

סגור חלון



ביטוח סיעודי פרטי: 40% מהתביעות נדחות, עדיף דרך קופוה"ח

חברות הביטוח משלמות רק 59% מהתביעות בביטוח הפרטי? אבל אם הלקוח מבוטח דרך קופת חולים, שיעור התשלום עולה לפתע ל-75%
הון, מדריכים פיננסיים 15/6/16

חברות הביטוח דוחות מעל 40% מהתביעות ביטוח סיעודי פרטי. אתם משלמים להן מדי חודש בחודשו, לרוב כמה מאות שקלים טובים, אבל כשתצטרכו את תמיכתן גדול הסיכוי שתידחו או שיקצצו לכם את התביעה.

הביטוח הסיעודי הופך להיות נפוץ בשנים האחרונות. העלות הכלכלית של "החיים" במצב סיעודי יקרים – מטפל/מטפלת, בית אבות, תרופות. זה קשה במובנים רבים וגם במובן הכלכלי. אז מה עושים? רבים מבטחים, אף שאינם יודעים מה הם מקבלים בתמורה.

כידוע, ניתן לקבל ביטוח סיעודי גם דרך קופות החולים, אך הביטוח אינו חלק מהשירותים הסטנדרטיים שהן מספקות. לרוב מדובר בביטוח סביר ויחסית זול לעומת הביטוחים הפרטיים, אבל הוא סוג של הסכם קולקטיבי בין הקופה לכלל המבוטחים והתנאים יכולים להשתנות משמעותית עד שתגיעו (ונקווה שלא) למצב סיעודי.

במקביל, קיימים ביטוחים סיעודיים של חברות הביטוח, שבגדול נחלקים לשני סוגי ביטוחים: אלה שמספקים מעין הגנה מלאה (ומייתרים את הביטוח של קופת החולים), ואלה שמתווספים על הביטוח של הקופות ושמספקים תמיכה לאחר תקופה של כמה שנים.

חברות הביטוח לא משלמות

מנתוני הפיקוח על הביטוח ושוק ההון, מתברר שחברות הביטוח דוחות חלק גדול מהתביעות שמוגשות להן. בתחום הביטוח הסיעודי, משלמים רק 59% מהתביעות. ולא רק זה: 59% מהתביעות משולמות, אבל בתוך ה-59% יש גם תביעות חלקיות, כלומר חלק (וכנראה חלק משמעותי) מאותם 59% מהתביעות מקבל סכום חלקי ממה שתבע.

כך נוצר מצב שלמרות הוצאה כבדה על ביטוח סיעודי מדי חודש בחודש, המבוטח לא באמת מקבל ביטוח מלא בתקופה שהוא באמת צריך את חברת הביטוח. ההוצאה בתקופה של סיעודי מסתכמת לרוב בין 5,000 ל-15 אלף שקל בחודש, ואם אין עזרה מחברת הביטוח לא רבים יצליחו לשלם לבדם. אגב, על פי חוק, במצב שאין מספיק כסף (ומבוצעת בדיקה), הילדים צריכים לתמוך בהורה.

חברות הביטוח מטפלות בתביעות ביטוח סיעודי של המבוטחים שלהם, וגם בתביעות ביטוח סיעודי של מבוטחי קופות החולים. אלא שכאשר מדובר בקופות החולים, חברות הביטוח כבר פחות חזקות. כאן הן לא מתמודדות עם האזרח הקטן שלא יכול להילחם מול המנגנון הבריורקטי שמתיש אותו, אלא מול מנגנון גדול וחזק. על פי נתוני המפקחת על הביטוח ושוק ההון, כאשר מדובר בתביעות של קופת חולים (מבוטחי קופת חולים) שיעור התשלום בתביעות בביטוחי סיעוד פרטיים עולה ל-75%, לעומת 59% בלבד בביטוח סיעודי פרטי. כן, ככה העולם נוהג ואתם אמורים להסיק מכך מסקנות.

ביטוח פרטי או דרך קופת חולים?

חוזי הסיעוד והקריטריונים לקבלת הכסף ניתנים תמיד לפרשנויות, וחברות הביטוח אכן מנצלות את המצב לטובתן. מי אמר שהמצב של המבוטח סיעודי? אתם עלולים למצוא עצמכם בלי ביטוח ובלי כסף שאמור לחזור אליכם. למשפחות של החולה הסיעודי בדרך אין זמן ואנרגיה למאבק מול חברות הביטוח.

בעיה נוספת היא חוסר הרלבנטיות של הביטוחים הסיעודיים. במקרים רבים, הביטוח הסיעודי נעשה בגיל צעיר (ואז, אגב, התשלום החודשי הוא יחסית נמוך ומקובע על פני כל התקופה עד למצב של סיעוד). אלא שיש בעיה: התביעה מגיעה עשרות שנים לאחר תחילת הביטוח, לרוב מגיל 75 ומעלה. בינתיים יש שינויים רבים בקריטריונים, בהגדרות של נזקק לסיעוד, כך שמה שהיה לפני עשרות שנים כבר לא תקף כשאנשים מגיעים למצב סיעודי – והביטוח שלהם יכול להיות פחות רלבנטי.

מעבר לכך, התחום נשלט על ידי חמש חברות הביטוח הגדולות. מדובר בשוק ריכוזי וכתוצאה מכך, עם תחרות יחסית נמוכה. ברגע שחברות הביטוח הקטנות והבינוניות ייכנסו לשוק הזה, אולי תהיה תחרות אמיתית – במחירים, בשירות ובאישור תביעות.

הפיקוח על הביטוח נגד חברות הביטוח

מתברר שחברות הביטוח נוטות לענות תשובות לקוניות למבוטחים, כי "לא אירע מקרה הביטוח". זו תשובה מזלזלת, יהירה, ובמיוחד מתחמקת – מה בדיוק לא קרה? הרי לחולה הסיעודי בורח שתן, או שהוא צריך כיסא גלגלים או כל עניין אחר, מה לא ברור בזה?

המבוטחים לא ממש יודעים מה לענות או איך להתגונן מול הטענה הזו. על רקע זה, הפיקוח על הביטוח קבע כי הנימוק הזה פסול, כך שאם אתם מקבלים אותו, פנו מיד לפיקוח על הביטוח. החברות מחויבות לתת נימוקים לטיעונים שלה, כלומר להגיב לגופו של עניין.

במקרים רבים, טוענות חברות הביטוח כי יש ליקויים במסמכי ההצטרפות לביטוח הסיעודי. לדוגמה, אין מילוי של הצהרת הבריאות, או מילוי חסר (אפילו בסעיף אחד). חברות הביטוח פשוט מחפשות להימנע מתשלום, והם עושות הרבה כדי לאתר ליקויים במסמכים המקוריים. אז מה תגידו: הסוכן לא אמר שצריך להביא את המסמך הזה? הסוכן אמר שאין צורך בבדיקת בריאות? הסוכן ויתר על הצהרת בריאות מפורטת?

לרוב כבר לא זוכרים מי הסוכן, מה הוא אמר אז ועל מה הוא החתים אתכם. הסוכן רק רוצה חיים קלים, עבודה קלה וסגירת עסקה. הוא יודע שככל שהוא יבקש וידרוש ממכם יותר בשלב החתימה, כך פחות תרצו לעשות ביטוח וכך גם יהיה לכם יותר קשה לעמוד בתנאים. אז הוא עושה את המינימום ומעביר הלאה. אתם חושבים שהכול בסדר, אבל זה לא נכון – כולם בעצם עושים כאן עבודה בעיניים וכאשר מגיעה הבעיה זה מתפוצץ בפרצוף. בפרצוף שלכם, כמובן. הרי הסוכן כבר קיבלת את הפרמיה הגדולה שלו, חברת הביטוח כבר הרוויחה עליכם, עכשיו לכו חפשו אותם.

אלא שהפיקוח פתר את הבעיה. לטענת הפיקוח, לא סביר להגדיר את המבוטח כאחראי על מילוי הטפסים והשאלונים. לכן, הפיקוח הורה על היפוך האחריות. כעת, כשחברת הביטוח מקבלת מבוטח זו האחריות שלה לבדוק ולוודא שכל המסמכים מולאו כמו שצריך. היא לא יכולה עוד להתחמק מתשלום בגלל בעיות ברישום.

הפיקוח גם התייחס לאחרונה לבעיות ספציפיות שקשורות לתביעות הסיעודיות. מסתבר שאחת התביעות הנפוצות היא אי שליטה על סוגרים. חברות הביטוח "הפילו" את התביעות האלו בטענות מגוחכות כמו "זה לא אי שליטה על סוגרים, זה קושי בהתניידות" (כלומר, המבוטח לא מספיק להגיע לשירותים); "זה לא חוסר שליטה בסוגרים, אלא קושי מסוים בהתאפקות". החברות אף הגדירו שימוש בחיתולים כסוג של שליטה על סוגרים. הפיקוח נכנס כאן לעוב הקורה והגדיר שקשיש שגם מתקשה בהתניידות וגם מתקשה בהתאפקות, ומשתמש בחיתולים (שנודף מהן ריח שתן), ייחשב כמי שאינו שולט על סוגריו.

כמו כן, הגדירו בפיקוח על הביטוח כי אנשים שסובלים מחוסר שיווי משקל ונטייה לנפילות, הם פחות ניידיים (מוגבלים בהתניידות). חברות הביטוח טענו שמי שסובל מאי שיווי משקל אינו נחשב למי שיש לו בעיות התניידות. הפיקוח הבהיר שהטענה הזו מגוחך.

ועדיין, למרות התערבות הפיקוח, נראה שהמגמה לא תשתנה: לביטוח דרך קופות החולים יש סיכויי תמיכה גדולים יותר.

למדריכים נוספים:

[ביטוח סיעודי בקופות חולים – מהפכה בדרך](#)

