבוגרים לביטוחים הסיעודיים של קופות החולים, בלא חיתום רפואי, גורם להטלת סבסוד הפרמיה בגין הסיכון הביטוחי העודף של מבוטחים אלו על יתר המבוטחים בביטוחים הסיעודיים של קופות החולים.

בתשובת אגף שוק ההון נאמר כי לפי נתוני האגף תוספת העלות עבור מבוטחיהן של קופות החולים צפויה לעלות רק בכמה אחוזים³⁷. האגף ציין כי ביטוחי הקופות מבוססים מראש על סבסוד צולב בין קבוצות שונות באותו ביטוח, וכי תנאי הביטוח אינם מובטחים ויכולים להשתנות כל אימת שתחודש הפוליסה. להערכת האגף, יש בתוספת הנדרשת, "איזון ראוי בין הרצון להבטיח כסיו ביטוחי למבוטחים שנותרו ללא ביטוח כלל לבין מבוטחים קיימים בביטוחים של הקופות". האגף הוסיף כי במסגרת ההסדרה הוא נפגש עם נציגי קופות החולים ופעל לצמצום הפגיעה בתכניות הביטוח שהוכנו עבור חבריהן.

בתשובת קופת החולים מכבי מדצמבר 2016, נמסר כי הנימוקים שבאמצעותם הצדיק אגף שוק ההון את העלאת הפרמיה ולפיהם תנאי הביטוח של הקופות אינם מובטחים הם תמוהים, שכן אגף שוק ההון עצמו הכתיב תנאים אלה. הקופה הוסיפה כי את הגירעון האקטוארי שיווצר בשל צירופם של המבוטחים הזכאים אין להטיל על מבוטחי קופות החולים אלא יש למצוא פתרון אחר, בין שימומן על חשבון חברות הביטוח ובין שימומן על חשבון המדינה.

בתשובת שירותי בריאות כללית מדצמבר 2016 נכתב כי הקופה הסתייגה מהמתווה שנבחר לפתרון בעייתם של המבוטחים בפוליסות הביטוח הקבוצתיות, וכי במסגרת תגובתה לטיזת התקנות שהסדירו את המתווה, הדגישה את הנזק שצירוף המבוטחים הזכאים עתיד לגרום לקרן המבוטחים בתכנית הביטוח

35 תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015, ק"ת 494. בתיקון לתקנות מדצמבר 2016 נקבע שהמינוח "תקנות" יתוקן ל"הוראות" ושמן תוקן ל"הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015 (ק"ת התשע"ז 444)..

36 חוזר ביטוח 1-3-2016, ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים, מ-24.1.16.

37 אגף שוק ההון ציין כי קשה לאמוד את ההשפעה של צירוף המבוטחים הנוספים, בין היתר, נוכח היעדר דאיות לגבי מספר המבוטחים שיצטרפו בפועל, ולגבי מידת השוני שבין מאפייני המצטרפים למאפייני המבוטחים הקיימים.

הסיעודי לחברי הקופה, והבהירה, כי לא סביר שהמבוטחים הקיימים בתכנית יידרשו לסבסד קבוצה אחרת של מבוטחים בסכום כה ניכר, כדי לפתור בעיה שאין לה קשר אליהם או לקופה. כללית הוסיפה כי יסודו של הכשל בתחום הביטוח הסיעודי במחדל חמור בפיקוח על הפוליסות הקבוצתיות שכיום נמצאות בגירעון, וכי היה ראוי לחייב את חברות הביטוח לספוג את ההפסדים בפוליסות ששווקו לציבור, באמצעות מתווה ארוך טווח עד לאיזון אקטוארי של התכנית.

בתשובת קופת חולים מאוחדת מדצמבר 2016 נמסר כי הסדר קליטת המבוטחים הזכאים מעל גיל 60 ללא חיתום רפואי נכפה על קופות החולים, וכי העלות הכלכלית של צירוף מבוטחים אלו לביטוחים הסיעודיים של קופות החולים תגרום להעלאת הפרמיה שמשלמים כיום מבוטחי הקופות, ובכך הם "ממנו מחדלים שלא הם יצרו". בקופה היו כ-6,000 מבוטחים זכאים, ולפי ההערכה האקטוארית שבידי הקופה עלות קליטתם היא 10-30 מיליון ש"ח. עמדת הקופה היא כי עלות קליטת המבוטחים הזכאים צריכה להיות מתוקצבת ממקור חיצוני.

נוכח תשובות קופות החולים, והפגיעה האקטוארית הנגרמת להן, ולנוכח הצורך למצוא פיתרון לבעיית המבוטחים הסיעודיים והנטל הכספי הכרוך בכך, ראוי כי אגף שוק ההון בשיתוף משרד הבריאות ומשרד האוצר יגבשו דרך מתאימה לטיפול בסוגיה זו.

2. ככלל על פי התקנות חבר קופת חולים זכאי להצטרף בכל גיל לביטוח סיעודי של קופת החולים בכפוף לחיתום רפואי. לעומת זאת, אדם שגילו 60 ומעלה במועד תחילת ההוראות, שהיה מבוטח בפוליסה קבוצתית לביטוח סיעודי שלא חודשה ומבקש להצטרף לביטוח סיעודי של קופת חולים (בלשון התקנות, "מבוטח זכאי") - פטור מחיתום רפואי. לפיכך, צירוף מבוטחים מבוגרים, שפוליסות הביטוח הקבוצתיות שלהם לא חודשו, לביטוחים הסיעודיים של קופות החולים, ללא חיתום רפואי, יוצר הבחנה בינם לבין אוכלוסיית מבוגרים אחרים, שכלל לא היו מבוטחים בשום ביטוח סיעודי.

בתשובת שירותי בריאות כללית נכתב כי לא זו בלבד שהפתרון המחייב את הקופות לקבל את המבוטחים הזכאים ללא חיתום, אינו חל על מבוטחים מתחת לגיל 60, אלא שהוא אף גורם לפגיעה משמעותית באיזון האקטוארי של התכניות ובמבוטחים הקיימים בקופות, ואף מפלה לרעה את "החלשים, מעל גיל 60, נעדרי ביטוח סיעודי עד כה, שיכולים להצטרף בתנאים גרועים יותר כולל חיתום רפואי".

בתשובת אגף שוק ההון הוסבר כי חלק מהמבוטחים שבוטחו בעבר בביטוחים הקבוצתיים-מסחריים בחרו בביטוחים אלו במקום הביטוח בקופות. על כן, מתן אפשרות למבוטחים אלו להצטרף ללא חיתום לביטוח בקופות הוא בבחינת השבת המצב לקדמותו ומתן אפשרות חוזרת להצטרף לביטוח בקופות. לכן, לטענת האגף, נבדלים מבוטחים אלו מחברי קופה מבוגרים אחרים שבחרו שלא להצטרף לביטוחים הסיעודיים בקופות, ולכן אין מקום להשיב להם את זכות

הבחירה. גישת האגף היא כי במקרה זה אין מדובר באפליה בין שווים, אלא בהבחנה בין שונים.

מתן אפשרות להצטרף לביטוחים של קופות החולים ללא חיתום פוטרת את המבוטחים האמורים מאחריות לבחירתם הקודמת, ולמעשה מטיבה עם מבוטחים אלו, אך לא עם מבוטחים שנמנעו מהצטרפות לביטוחים הקבוצתיים בכלל, בעקבות אזהרות אגף שוק ההון. בפועל ניתנה הטבה למבוטחים מבוגרים שפוליסות הביטוח הקבוצתיות המסחריות שלהם לא חודשו - באמצעות קבלת פטור מחיתום רפואי - לעומת מי שלא היו מבוטחים כלל.

3. למבוטחים המבוגרים ניתנה הזכות להצטרף לביטוחים הסיעודיים של קופות החולים בלא שנבחנה כלל יכולתם הכלכלית. בנסיבות המיוחדות של מקרה זה, נוכח התכלית של הקטנת מידת הפגיעה במבוטחים מבוגרים שנותרו בלא ביטוח סיעודי, ובהתחשב באילוצים התקציביים, היה מקום לשקול לתת זכות זו בהתאם למבחנים המביאים בחשבון גם את גיל המבוטחים ואת יכולתם הכלכלית. זאת, כדי למקד את ההסדרה החדשה על משמעויותיה התקציביות בראש ובראשונה באוכלוסייה החלשה העומדת לפני שוקת שבורה.

בתשובת אגף שוק ההון נכתב כי הפתרון האמור נועד לאפשר את קיום הביטוח למבוטחים שנותרו ללא כל מסגרת ביטוחית, וכי "מתן האפשרות להצטרף לביטוח סיעודי בקופות החולים רק למבוטחים שלא היו מבוטחים במסגרת הקופות שקולה, מבחינת מטרתה, לקביעת מבחן כלכלי... קביעת זכאות על בסיס הימצאותם של ביטוחים אחרים מהווה את הכלי המהיר ביותר ליישום על ידי האגף וממילא כאמור משרתת את אותה מטרה שיכול והיתה מושגת כתוצאה מעריכת מבחן של יכולת כלכלית של מבוטח".

משרד מבקר המדינה מעיר לאגף שוק ההון כי הוא לא בחן את מצבם הכלכלי של מבוטחים מבוגרים שלא הצטרפו לביטוח סיעודי קבוצתי בקופות החולים, ועל כן, טענתו אינה מבוססת. בהקשר זה יצוין כי חלק מהמבוטחים המבוגרים בביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים שייכים לקבוצות של מקומות עבודה מאורגנים, ואילו אחרים נמנים עם אוכלוסיות חלשות מהבחינה הכלכלית.



נוכח התכלית של הקטנת מידת הפגיעה במבוטחים מבוגרים שנותרו בלא ביטוח סיעודי, ובהתחשב באילוצים התקציביים, היה מקום לשקול לתת זכות זו בהתאם למבחנים המביאים בחשבון גם את גיל המבוטחים ואת יכולתם הכלכלית



ההסדר אינו חל על אלפי מבטחים שפוליסת הביטוח הקבוצתי שלהם לא חודשה, והם נקלעו למצב סיעודי לאחר שהסתיימה תקופת הביטוח. אוכלוסייה זו ספגה פגיעה קשה ביותר באשר היא מזקקת בפועל לסיוע סיעודי שעלותו גבוהה בלא כיסוי ביטוחי

אף שלא חודשו פוליסות הביטוח הקבוצתי של כ-200,000 מבטחים בני 60 ומעלה, רק כמחצית מהם - אלו שלא היה להם קודם לכן ביטוח סיעודי בקופות החולים - יכלו להצטרף לביטוח בקופות החולים. אמנם מטרת ההבחנה בין הקבוצות, הייתה לתת עדיפות למבטחים הסובלים מהמצוקה הרבה ביותר והזקוקים לטיפול, אולם ניתנה במסגרת זו העדפה דווקא למי שלכאורה יתכן ומצבו הכלכלי משופר: ניתנה אפשרות למבוגרים שלהם פוליסה פרטית נוספת על הביטוח הסיעודי הקבוצתי שהופסק להצטרף גם לביטוח הקבוצתי של הקופות, בשעה שמי שכבר היה מבטוח בקופות לא זכה לשום הטבה.


בתשובת אגף שוק ההון נכתב כי "האגף סבר שלא ראוי להטיל נטל נוסף על ביטוחי הקופות גם בגין מבטחים שיש להם כבר מענה ביטוחי למקרה סיעוד".

משרד מבקר המדינה מעיר כי כאמור לעיל, ושלא בהתאם לתשובת אגף שוק ההון, האפשרות ליהנות מביטוח סיעודי בקופות החולים אינה נשללת מבעלי ביטוח סיעודי פרטי (שהיו מבטחים גם בביטוח קבוצתי שלא חודש).

4. ההסדר אינו חל על אלפי מבטחים שפוליסת הביטוח הקבוצתי שלהם לא חודשה, והם נקלעו למצב סיעודי לאחר שהסתיימה תקופת הביטוח. אוכלוסייה זו ספגה פגיעה קשה ביותר באשר היא מזקקת בפועל לסיוע סיעודי שעלותו גבוהה בלא כיסוי ביטוחי. מבטחים אלו אינם זכאים להצטרף לביטוח הסיעודי לחברי קופת חולים בפטור מחיתום רפואי, והם נפגעו במישרין מהתמשכות הליכי ההסדרה שנקט אגף שוק ההון. בהיעדר יכולת לבטח מבטחים שפוליסת הביטוח שלהם לא חודשה ולאחר מכן נקלעו למצב סיעודי, ראוי כי יימצא פתרון אחר שאינו מקפח את זכויותיהם לעומת מי שהשתתפו עמם באותה קבוצת מבטחים.

אגף שוק ההון כתב בתשובתו כי "עם כל ההבנה למצב הקשה של מי שנמנים על אלו שלא חודש להם הביטוח וארע להם מקרה הביטוח עד לכניסת הפוליסה האחידה לתוקף, הפתרון עבורם אינו יכול להימצא בדיני הביטוח... עקרון יסוד בדיני הביטוח הוא כי לא יכסה מקרה ביטוח, אשר ארע לאחר תום תקופת הביטוח... אי חידוש של הסכם הביטוח הקבוצתי-מסחרי כאמור לא נבע מהוראה רגולטורית של האגף, שכן האגף לא מנע את עצם האפשרות לחדש התקשרויות... עקרון יסוד נוסף בדיני הביטוח הוא כי ככלל לא ניתן לרכוש ביטוח ביחס לאירוע שהתרחש לפני מועד ההתקשרות בפוליסת ביטוח... בפרט כאשר העלות הנובעת מכך תושט על יתר המבטחים בביטוחים בקופות. הטיפול בקבוצה זו... חורג (עם כל ההבנה למצבם המצער של מי שנמנים על קבוצה זו), מן התחום הביטוחי שבו עוסקות תקנות הפוליסה האחידה. כן נבקש לציין כי בפני מבטחים אלו עמדה זכות המשכיות".

קופת החולים מכבי הוסיפה בתשובתה כי ההסדרה גם מתעלמת ממבטחים שמתחת לגיל 60, שאינם יכולים לעבור את החיתום הרפואי ולכן נותרים ללא מענה.



 מתעורר ספק אם ניתן

 לסמוך על כך

 שהמבוטחים הזכאים

 להצטרף לביטוחים

 בקופות החולים אמנם

 יקראו את ההודעה

 שיקבלו, יבינו את

 המשתמע ממנה ואת

 תוצאותיה האפשריות

 ויקבלו החלטה

 מושכלת בעניין זה

משרד מבקר המדינה מעיר לאגף שוק ההון כי אף שטענותיו בנוגע

 למגבלות הקיימות במסגרת דיני הביטוח נכונות, הרי שלא הייתה כל

 מניעה לבחון את האפשרות להסדיר מקרים חריגים אלו, שלא במסגרת

 דיני הביטוח, על מנת לסייע למי שעברו אירוע סיעודי לאחר אי-חידוש

 הפוליסה. ראוי כי הסיוע במקרים כאלו יינתן באופן חריג ולאחר בחינה

 של מצבו הכלכלי האישי והמשפחתי של כל מבוטח לשעבר. בכל הנוגע

 לתשובת קופת החולים מכבי, יצוין כי למבוטחים מתחת לגיל 60 שאינם

 יכולים לעבור חיתום רפואי נתונה זכות ההמשכיות בביטוח פרטי בחברת

 הביטוח שביטחה אותם בביטוח הקבוצתי.

נוכח המצוקה הממשית שנוצרה בקרב קבוצת אוכלוסייה זו, על רשות

 שוק ההון בשיתוף משרד האוצר ומשרד הבריאות למפות את היקפה של

 אוכלוסייה זו, ולבחון אפשרות למתן פתרון ייחודי למצוקתה אם יאותרו

 משאבים מתאימים לכך.

5. לפי חוזר אגף שוק ההון מינואר 2016, אם מבוטחים בפוליסות קבוצתיות

 שלא חודשו מעוניינים להצטרף לביטוחים בקופות חולים, עליהם לנקוט יוזמה

 ולהסדיר זאת בעצמם, וזאת לאחר שקיבלו מחברת הביטוח הודעה בדבר

 זכאותם לכך. על חברות הביטוח לשלוח הודעות כאמור גם לבעלי הפוליסה,

 וכמו כן נדרשות החברות לפרסם הודעה באתרי האינטרנט שלהן. חברות

 הביטוח גם מחויבות לתעד את כל ההודעות שנשלחו למבוטחים ולבעל

 הפוליסה.

בהתחשב בניסיון העבר בעניין הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים, מתעורר

 ספק אם ניתן לסמוך על כך שהמבוטחים הזכאים להצטרף לביטוחים

 בקופות החולים אמנם יקראו את ההודעה שיקבלו, יבינו את המשתמע

 ממנה ואת תוצאותיה האפשריות ויקבלו החלטה מושכלת בעניין זה.

אגף שוק ההון השיב למשרד מבקר המדינה בעניין זה כי "פעל בכל הכלים

 העומדים לרשותו על מנת להגביר את הסיכוי שכלל המבוטחים יידעו את

 זכויותיהם ויפעלו על מנת לממשן".

משרד מבקר המדינה מעיר לאגף שוק ההון כי עליו לבחון באופן שוטף

 ורציף את אופן תפקודן של חברות הביטוח בעניין זה, ואת שיעור

 ההצטרפות של המבוטחים הזכאים לביטוחים של קופות החולים. כמו כן,

 יש מקום לבחון, בכפוף לכל דין, את האפשרות להעברת רשימות הזכאים

 לידי קופות החולים על מנת שכל אחת מהן תודיע למבוטחיה - כי הם

 זכאים להצטרף לביטוח הסיעודי בתנאים שנקבעו.

אשר להסדר שנקבע, אגף שוק ההון ציין בתשובתו כי ההסדר נבחן אל מול כל

 הגופים הרלוונטיים ולאחר היוועצות משפטית, וכי "גם אם ישנה ביקורת לגבי

טיב הפתרון שניתן בנוגע לביטוחים הקבוצתיים-מסחריים, הרי בוודאי שאין מקום לטעון כי האגף לא הבין את חשיבות הנושא או כי לא פעל כדי לנקוט צעדים לטיפול בכשלים שהתגלו. החלטות האגף לאורך השנים היו מבוססות וסבירות בהתאם לנסיבות ונוכח מורכבות הנושא. נציין שוב כי גם בעולם לא קיימות חלופות אחרות שניתן היה לאמצן ביחס לביטוחים הקבוצתיים. גם הפתרון שאומץ בסופו של יום גובש על בסיס המודל של הביטוח הסיעודי לקופות החולים, שהינו מודל המעורר הערכה רבה ונלמד ע"י גופים בינלאומיים".

רווחיות הביטוח הסיעודי

כאמור לעיל, אחד הנושאים שאגף שוק ההון שם עליו את הדגש במשך השנים הוא הקושי הנוגע לתמחור לטווח ארוך של הסיכונים הקיימים (מבחינת חברות הביטוח) בביטוח סיעודי. לכאורה, יכולתה של חברת הביטוח לצפות את הסיכונים הנוגעים לפוליסות ביטוח סיעודי קבוצתי, לטווח קצר (של שלוש עד חמש שנים), טובה במידה ניכרת מאשר יכולתה לצפות את הסיכונים הנוגעים לפוליסות לטווח ארוך, ועל כן החברה עשויה לתמחר באופן מדויק יותר את שיעור הפרמיה הנגבית מהמבוטחים³⁸. כיוון שהחוזים מתבצעים לתקופה קצרה יחסית, חברת הביטוח יכולה לבחון מדי כמה שנים אם טעתה בתמחור הפרמיה ולעדכן את סכום הפרמיה באופן שהוא יהיה רווחי דיו מבחינתה, או לסרב לחתום על הסכם חדש.

לנוכח טענות ציבוריות בדבר רווחיות מופרזת של חברות הביטוח במסגרת פעילותן בתחום הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים, משרד מבקר המדינה בחן את שיעור הרווחיות, על יסוד נתוני הדוחות הכספיים של החברות, ועל יסוד ניתוח רווחיות שביצע משרד האוצר.

להלן בלוח 1 יפורטו נתונים, המובאים מהדוחות הכספיים המבוקרים של 3 חברות ביטוח בנוגע לגביית הפרמיות והרווח מפעילות בתחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי (לרבות במסגרת קופות החולים)³⁹. היקף פעילותן של חברות אלו הוא יותר מ-90% מהיקף הפעילות הכולל בתחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי. הנתונים נוגעים לשנים 2005-2015 ומוצגים במיליוני ש"ח.

38 עשויים להיות גורמים אחרים המקשים את תמחור הפוליסה דווקא בביטוחים סיעודיים קבוצתיים לטווח קצר, כגון היעדר חיתום בשילוב של אנטי-סלקציה (ברירת סיכונים) שבגינם שיעור ההצטרפות לביטוח של בעלי הסיכון גדול יחסית, למשל שיעור המבוטחים הסובלים ממחלות רקע, גדול מחלקם היחסי באוכלוסייה.

39 בשנים 2005-2015 הביטוח בקופת חולים לאומית נערך על ידי חברת הראל וחברת כלל; הביטוח בקופת חולים מאוחדת נערך על ידי חברת הפניקס. הביטוח בקופת חולים כללית נערך על ידי חברת דקלה (הראל); הביטוח בקופת חולים מכבי נערך על ידי חברת כלל.

לוח 1: רווחי שלוש חברות הביטוח המובילות מפעילות בתחום הביטוח
הסיעודי הקבוצתי (לרבות במסגרת קופות החולים) (במיליוני ש"ח)

השנה	חברה א'		חברה ב'		חברה ג'	
	הפרמיות	הרווח	הפרמיות	הרווח	הפרמיות	הרווח
2005	343	17	37	-9	106	-6
2006	378	26	40	-21	118	-14
2007	420	24	51	-18	139	25
2008	454	-33	166	-163	155	4
2009	459	23	358	177	179	15
2010	537	1	506	22	194	15
2011	739	-81	611	-179	204	0
2012	904	6	688	46	210	-15
2013	968	30	710	72	222	5
2014	1,027	-30	698	57	236	11
2015	1,149	-70	708	56	247	2
סה"כ	7,378	-87	4,573	40	2,010	42

להלן בלוח 2 יפורטו נתונים על רווחי כלל חברות הביטוח מתחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי (שלא במסגרת קופות החולים). הנתונים (המוצגים במיליוני ש"ח) נוגעים לשנים 2005-2014:

לוח 2: רווחי חברות הביטוח מפעילות בתחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי המסחרי (במיליוני ש"ח)

השנה	הפרמיות	התשלומים והשינוי בהתחייבויות	נטו
2005	129	111	18
2006	199	225	-26
2007	245	229	16
2008	249	239	10
2009	291	349	-58
2010	319	437	-118
2011	366	475	-109
2012	418	486	-68
2013	397	419	-22
2014	365	397	-32
סה"כ	2,978	3,367	-389

המקור: ניתוח רווחיות שבוצע בידי אגף שוק ההון

מהנתונים לעיל עולה כי לא נמצאו תימוכין לטענה כי חברות הביטוח הרוויחו רווחים גדולים במסגרת הביטוח הסיעודי הקבוצתי המסחרי. מהנתונים לשנים 2005-2014 עולה כי ככלל באותן שנים חברות הביטוח הפסידו כספים או הפיקו רווחים מועטים מאוד. עוד עולה מהנתונים האמורים כלהלן:

1. סך הפרמיות גדל במידה ניכרת (פי 3.25) בין השנים 2005-2012, ומאז הצטמצם עד לשנת 2014 בכ-13%, כפי הנראה בגין אי-חידוש פוליסות ביטוח ואי-הכנת פוליסות חדשות. יצוין כי אחת מחברות הביטוח ציינה בדוחותיה הכספיים את חוסר היציבות הרגולטורי בתחום הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים כמניע להפסקת העיסוק בתחום זה.

2. שיעור הרווחיות הקטן, שכאמור אפשר ללמוד עליו מהלוחות, עולה בקנה אחד עם אזרות אגף שוק ההון משנת 1998 ואילך, בדבר החשש ליציבות תכניות הביטוח, ובדבר האפשרות כי חידוש תכניות ביטוח לאחר תום תקופת הביטוח שנקצבה במסגרתן יותנה בגידול ניכר בסכום הפרמיה.

בתשובת איגוד חברות הביטוח בישראל צוין כי כאמור בחוות הדעת "הביטוח הסיעודי הקבוצתי לא הניב רווחים של ממש לחברות הביטוח, אלא לרובן הסב דווקא הפסדים, כך שהן לא מכרו את הביטוחים מתוך בצע כסף, אלא כדי לתת שירות שהיה לו ביקוש מוגבר נוכח העובדה כי החלופה של ביטוח סיעודי פרטי

היתה יקרה יותר משמעותית. המבנה הקבוצתי אפשר לקבוצות מבטחים להוות כח קנייה ומיקוח למול המבטחים, עניין שאף הוכיח את עצמו במכרזים של הביטוחים הקבוצתיים למול המבטחים".

טענות ולפיהן המבטחים לא היו ערים למהות הביטוח הסיעודי הקבוצתי

בדיון הוועדה לענייני ביקורת המדינה בדצמבר 2015 הועלתה, בין היתר, הטענה כי המבטחים בפוליסות הביטוח הקבוצתיות לא היו ערים למאפייני הפוליסות שבהן בוטחו, ובפרט כי לא ידעו שהפוליסות הן לתקופה קצובה ועשויות שלא להתחדש, שגם אם יחודשו הפוליסות ייתכן גידול ניכר בסכום הפרמיה, ושלא יחודשו הפוליסות, לא נצברו לזכותם שום זכויות. למעשה, הטענה היא כי מבטחים טעו, או הוטעו לחשוב, שפוליסות הביטוח הסיעודי שבהן הם מבטחים נושאות מאפיינים של פוליסות פרט, אף שבפועל הם היו מבטחים בפוליסות קבוצתיות. בחוזר ביטוח 15-1-2006⁴⁰ ציין המפקח על הביטוח דאז כי "ביטוח סיעודי הוא מוצר מורכב בעל מספר היבטים ומאפיינים ייחודיים. מרבית האנשים אינם מודעים לזכויותיהם בתחום וכן להבדלים הקיימים בין סוגי הכיסויים השונים".

1. לפי חוזרי המפקח על הביטוח, נדרשו חברות הביטוח למסור למבטחים מידע רלוונטי בדבר מהות הביטוח הסיעודי הקבוצתי שהם מבטחים בו:

בחוזר ממאי 2001⁴¹ נדרשו חברות הביטוח להמציא לכל מבטח, במסמך המצורף לטופס הצטרפות לביטוח וכן בדף פרטי הביטוח, פרטים נרחבים על הביטוח לרבות על משך תקופת הביטוח, על סכום הפרמיה, על מבנה הפרמיה (קבועה או משתנה), על סכום הביטוח (תקרת הסכום החודשי) והתייחסות לערך מסולק (האם יש ערך מסולק בפוליסה ובאילו תנאים יועמד לרשות המבטח).

בחוזר ממרץ 2002⁴² נדרשו חברות הביטוח להמציא לכל מבטח בתוך 30 יום מיום תחילת הביטוח, בין במסגרת הצטרפותו לחברת הביטוח ובין בשעת חידוש פוליסה קיימת, גם את פוליסת הביטוח, מידע על מועד פקיעת תוקפו של הסכום הביטוח, וכן מידע לגבי זכויותיו אם יפקע ההסכם או אם הוא יעזוב את הקבוצה.

בחוזר מאוקטובר 2006⁴³ קבע המפקח על הביטוח דאז כי על מבטח להמציא את המדריך לקונה בביטוח סיעודי, שצורף כנספח לחוזר, לכל אדם הממלא טופס הצטרפות לביטוח, וכמו כן עליו להבטיח כי המדריך יהיה זמין לכל אדם הפונה למבטח בנוגע לרכישת ביטוח סיעודי, ונוסף על כך יהיה על חברות הביטוח להציג את המדריך בהבלטה באתרי האינטרנט שלהן.

40 חוזר ביטוח 2006-1-15 - מדריך לקונה בביטוח סיעודי.

41 חוזר ביטוח 2001/9 - גילוי נאות למבטח בעת הצטרפות לפוליסות לביטוח בריאות, 15.5.01.

42 חוזר 2002/3 - גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי, 24.3.02.

43 ראו הערה 41.

ניתן להניח כי
מבוטחים לא מעטים
לא היו ערים למאפייני
הביטוח הסיעודי
הקבוצתי שלפיו הם
מבוטחים, משום שלא
קראו או לא הבינו את
הדיווחים ששלחו להם
חברות הביטוח

המדריך לביטוח סיעודי כלל, בין היתר, הסבר ולפיו במסגרת פוליסה קבוצתית לא נצברות זכויות למבוטח. עוד הוסבר במדריך כי "הביטוח הסיעודי נועד לתת תמיכה לטווח ארוך. על כן חשוב מאוד כאשר שוקלים להצטרף לביטוח קבוצתי לבדוק מהי תקופת הביטוח ואם לחברת הביטוח יש זכות סיים את הביטוח בנקודת זמן כלשהי... בפוליסות אישיות, תקופת הביטוח היא כל חיי המבוטח. כלומר, חברת הביטוח אינה רשאית לבטל את הביטוח באמצע התקופה... לעומת זאת, בפוליסות הקבוצתיות, חברת הביטוח מחויבת לתקופת ביטוח של שנים בודדות בלבד. כלומר, לאחר שחלפה התקופה שהוסכם בין הצדדים כי לאורכה יהיו המבוטחים בקבוצה מכוסים לפי הפוליסה, חברת הביטוח או בעל הפוליסה יכולים להפסיק את הביטוח. בהקשר זה, נציין כי בשנים האחרונות היו מספר ביטוחים קבוצתיים שהוחלט על הפסקתם לגבי כלל המבוטחים". לגבי הזכות להמשכיות אם תבוטל הפוליסה הקבוצתית הודגש במדריך כי "חשוב לשים לב שפרמיית הביטוח בפוליסה אישית עלולה להיות יקרה הרבה יותר מפרמיית הביטוח בביטוח הקבוצתי" (ההדגשות במקור). כמו כן הובאו במדריך דוגמאות למעבר מפוליסה קבוצתית לפוליסה פרטית אם יסתיים הביטוח הקבוצתי. מהדוגמאות האמורות עולה כי הפרמיה בפוליסה הפרטית יקרה ב-250%-850% מהפרמיה בפוליסה קבוצתית, בהתאם לגיל המעבר ולמין המבוטח.

בחוזר מדצמבר 2009⁴⁴ נדרשו חברות הביטוח לציין במסגרת המידע הניתן למבוטח, בכל הנוגע למעבר מפוליסה קבוצתית לפוליסה פרטית, כי "ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח".

2. רובן המוחלט של פוליסות הביטוח הסיעודי הקבוצתי הן לתקופה קצובה של שלוש עד חמש שנים. לעתים קרובות לאחר שהוכנו לקבוצה פוליסות חדשות בעקבות סיום תקופת הפוליסה הקודמת מתייקרת פרמיית הביטוח, לעיתים בשיעור ניכר של עשרות אחוזים. לפיכך הניסיון היה יכול ללמד את המבוטחים בפוליסות כי סכומי הפרמיה של פוליסות הביטוח שבהן הם מבוטחים עלולים להאמיר אחת לכמה שנים.

לדוגמה, לפי נתוני אגף שוק ההון⁴⁵, בשנת 2003 התקשרה קרן פנסיה עם חברת ביטוח כדי לספק ביטוח קבוצתי לגמלאי הקרן. לפי נתוני משרד האוצר, הביטוח לעמיתי הקרן חודש מדי כמה שנים. עקב מיעוט המצטרפים החדשים ועליית הגיל הממוצע בקבוצה, בוצעו שמונה עדכוני פרמיות למבוטחים, החל מפרמיה התחלתית של 82.5 ש"ח לכל יחידת פיצוי (המשקפת סכום ביטוח מסוים) ועד לפרמיה של 531 ש"ח לכל יחידת פיצוי לקראת סוף שנת 2010. בשנת 2011 החליטה חברת הביטוח שלא לחדש את הביטוח לתקופה נוספת, בשל שיקולי כדאיות כלכלית.

לנוכח האמור לעיל לעניין המידע שנשלח למבוטחים בהתאם להנחיות המפקחים על הביטוח, ומאידך לנוכח הטענות שנשמעו בוועדה לענייני ביקורת המדינה ולפיהן המבוטחים אינם ערים למהות הביטוח ולתנאיו, וכך לנוכח העובדה כי המבוטחים המשיכו לרכוש את הביטוח על אף האזהרות, ניתן להניח כי מבוטחים לא מעטים לא

44 חוזר 2009-1-18 - ביטוח סיעודי קבוצתי, 28.12.09.

45 המדינה הציגה את הנתון בתגובתה על עתירה לבג"ץ 4628/15 "כן לזקן - לקידום זכויות הזקנים" נ' שר האוצר. העתירה נמחקה.



על אגף שוק ההון
להביא בחשבון,
במסגרת קביעת סדר
הטיפול בנושאים
שבאחריותו, כי
הציבור הרחב
מתקשה להבין
כנדרש נושאים
מסויימים, כגון
הביטוח הסיעודי,
ולפיכך עליו לתת
לנושאים אלו עדיפות
ממשית בקביעת סדר
הטיפול בנושאים
שבאחריותו, ובמקרים
המתאימים להתערב
בהם במהירות ראויה

היו ערים למאפייני הביטוח הסיעודי הקבוצתי שלפיו הם מבטחים, משום שלא קראו או לא הבינו את הדיווחים ששלחו להם חברות הביטוח.

בתשובת איגוד חברות הביטוח בישראל, נכתב כי חברות הביטוח העבירו למבוטחים, במגוון דרכים, מידע מפורט על מהות מאפייני הביטוח הקבוצתי, בהתאם להוראות הרגולציה וכי מידע זה היה נגיש למבוטחים ממקורות נוספים ובהם בעלי הפוליסה שחשיבותם רבה, "כמי שמייצג את המבוטחים ומנהל משא ומתן עבורם, בנאמנות כלפיהם ולטובתם". לפיכך החלטת המבוטחים להתקשר בחוזה הביטוח היתה החלטה מושכלת, בהעדר חלופות עדיפות מבחינה כלכלית. האיגוד ציין כי "אין להלום מצב שבו מוחזק אדם שלא קורא את המידע וההסברים המוצגים בפניו, ואם אינו מבין אותם, כמי שרשאי שלא לברר את המצב לאשורו. לא ניתן לנהל מרקם של יחסים חוזיים כלשהם מתוך הנחה שאדם, כולל צרכן, אינו קורא את החומר שנשלח אליו ולכן אין לו נפקות. גישה זו תוביל לליקוי מאורות בכל תחומי החיים ולא רק בביטוח".

בתשובת אגף שוק ההון נכתב כי "לאור האמצעים השונים שבהם פורטו מאפייני הביטוח הקבוצתי-מסחרי, לא מן הנמנע כי מבטחים רבים ידעו את מהות הביטוח, והדבר מתחדד נוכח עלותו הנמוכה לצד כיסוי רחב (לעיתים שקלים בודדים עבור סכומי ביטוח של אלפי שקלים לחודש)".

משרד מבקר המדינה מעיר לאגף שוק ההון כי עליו לבחון ביסודיות אם די במידע שחברות הביטוח מציגות למבוטחים במסגרת חובת הגילוי שחלה עליהן לפי כל דין, ואת האפשרות ששיעור ניכר מהציבור אינו נוהג לקרוא את הדיווחים השנתיים הנשלחים אליו מחברות הביטוח, ועל כן הוא אינו ער לנתונים מהותיים הנדרשים לצורך קבלת החלטה מושכלת בנושא. כמו כן על אגף שוק ההון לבחון אם ייתכן שחלק מהציבור, אף אם הוא קורא את הדיווחים הנשלחים אליו, מתקשה להבין את הדיווח ולהסיק ממנו מסקנות. נושא זה, החורג מתחומי הביטוח הסיעודי הקבוצתי, והנוגע לתחומים רבים אחרים שאגף שוק ההון אחראי להם, אינו בא לידי מיצוי בבחינת השאלה המשפטית בדבר אחריות חברת הביטוח להביא לידיעת ציבור המבוטחים את המידע שקבע המפקח על הביטוח, או בדבר מידת אחריותם של מבטחים שאינם מתעניינים במידע הנשלח אליהם. לנוכח העובדה שתופעות חברתיות אלו עלולות לגרום לתקלה ציבורית בהיקף נרחב ואף לגרום נזק גדול לחלק מהמבוטחים, על אגף שוק ההון להביא בחשבון במסגרת גיבוש ההסדרה גם את ההיבטים החוץ-משפטיים הנוגעים בדבר. על אגף שוק ההון להביא בחשבון, במסגרת קביעת סדר הטיפול בנושאים שבאחריותו, כי הציבור הרחב מתקשה להבין כנדרש נושאים מסויימים, כגון הביטוח הסיעודי, ולפיכך עליו לתת לנושאים אלו עדיפות ממשית בקביעת סדר הטיפול בנושאים שבאחריותו, ובמקרים המתאימים להתערב בהם במהירות ראויה.

אגף שוק ההון הוסיף בתשובתו כי "האגף כל העת פועל על מנת להנגיש את המידע הרלבנטי לציבור, הן בדרך של חינוך פיננסי והן בדרך של פישוט המידע. בימים אלו בוחן האגף דרכים לפשט את המידע השוטף המועבר למבוטחים מחברות הביטוח כך שיותר מבטחים יוכלו להפיק ממנו ערך רב יותר לעומת המצב כיום".



נמצא כי אגף שוק
ההון לא פרסם נתונים
מפורטים יותר בדבר
תוחלת החיים במצב
סיעודי בהתאם לגיל
שבו הפך אדם
לסיעודי, בדבר
השונות בתוחלת
החיים של אדם
שהפך לסיעודי,
ובדבר השינויים שחלו
בנתונים אלו במהלך
השנים

איסוף ופרסום מידע נוסף לטובת צרכני הביטוח הסיעודי

כעולה מממצאי דוח ביקורת זה, החלטתם של צרכני הביטוח הסיעודי בדבר רכישת ביטוח סיעודי מחייבת לשקול מספר שיקולים, ביניהם שיקולים אישיים הנוגעים למצבו הכלכלי האישי של הצרכן, ושיקולים הנוגעים להיקף המקורות הכספיים הנדרשים לשם כיסוי ההוצאות במצב סיעודי בעתיד. קבלת החלטות זו נעשית לרוב בתנאי חוסר וודאות, בעיקר בשל העובדה כי ההחלטה בדבר רכישת ביטוח סיעודי נעשית בדרך כלל שנים ארוכות לפני המועד שבו נקלע המבוטח למצב סיעודי. על כן, קיימת חשיבות רבה בכך שלרשות הצרכן תעמוד תשתית מידע טובה ככל הניתן לשם קבלת ההחלטה.

נמצא כי אגף שוק ההון לא פרסם נתונים מפורטים יותר בדבר תוחלת החיים במצב סיעודי בהתאם לגיל שבו הפך אדם לסיעודי, בדבר השונות בתוחלת החיים של אדם שהפך לסיעודי, ובדבר השינויים שחלו בנתונים אלו במהלך השנים. פרסום נתונים אלו עשוי לסייע לציבור לקבל החלטה מושכלת בדבר הסוג והמאפיינים של הביטוח הסיעודי שברצונו לרכוש, מבחינת ההיקף והמשך של הכיסוי של הביטוח ומבחינת גיל האדם בעת ההצטרפות לביטוח.

אגף שוק ההון מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2016 כי לפי עמדתו עומד כיום לרשות הציבור מידע נגיש בדבר הצורך בביטוח סיעודי, אשר כולל את הנתונים שהאדם הסביר צריך להביא בחשבון בעת רכישת ביטוח סיעודי. האגף הוסיף כי הנתונים האמורים שבידו מתבססים על תכניות ביטוח מוגבלות בהיקפן המבוססות על חתך מסוים של אוכלוסייה, שמצבה הרפואי נבדק, ולכן ייתכן שנתונים אלו אינם מאפשרים להסיק מסקנות חד-משמעיות בנוגע לאוכלוסייה הכללית בישראל. עוד הוסבר כי חוזר משנת 2016 שעניינו "צירוף לביטוח" מסדיר הליך של צירוף לביטוח סיעודי הכולל הליך התאמה לצרכיו של מועמד לביטוח, המחייב בירור של צורכי המועמד לביטוח וכי המועמד מבין את מהות הביטוח. האגף הוסיף כי הוא "משתף פעולה עם כל גוף המבקש להנגיש נתונים לכלל הציבור".



בהתחשב בנטל
הכלכלי העצום
הכרוך בטיפול סיעודי
ארוך טווח יש להעמיד
לרשותו של כלל
הציבור מידע מפורט
ונגיש בנושא

משרד מבקר המדינה מעיר לאגף שוק ההון כי לנוכח העובדה שהנתונים הרלוונטיים בתחום הביטוח הסיעודי נגישים לו, עליו לפעול להרחבת היקף הנתונים האמורים שהוא מציג לציבור כאמור לעיל. להצגת המידע יש חשיבות יתרה לנוכח העובדה שמרבית האוכלוסייה בישראל מבוטחת בביטוח סיעודי, ואגף שוק ההון הוא הגוף המוסמך לדרוש ולקבל מחברות הביטוח נתונים על ציבור זה. כיוון שבמועד סיום הביקורת (יוני 2016) המידע הנדרש עדיין אינו מפורסם, הרי שנבצר גם מסוכני הביטוח להתאים את היקף הכיסוי לצרכיו האישיים של הלקוח, והדבר מקשה עליהם למלא את הוראות החוזר שפרסם האגף. בהתחשב בנטל הכלכלי העצום הכרוך בטיפול סיעודי ארוך טווח יש להעמיד לרשותו של כלל הציבור מידע מפורט ונגיש בנושא. פרסום הנתונים אף יסייע לגורמים נוספים המעורבים בתכנון הטיפול בקשישים בישראל, וראוי שאגף שוק ההון ינקוט גישה פרואקטיבית בפרסום מידע רלוונטי, ולא ימתין לפניות מגופים אחרים.

סיכום

אף שהעלייה בתוחלת החיים והשיפור בטכנולוגיות הרפואיות נושאים עמם ברכה רבה, הרי שיש בצדם גידול ניכר הן בהסתברות להגיע במהלך החיים למצב סיעודי והן בסך הוצאות הקיום הנדרשות במצב זה. לנוכח זאת נדרשת היערכות אישית וציבורית לסוגיות האמורות, ויש לשים את הדגש על הצורך בתכנון כלכלי ארוך טווח. חלק מהנוקדים הסיעודיים, ובמיוחד הקשישים שבהם, שייכים לקבוצות החלשות ביותר בחברה, הן בשל מצבם הכלכלי והן בשל מצבם הקוגניטיבי. ההגנה על זכויות האדם בישראל, ובראשן השמירה על כבוד האדם, מחייבת את כל רשויות השלטון בישראל לדאוג לקשישים אלו, וראוי כי יפעלו מתוך ראייה לעתיד, ובפרט לטווח הארוך.

הכשל המהותי והמתמשך שהתגלה בכל הנוגע להסדרת שוק הביטוח הקבוצתי המסחרי שהשפיע על הזכויות של חלק ניכר מאוד מהציבור הוא כשל ארוך טווח שנמשך למעלה מ-19 שנים, תקופה שבה כיהנו חמישה מפקחים על הביטוח. ראוי כי אגף שוק ההון יקיים בדיקה פנימית יסודית כדי לבחון מדוע לא טופל כשל עקרוני ומתמשך זה במשך שנים כה רבות, וכדי להסיק את המסקנות המתבקשות לעניין אופי פעולת האגף.

האחריות למשבר בתחום הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים נחלקת בין כמה גורמים, ובראשם שני גורמים אלה: (1) המפקחים על הביטוח, בייחוד בשנים 1998-2011, אשר אפשרו את המשך שיווק הביטוחים הסיעודיים הקבוצתיים, על אף העמדה הברורה כי מדובר במוצר ביטוחי מסוכן, שאינו משרת את תכליתו של הביטוח הסיעודי; (2) בעלי הפוליסות הקבוצתיות, וכן יועצים לבעלי הפוליסות הקבוצתיות, אשר הפרו את חובתם החוקית לדאוג לטובת המבוטחים, בכך שהמליצו למבוטחים להצטרף לביטוח הסיעודי הקבוצתי, על אף סימני אזהרה ברורים בדבר הסיכונים הנשקפים לחלק מהמבוטחים עקב ההצטרפות. גם חברות הביטוח יכלו ככל הנראה לפעול באופן אקטיבי יותר על מנת למנוע את המשבר בתחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי. המשך הנפקת הפוליסות במשך שנים תרם להמשך קיומו של מצב משברי זה.

הממצאים שמוצגים בחוות דעת זו משקפים את הכשלים שהתגלו בטיפולו של אגף שוק ההון בהסדרת תחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי, מדגישים את חובתו כגורם מאסדר לטפל במהירות ובנחישות בכשלים שבתחום אחריותו, ומדגימים את הקושי שעלול להיגרם עקב דחיית הטיפול בבעיות המתגלות. על אגף שוק ההון והמפקחת על הביטוח להפיק את הלקחים הנדרשים מהכשלים שהתגלו בהסדרת תחום הביטוח הסיעודי הקבוצתי. ההסדר שאימץ אגף שוק ההון ביולי 2016 אשר אפשר לבני 60 ומעלה שהיו מבוטחים בביטוחים סיעודיים קבוצתיים שלא חודשו להצטרף לביטוח סיעודי קבוצתי של חברי קופת חולים, מעורר כמה וכמה קשיים, ואגף שוק ההון נדרש לבחון אותם בהקדם האפשרי.

