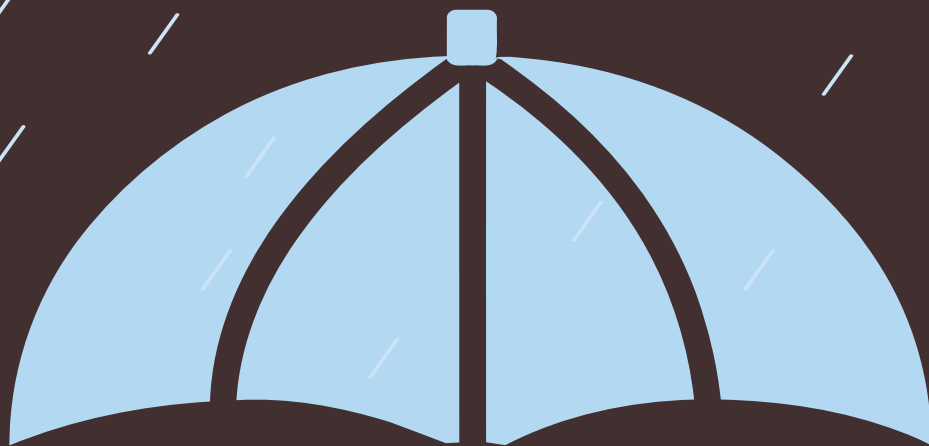




המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)  
The Israel National Institute for Health Policy Research



כנס ים-המלח ה-13  
20-19 בדצמבר 2012

**ביטוחי הבריאות בישראל:  
התפתחויות, קשרי גומלין,  
בעיות ומתווים לפתרון**





המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)  
The Israel National Institute for Health Policy Research

כנס ים-המלח ה-13  
ים-המלח, 19-20 בדצמבר 2012

**ביטוחי הבריאות בישראל:  
התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון**

**יו"ר הכנס: גבי בן-נון**





המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)  
The Israel National Institute for Health Policy Research

כנס ים-המלח ה-13  
ים-המלח, 19-20 בדצמבר 2012

## **ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון**

- ◆ השפעת התפתחויות בענף הביטוח על אספקת שירותי הבריאות
- ◆ מעורבות המדינה באסדרה (רגולציה) של ביטוחי הבריאות הוולונטריים
- ◆ השפעת התפתחות הביטוחים הפרטיים (משלים ומסחרי) על הצרכנים

**יו"ר הכנס: גבי בן-נון**

כנס ים-המלח עוסק בכל שנה בסוגיות מרכזיות העומדות על סדר היום של מערכת הבריאות.

הכנס נועד ללבן, לגבש חלופות ולהציג יתרונות וחסרונות לסוגיות השונות העומדות לדיון.

הכנס אינו גוף מחליט.

העמדות וההמלצות של משתתפי הכנס, מבטאות את הדעות המקצועיות האישיות ולא בהכרח את העמדה הרישמית של הגוף הארגוני אליו הם משתייכים.

עיצוב גרפי: נאוה מוסקו

הפקה: זיסמן שיבר

## תוכן עניינים

7	תכנית הכנס
9	רשימת חברי הצוותים
11	שלמה מור-יוסף: הקדמה
13	גבי בן-נון: ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, בעיות ומתווים לפתרון
19	רוני גמזו: השלכות התפתחות הביטוחים הפרטיים
27	עודד שריג: מערכת הבריאות, הביטוח המסחרי והשב"ן
35	ביטוחי בריאות פרטיים, נייר רקע
35	סקירה על ישראל
62	סקירה בינלאומית
	<b>דוחות הצוותים:</b>
	<b>צוות 1: אבי פורת וסיגל רגב-רוזנברג -</b>
77	השפעת התפתחויות בענף הביטוח על אספקת שירותי הבריאות
77	1. הגדרת הסוגיה לדיון
83	2. השפעת הביטוחים הנוספים על אספקת שירותים - תמונת מצב
91	3. ארגון ואספקת השירותים - שימוש יתר וכוח אדם רפואי
98	4. טיעוני המערכת הציבורית
101	5. טיעוני המערכת הפרטית
108	6. פתרונות והמלצות
116	7. מקורות
117	8. נספחים
	<b>צוות 2: שולי ברמלי-גרינברג ואביגדור קפלן -</b>
121	מעורבות המדינה באסדרה (רגולציה) של ביטוחי הבריאות הוולונטריים
121	1. הקדמה
123	2. כשלי השוק המחייבים אסדרה
128	3. חשיבות השקיפות והגילוי הנאות
135	4. תפקידי האסדרה
141	5. "גבולות הגזרה" והתיאום בין הרגולטורים
143	6. מקורות
144	7. נספחים

**צוות 3: טוביה חורב ומנחם פיינרו -**

<b>151</b>	השפעת התפתחות הביטוחים הפרטיים (משלים ומסחרי) על הצרכנים
151	1. תקציר מנהלים
158	2. מבוא כללי
162	3. מידע, גילוי נאות ומימוש הזכויות
172	4. כפל ביטוח
180	5. החזר ההשקעה למבוטחים
193	6. המלצות
206	7. מקורות
207	8. נספחים

**218 סקר בנושא: הביטוח המשלים מנקודת ראות של הצרכנים - גיורא קפלן ואחרים**

**231** משתתפי הכנס

## כנס ים-המלח ה-13 ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון

**יום ד', 19.12.2012:**

	10:30 - 09:30	הרשמה וכיבוד
<b>י"ר: שלמה מור-יוסף</b>	13:00 - 10:30	<b>מושב פתיחה</b>
<p style="text-align: center;"><b>עודד שריג, הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון, משרד האוצר רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות גבי בן-נון - יו"ר הכנס</b></p>		

### הצגת עבודת הצוותים:

- צוות 1: אבי פורת וסיגל רגב-רוזנברג** - השפעת התפתחויות בענף הביטוח על אספקת שירותי הבריאות
- צוות 2: שולי ברמלי-גרינברג ואביגדור קפלן** - מעורבות המדינה באסדרה (רגולציה) של ביטוחי הבריאות הוולונטריים
- צוות 3: טוביה חורב ומנחם פיינרו** - השפעת התפתחות הביטוחים הפרטיים (משלים ומסחרי) על הצרכנים

	14:00 - 13:00	ארוחת צהריים
<b>דיונים בצוותים</b>	16:00 - 14:00	
הפסקת קפה	16:30 - 16:00	
<b>דיונים בצוותים</b>	18:30 - 16:30	
ארוחת ערב ותכנית אמנותית	23:00 - 20:00	

**יום ה', 20.12.2012:**

	10:30 - 08:30	<b>דיונים בצוותים</b>
הפסקת קפה	11:00 - 10:30	
<b>דיונים בצוותים</b>	13:00 - 11:00	
ארוחת צהריים	14:00 - 13:00	
<b>מליאת סיכום: יו"ר: אליק אבירם</b>	16:30 - 14:00	
<b>דברי הרב יעקב ליצמן, סגן שר הבריאות</b>		
<b>הצגת סיכום דיוני הצוותים</b>		
<b>דברי סיכום: גבי בן-נון</b>		
<b>דיון</b>		





### רשימת הצוותים

רשימת הצוותים			
וועדת ההיגוי		מרכזת	
<p>יו"ר - גבי בן-נון, אליק אבירם, חיים ביטרמן, שולי ברמלי-גרינברג, חיים דורון, טוביה חורב, שלמה מור-יוסף, גור עופר, אבי פורת, מנחם פיינרו, אביגדור קפלן, סיגל רגב-רוזנברג</p>		<p>זיוה ליטבק</p>	
צוותי הכנה:			
צוות 3	צוות 2	צוות 1	
<p>השפעת התפתחות הביטוחים הפרטיים (משלים ומסחרי) על הצרכנים</p>	<p>מעורבות המדינה באסדרה (רגולציה) של ביטוחי הבריאות הוולונטריים</p>	<p>השפעת התפתחויות בענף הביטוח על אספקת שירותי הבריאות</p>	
<p>טוביה חורב מנחם פיינרו</p>	<p>שולי ברמלי-גרינברג אביגדור קפלן</p>	<p>אבי פורת סיגל רגב-רוזנברג</p>	<p><b>יו"ר</b></p>
<p>גיורא קפלן</p>	<p>ניר קידר</p>	<p>רעות גירש</p>	<p><b>מרכזי צוות</b></p>
<p>גלית אבישי מתן אונגר דנה אילן-שוורץ יוסי ארי שמוליק בן יעקב שירה גרינברג יואב יונס צחית סימון-תובל גילה סעדיה חיים קליר הונן רגב-כביר שמעון רייפר</p>	<p>קרן גפן דן גרינברג לי דגן חניאלה וילנר רויטל טופר-חבר טוב יעל נבון אורית קרמר</p>	<p>מאיר אורן דורון איתן יאיר בירנבאום נדב דוידוביץ איתן חי-עם אלי כהן רועי כפיר חיים לבון נורית ניראל איתמר עופר רחל קיי שלומית קרפיבקה לזין מאור שטיינמן</p>	<p><b>צוות הכנה</b></p>



## ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון

שלמה מור-יוסף

מטרתו העיקרית של כנס ים-המלח של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות היא לגבש הסכמות ולהגיש המלצות לקובעי המדיניות במטרה לשפר וליעל את תפקודה של מערכת הבריאות בישראל.

לאור התהפוכות שקרו בשנים האחרונות הוחלט השנה כי הכנס יעסוק בנושא:  
**ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון.**

נושא זה, כחלק מסוגית מימון שירותי הבריאות בכלל, נמצא על סדר היום החברתי של מדינות העולם המערבי מזה יותר מעשור. גיבוש מדיניות כוללת והערכות לאומיות בתחום זה מצריכים שיתוף פעולה בין מקבלי ההחלטות בכמה משרדי ממשלה בישראל. למשרד הבריאות תפקיד מרכזי בכול השלבים של תהליך זה, משלב התכנון והתחיקה ועד לביצוע ולפיקוח. על כן מצאנו לנכון במכון הלאומי, בתיאום עם מנכ"ל משרד הבריאות, הוקדש השנה הכנס לנושא זה.

שלושה תתי-נושאים נבחרו:

- השפעת התפתחויות בענף הביטוח על אספקת שירותי הבריאות
- מעורבות המדינה באסדרה (רגולציה) של ביטוחי הבריאות הוולנטריים
- השפעת התפתחות הביטוחים הפרטיים (משלים ומסחרי) על הצרכנים

כנס ים-המלח נועד להיות מקום למפגש לדעות שונות ולליבון הנושאים שעל הפרק. הכנס אינו פורום לקבלת החלטות אופרטיביות אלא מכשיר ובמה לגיבוש מסמך הבנות המתאר את מגוון הבעיות והפתרונות האפשריים.

המשתתפים בכנס התבקשו להתייחס לנושא מהצד האקדמי ופחות מהצד הסקטוריאלי ומנקודות המבט האישיות/מוסדיות של כל אחת ואחד מאתנו וניסינו לבחון את הנושא בגישה ממלכתית.

תודה מיוחדת לפרופ' עודד שריג, הממונה על הביטוח אשר לבד מהרצאתו המקיפה

בפתיחת הכנס השתתף בשני ימי הדיונים ותרם תרומה משמעותית להם.  
ברצוני להודות לפרופ' גבי בן-נון - יו"ר ועד ההיגוי של הכנס, לראשי הצוותים: פרופ' אבי פורת, גב' סיגל רגב-רוזנברג, ד"ר שולי ברמלי-גרינברג, פרופ' אביגדור קפלן, ד"ר טוביה חורב ופרופ' מנחם פיינרו. תודתי שלוחה גם לרכזים: ניר קידר, רעות גירש וגיורא קפלן, וכן לכל חברי הצוותים על העבודה הרבה שהשקיעו בריכוז החומר וכתיבת הטיוטות לדיון. תודה מיוחדת לצוות המכון הלאומי.

הכנס היה פורה ומעניין ואני תקווה כי ספר הכנס ישמש את קובעי המדיניות.



**פרופ' שלמה מור-יוסף**  
**יו"ר הוועד המנהל**

## ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון

### מבוא וסיכום

גבי בן-נון

חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994 נועדה להבטיח לציבור הישראלי סל ציבורי רחב של שירותי בריאות איכותיים וזמינים לכל. מעבר לסל זה התאפשרה במסגרת החוק הפעלת תוכניות ביטוח משלים על ידי קופות החולים שכללו סל שירותים מצומצם (מעבר לסל הבסיסי הרחב). תוכניות אלו הקיפו בראשית דרכם כ-45% מאוכלוסיית המבוטחים.

ניתוח ענף ביטוחי הבריאות המשלים והמסחרי (הביטוח הפרטי) בסוף שנת 2012 מלמד שענף זה עבר בעשור האחרון מהפכה:

- **מספר המבוטחים** בתוכניות הביטוח המשלים גדל מכ-60% בשנת 2000 ל-74% מהאוכלוסייה בשנת 2011. מספר המבוטחים בביטוח המסחרי גדל מ-25% בשנת 2000 ל-41% מהאוכלוסייה בשנת 2011.

- **מחזור הכספי** של תוכניות הביטוח הפרטי גדל גם הוא: הכנסות תוכניות הביטוח המשלים מפרמיות המבוטחים עלו מ-700 מיליון ₪ בשנת 2000 לכ-3 מיליארד ₪ בשנת 2010 - פי ארבע תוך עשור, ובתוכניות הביטוח המסחרי גדל המחזור הכספי פי 2.5 בתוך שבע שנים.

- בשנת 2000 יועדו כ-18% מסה"כ הוצאות משקי הבית על בריאות לביטוחים פרטיים. בשנת 2011 הגיע שיעור ההוצאה של משקי הבית על ביטוחים פרטיים לכשליש מהוצאות משקי הבית על בריאות.

ישראל הופכת בעשור האחרון לשיאנית בביטוחי בריאות משלמים ומסחריים (מקום רביעי אחרי ארה"ב, צרפת וקנדה). בענף הביטוחים הפרטיים יש כיום יותר מבוטחים ויותר כסף. ולמגמת התפתחות ייחודית זו בענף ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל, ישנן השלכות רבות על אופייה של מערכת הבריאות שהעיקריות בהן כוללות:

■ **גרסיביות בתשלומים** - תשלומי הפרמיות בתוכניות הביטוח המסחרי מבוססים על סיכון, ובביטוח המשלים הם מבוססים על גיל - בשני המקרים מדובר בתשלום גרסיבי. להיקף הגדול של התשלומים על ביטוחים פרטיים יש תרומה מרכזית לשיעורו הגבוה של המימון הפרטי לבריאות בישראל שהוא מהגבוהים בעולם המערבי (בשנת 2011, 38% מההוצאה הלאומית לבריאות ממומן במימון פרטי).

■ **השפעה על אספקת השירותים** - נתח מרכזי מהזכויות הכלולות בתוכניות הביטוח הפרטיות (בחירת רופא), ניתן למימוש רק בבתי החולים הפרטיים ובבתי החולים הציבוריים בירושלים. כתוצאה מכך נוצרים עיוותים בתנאי תחרות בין המגזר הפרטי ובתי החולים הציבוריים (בתי חולים ממשלתיים ובתי החולים הציבוריים שבבעלות שירותי בריאות כללית) המשפיעים על מימדים רבים של אספקת שירותי בריאות.

■ **תשלומים עודפים של המבוטחים** - חלק מציבור המבוטחים מחזיק בבעלותו פוליסות ביטוח כפולות. העובדה שהביטוח המסחרי השכיח הוא שיפוי (החזר כספי של סכום הנזק תוך הצגת קבלה מקורית), גורמת לכך שמי שמבוטח פעמיים מקבל החזר רק פעם אחת.

יש הרואים בקצב הגידול המואץ בהיקף הביטוחים הפרטיים ביטוי **לרצון חופשי** והעדפה רציונאלית של צרכנים שונאי סיכון, הלוקחים אחריות אישית על בריאותם. אחרים תולים התפתחות זו **בשחיקת הסל הציבורי** והפגיעה המתמשכת בזמינות ואיכותו- פגיעה שהביאה למידת אמון פוחתת והולכת במערכת הבריאות הציבורית וחיפוש אחר כיסויי ביטוח פרטיים אלטרנטיביים. ההסבר האמיתי לתופעה זו טמון כנראה בשתי הסיבות הנדונות כמו גם במסעות שיווק אגרסיביים של חברות הביטוח ותחושה מוטעית שזמינותו ואיכותו של הסל הבסיסי תלויה בקיומו של ביטוח משלים ומסחרי.

התרחבות תופעת הביטוחים הפרטיים בעשור האחרון לא זכתה לתשומת הלב הראויה מצד מעצבי מדיניות הבריאות ולא במפתיע: הגידול בהכנסות תוכניות השב"ן החליף מקורות מתקציב המדינה והקטין את לחצם של קופות החולים על תקציב המדינה. בנוסף, התרחבות תופעת הביטוחים הפרטיים נתפסה כמקטינה את לחצם של הרופאים להטבות שכר במגזר הציבורי. יתכן ועל רקע סיבות

אלה, מעורבות המדינה בהסדרת הענף הייתה לאורך השנים יחסית נמוכה. אלא שבשנים האחרונות חרגה השפעת התפתחות הביטוחים הפרטיים מעבר ל"תועלות" אלה וכיום ניתן לאתר את השפעת התרחבות הביטוחים הפרטיים הן על תפקודה היעיל של מערכת הבריאות והן על מידת השוויוניות והסולידריות המובנים בה.

התרחבות תופעת הביטוחים הפרטיים בעשור האחרון מחייבת אם כן בחינה מעמיקה **וחשיבה חדשה של הרגולטור לגבי מדיניות המערכת וכללי הסדרת הענף**. תופעה זו מחייבת הגדרה מחדשת של המטרות החברתיות שהמדינה רוצה להבטיח במערכת הבריאות ובחירת האיזון שבינם ובין תחרות וחופש בחירה.

על נושאים אלו ואחרים עסק השנה כנס ים-המלח ה-13 - **ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון**. במתכונת כנסי ים-המלח הקודמים, העבודה בכנס התחלקה לשלוש קבוצות עבודה:

**קבוצה מס. 1** - השפעת התפתחויות בענף הביטוח על אספקת השירותים. יו"ר: סיגל רגב-רוזנברג ואבי פורת.

**קבוצה מס. 2** - מעורבות המדינה באסדרה (רגולציה) של ביטוחי הבריאות הוולונטריים. יו"ר: שולי ברמלי-רוזנברג ואביגדור קפלן.

**קבוצה מס. 3** - השפעות התפתחות הביטוחים הפרטיים על הצרכנים. יו"ר: טוביה חורב ומנחם פיינרו.

בחוברת יוצגו עבור כל קבוצה הסוגיות התיאורטיות והמעשיות הקשורות לנושאי הדיון. חשוב לציין כי משתתפי הכנס אינם גוף מחליט והעמדות וההמלצות המוצגות בחוברת מבטאות את הדעות המקצועיות האישיות ולא בהכרח את העמדה הרשמית של הגוף הארגוני אליו משתייכים משתתפי הכנס.

להלן עיקרי הנושאים, המסקנות וההמלצות שהתקבלו בשלושת קבוצות העבודה של כנס ים-המלח ה-13:



## קבוצה מס. 1 - השפעת התפתחויות בענף הביטוח על אספקת השירותים

במסגרת הקבוצה נדונה השפעות הביטוחים על שימוש יתר בפרוצדורות רפואיות, מאפייני עבודתם של הרופאים ושעות עבודתם ובפערי השכר בקרב הרופאים. עקרי המסקנות וההמלצות כללו:

- בקרב הקבוצה התקיימה הסכמה כי התרחבות הביטוחים הפרטיים התרחשה על רקע החולשות של מערכת הבריאות הציבורית (תשתיות, סטנדרטים, יעילות, איכות ושירות) ולכן המסקנה והמלצה עיקרית של הקבוצה הייתה לחזק את המערכת הציבורית.

- הוסכם כי יש לחזק את הסל הציבורי באופן הדרגתי בין השאר על חשבון הסטת פעילות מהשב"ן לסל (השב"ן יכול לשמש לפעילויות בתקופת מעבר עד הכנסתם לסל), כל זאת באמצעות מנגנון של תעדוף על בסיס יחסי עלות/תועלת.

- למרות היותו של ביטוח בריאות הפרטי וולנטרי, ציינה הקבוצה כי לביטוחים המתנהלים על ידי הקופות (הביטוחים המשלימים) יש אופי יותר ציבורי ובשל כך נדרש כי מערכי ביטוח אלו יהיו בעלי אופי שוויוני יותר.

- רוב המשתתפים סברו כי חשוב לשמור על הפרדה בין המערכת הפרטית לציבורית, הן בהיבט המימון והן בהיבט אספקת השירותים (כולל שר"פ) וכי הדבר יבטיח שוויוניות ובקרה על ההוצאה הלאומית לבריאות.

## קבוצה מס. 2 - מעורבות המדינה באסדרה (רגולציה) של ביטוחי הבריאות הולונטריים

במסגרת עבודתה דנה הקבוצה בארבע תתי נושאים:

- א. מיפוי כשלי השוק בענף ועוצמתם.
- ב. מידת השקיפות והגילוי הנאות אשר הרגולטור זקוק להם לצרכי קבלת החלטות.
- ג. תפקידי האסדרה בתחומי מחירים, מוצרים ותחומי כיסוי.
- ד. גבולות הגזרה והתאום בין שני הרגולטורים - משרד הבריאות והמפקח על הביטוח במשרד האוצר.

הממצאים, המסקנות והמלצות העיקריות של הקבוצה כללו:

- יש צורך לייצר תשתיות מידע השוואתי בתחום הביטוח הפרטי (בתחומים כגון שימושים ספציפיים, התפלגות הפוליסות ועוד) וזאת לצרכי קבלת החלטות במערכת ותכנון מדיניות. את דרישות המידע יש להתאים לגידול העצום בשוק הביטוח הפרטי וההתפתחויות שחלו בו לאורך השנים.
- בתחום האסדרה של מחירים - יש לבחון אפשרויות שונות לפיקוח על מחירי תשומות שירותי הרפואה הפרטיים, למנוע מחירי הפסד לצורך משיכת לקוחות והעלאת פרמיה ומומלץ גם להתערב באופן קביעת המחירים בין היתר במקרים של חוסר תחרותיות, חשש לסינון מבוטחים, או כשהפרמיה משתנה לאורך זמן.
- בתחום האסדרה של מוצרים - יש לקיים מנגנון לאישור מראש של המוצרים בביטוחים הוולנטרים ולוודא כי האסדרה לא מונעת חדשנות רצויה ופוגעת בתחרות. חשוב גם לקחת בחשבון את ההשלכות האסדרה של המוצרים על הסל הציבורי.
- בתחום גבולות הגיזרה שבין המפקחים על הביטוח במשרד הבריאות ומשרד האוצר - הקבוצה המליצה להגביר את שיתוף הפעולה בין הרגולטורים ולקיים דו-שיח שוטף בניהם (התייעצות, העברת מידע, קיום השיח בין המשרדים ולא על גבי התקשורת), אולם לא הייתה בקבוצה הסכמה לגבי הגדרת גבולות הגזרה שביניהם

### **קבוצה מס. 3 - השפעות התפתחות הביטוחים הפרטיים (משלים ומסחרי) על הצרכנים**

במסגרת זו דנה הקבוצה בשלושה מימדים של השפעת הביטוחים הפרטיים על הצרכן:

- א. מידע וגילוי נאות - זיהוי חסמים אפשריים במימוש זכויות המבוטחים.
- ב. כפלי ביטוח - איתור מצבים אפשריים של כפלי ביטוח ודרכים לצמצמם.
- ג. החזר ההשקעה למבוטחים - כיצד מבטיחים תמורה הולמת להשקעה של הצרכן בשוק ביטוחי הבריאות הפרטיים.

הממצאים, המסקנות והמלצות העיקריות של הקבוצה כללו:

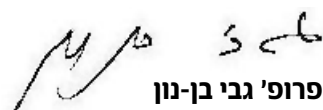
■ **מידע, גילוי נאות ומימוש הזכויות** - הומלץ על קביעת עקרונות מנחים לפיהם יתבצע גילוי נאות ומסירת מידע אפקטיבי למבוטח (בטרם רכישת הביטוח ולאחריו), תוך התאמת הגילוי לקבוצות השונות של צרכני שירותי הבריאות והבטחת האפשרות להשוות בין הסדרי הביטוח החלופיים, ודגש על גילוי התפר בין רובדי הביטוח השונים וגילוי בהליכי מימוש זכויות בקרות מקרה הביטוח.

■ **כפל ביטוח** - לצמצום תופעת כפלי הביטוח הוועדה המליצה על הגברת המודעות של הצרכן לאפשרות של כפל ביטוח טרם הרכישה וזאת באמצעות מסע הסברה לגבי הזכויות שמוענקות במסגרת הסל הבסיסי, בקרה על תהליכי השיווק של הביטוחים הפרטיים, איסור שיווק של מוצרים ביטוחיים היוצרים כפל ביטוח, הגבלות על הרכב/תוכן/תנאי הפוליסות ועוד.

■ **החזר ההשקעה** - בנושא מיקסום החזר בגין ההשקעה של המבוטח בביטוחי הבריאות הומלץ על שינוי האופן בו נבחנת התמורה להשקעה של המבוטח בביטוחי בריאות בין השאר על ידי יצירת מדדים נוספים שישקפו את שביעות הרצון של המבוטחים (בעת הרכישה ובעת המימוש) וכן את איכות השירות (מההיבט הקליני ומההיבט הביטוחי). כדי להשפיע על התנהגות המבטח טרם דחיית תביעה, הומלץ בין השאר כי המפקח על הביטוח ישקף לציבור גם את המידע על תביעות שנדחו, וכן את שיעור החלטות שבית המשפט לא קיבל את עמדת חברת הביטוח.

בכל שלושת קבוצות העבודה, כמו גם במהלך הדיונים בכנס, נשמע מגוון רחב של דיעות ועמדות. סיכום זה מתאר בקצרה את עקרי עמדת הרוב. את פירוט כל ההמלצות כמו גם מגוון הדעות הנוספות, ניתן למצוא בגוף העבודות המוצגות בכל אחד מפרקי הספר.

אני רוצה לשוב ולהודות ליו"ר של כל קבוצה, לחברי הקבוצות ולכל משתתפי הכנס שהיו מעורבים פעילים בגיבוש המסמך הסופי, וכמובן לאנשי המכון הלאומי (אליק, זיווה, סיגל וביאנקה) שתרמו להעמדתו המוצלחת של הכנס.

  
**פרופ' גבי בן-נון**  
**יו"ר הכנס**

## השלכות התפתחות הביטוחים הפרטיים<sup>1</sup>

### רוני גמזו

הנושא שנבחר על ידי הנהלת המכון הלאומי לכנס ים-המלח הנוכחי, מקבל אט-אט את התואר של האתגר הגדול ביותר למערכת הבריאות הציבורית וגם את הבעיה הקשה ביותר לטיפול.

נושא הביטוחים הפרטיים מערב את דילמת המימון הפרטי, קלוע לתוך אופן תמהיל האספקה ציבורי/פרטי. יותר מכל אלו - הוא גם קשור לאופן הבקרה והשליטה במערכת. לא אגזים אם אומר - מערכת הבריאות הציבורית כפי שאנו מכירים אותה נמצאת בפני שני עשורים של להיות או לחדול.

לפני כ-50 שנה (1963), פרסם פרופ' קנת ארו (Kenneth Arrow) מאמר חלוצי על מאפייני כלכלת הבריאות עליו הוא קיבל פרס נובל. מאמר זה, אותו למדתי בשקידה, פליאה והנאה לפני כמעט 20 שנה, הוא הבסיס לכל מי שנמצא בעמדת השפעה על מדיניות הבריאות, שכן ללא ההבנה של כללי הכלכלה הייחודיים בתחום הבריאות, ניתן לטעות ולחשוב כי "בריאות היא כמו כל מוצר כלכלי אחר".

מה שמייחד את כלכלת הבריאות הם שלושה כשלי שוק שאיתם צריך להתמודד:

1. קשיחות הביקוש לשירותי בריאות - הביקוש מופיע בפתאומיות, כרוך באיום על שלמות הגוף - וזה אומר שהאדם יבקש את האיכותי ביותר, ומהר - והמחיר פחות חשוב.
2. אי וודאות לגבי המוצר - האבחנה ובעיקר הטיפול אינם ודאיים. אנחנו לא יודעים מספיק. השאלות מהו הטיפול העדיף? איפה הוא איכותי יותר? וע"י מי? אלו שאלות שאין ודאות לגבי התשובה הנכונה. הרופא, צוות המטפלים, המסגרות הרפואיות, המוסדות ואמצעי היצור מכתיבים את הביקוש, כשבקצה השני המטופל ומשפחתו - הם יעשו כמצווה.

1 המאמר מתבסס על הרצאת הפתיחה בכנס של פרופ' רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות.

3. אמצעי היצור - האספקה, במיוחד כוח אדם (ובמיוחד - רופאים), מצויים במגבלה תמידית.

על כל אלה כתב קנת ארו כבר בשנת 1963 ומאז לא הרבה השתנה. וכשמוסיפים למשולש זה את העובדה שמדובר בשירות ציבורי בסיסי שיש למדינה אחריות כבדה על איכותו, הנגישות אליו והחתיירה לשוויון באופן אספקתו - ניתן להבין את גודל האחריות המוטלת על קובעי מדיניות הבריאות.

על המבנה הציבורי, המאורגן והיעיל שהצלחנו ליצור במערכת הבריאות בישראל הוספנו בשנת 1998 משקולת כבדה - את הביטוחים המשלימים. אמר לי מנכ"ל משה"ב בשנת כינון החוק שעל השאלה האם שר הבריאות יאשר לכללית לשווק ביטוח משלים ענה שר הבריאות דאז "על גופתי". אבל כשהיה צריך להגדיל את המקורות הניתנים לקופות החולים ברגעי המשבר והגירעונות של שנת 1998, ניתן לקופות האישור להפעיל ביטוחים משלימים ובעשותנו כן - השתנה השוק.

מאז הביטוחים המשלימים הם לא רק "מוצר מושלם וכדאי" אלא בעיקר אישור לכך שהסל הבסיסי איננו מושלם, ולכן צריך "להשלימו". מתחילת שנות ה-2000 בה רכשו כמחצית מהאוכלוסיה ביטוחים משלימים אנו נמצאים כיום בשיעור של כ-80% מבוטחים. האזרח רוכש בלי הכרה, מבלי לדעת במדויק מה כוללים תכניות הביטוח המשלים מלבד חו"ד שניה ובחירת המנתח. שיעור הרכישה הגבוה אינו מפתיע והוא מונע משיווק מוצלח של הקופות, מחיר יחסית נמוך למוצר, היעדר חיתום ותדמית שגויה של סל ציבורי לא מספק.

יחד עם זאת, לא ניתן להתעלם מהיתרון של הביטוח המשלים: הוא מאפשר לשכבת הביניים את היתרונות הבריאותיים העיקריים של ביטוחי הבריאות תוך יעילות ומומחיות ניהולית של הקופות, המשכיות רפואית למול הסל הבסיסי ובחלק מן המקרים - חיבור של המימון עם האספקה. מוצר העוגן - בחירת המנתח - בביטוח המשלים מאפשר נגישות לזכות חשובה זו לרוב האזרחים במדינה ובמידה רבה מנתב את הצורך הזה לאפיקים מוסדרים, וחוקיים.

את כל אלה היה ניתן להשיג ברצועה ביטוחית אחת, דינאמית, שמעדכנת ומוסיפה זכויות, מעבירה חלקם לסל, מחליפה זכאות ומתאימה את הפרמיה.

במקום זה אפשרנו מערכת דו-רובדית, מסובכת מדי שמדרבנת "מרוץ חימוש" נוסף של מוצרים. שיעור ההוצאות הרפואיות הנמוך שקיים מעודד הרחבת שימושים והוספת מוצרים.

עדיין היתרון של השב"נים עולה על חסרונם: הניהול המימוני של הביטוחים המשלימים נמצא בצד הציבורי של מערכת הבריאות, בפיקוח ציבורי, תוך ניהולם ברוח החוק על סעיפי הליבה שלו- לרבות חלק מעקרונות סעיף 3ד בחוק ביטוח בריאות, מערכת ברור קבילות, בקרה פיקוחית ושקיפות מעמיקה של משרד הבריאות - תוך שמירה מפני אפליה, הטעיית המבוטחים ותוך יצירת כלים שיאפשרו תחרות הוגנת עם ניידות הוגנת בין הקופות. ואולי בעיקר כי הוא מהווה כלי מרסן יעיל כנגד הצורך ברכישת מוצר מסחרי. האומנם?.

נפנה עתה למגרש ביטוחי הבריאות המסחריים: בתחילת שנות ה-2000 שיעור האוחזים בביטוח מסחרי היה 24%, היום הוא 43%, כמעט כפול. כפלי ביטוח היו בעבר כ-13% וכיום השיעור הושלש.

ננסה להבין את התופעה בה כמעט מחצית מהאוכלוסיה רוכש ביטוח בריאות פרטי. נקודת המוצא הצרכנית מתחילה באמונה שהסל הציבורי לא מספיק. עכשיו נשאר לדבר על היתרונות של המסחרי: כל התרופות, כל הרופאים כל החיים, מינימום השתתפות עצמית, פיצוי על אי שימוש. השיווק הפרסומי מנצל כל חולשה ורוכב לעיתים על הפחדה. "רק פה יש תרופות מצילות חיים", "אחד משלושה שיחלה בסרטן יצטרך את הביטוח המסחרי". השיווק ינצל כל חולשה של השב"ן והסל הבסיסי, גם אם זה גובל בהטעייה. קל לשכנע, שכן צרכני הבריאות הם שונאי סיכון.

הצמיחה בביטוחי הבריאות המסחריים מאז 2007 נובעת גם מאופן המכירה הקבוצתי. הביטוח הקבוצתי מאופיין בעלות קבוצתית נמוכה, מעין "מחיר חדירה" זמני למספר שנים שמתחלקים בין העובד, ארגון העובדים והמעביד ולעיתים גם ללא חיתום.

אז מה רע בזה? מדוע לא לתת לאזרח את הקרדיט שהוא פועל בשיקול דעת - זה בדיוק מה שהוא רוצה, הרי הוא בבסיסו שונא סיכון ולא מוכן גם להמתין חודשיים לניתוח החלפת מפרק ולא לדעת מי המנתח שלו.

התשובה לכך היא מורכבת: מי שרוצה להמשיך לטייב את הרובד הבסיסי, ולשמור על איתנותו, חייב להתערב ברובדי הביטוח שמעבר לסל הבסיסי, לבצע מהלכים לא פופלאריים ולהיות, קצת פטרנליסטי ולהתערב בענף הרווי כשלי שוק.

מאפייני הכשל שהוזכרו לגבי שוק הבריאות נכונים גם בנטייה לרכוש ביטוחי בריאות באופן מופרז, לא רק שימושים עודפים. פער המידע וקשיחות הביקוש פועלים על הפרט לא רק בעת רכישת שירות רפואי "מהכיס" אלא גם וביתר שאת - בעת רכישת הביטוח, גם השב"ן וגם המסחרי. הנטייה לרכישת יתר ושימוש יתר מחייב את הרגולטורים להתערב עמוקות ולא להשאיר זאת לחופש המסחר וערך חופש הפרט. להצדקה בהתערבות ישנו גם נימוק נוסף: מגבלת אמצעי היצור. ההרחבה של מימון פרטי איננה חיה בעולם נפרד - סופה להכביד על התפקוד של המערכת הציבורית, איכותה, זמינותה והעלויות שלה - שלא לדבר על העמקת הפערים בבריאות. הרחבת המימון הפרטי מביאה לדחיפה להגדלת האספקה הפרטית וזו במצב רגיל תסיט את אמצעי היצור האיכותיים ותחליש את המערכת הציבורית - זו שתיחלש תהווה דחיפה נוספת להאצת התהליך. הא לכם מעגל רשע שיכול להתרחש בקלות בתוך מערכת הבריאות ולשלוש הרגולטורים של המערכת במשרד האוצר ובמשרד הבריאות ישנו תפקיד מכריע בריסונו של תסריט זה.

חמישה מסרים לי אל הממונה על הביטוח במשרד האוצר:

- שתוף - אגף שוק ההון והביטוח צריך להכיר בעובדה שביטוחי הבריאות שייכים לעולם תוכן מיוחד ודורשים אסדרה זהירה בשים לב להשפעה שלהם על מערכת הבריאות הציבורית. לשם כך יש הכרח לקבל החלטות בתחום תוך התייעצות מתמשכת עם אנשי המקצוע בתוך משרד הבריאות, ודאי בעניין עיצוב המדיניות, עומק הרגולציה והבקרה ואישור מוצרי הביטוחים.

- מדיניות הכסוי - כל שלושת הרגולטורים של ענף ביטוחי הבריאות הפרטיים חייבים לתכנן מחדש את המדיניות בהקשר של עקרונות הפיצוי/שיפוי למול השימושים בביטוחים המשלימים. המצב הקיים היום בו המוצר הביטוחי-מסחרי מעודד שימוש ברובד השב"ן, תוך הענקת פיצוי על אי מימוש, או המצב בו מבוטלת השתתפות עצמית בשב"ן, שנקבעה בין השאר בחוק - ככלי למיתון שימושים - כל אלו יחדיו הם מתכונים בטוחים להגברת שימושים והאמרת עלויות. שינוי בכיוון זה בפוליסות הביטוח המסחרי הוא נכון גם במחיר הגדלת הפרמיות.

■ מדיניות הפיקוח - הממונה חייב לנקוט בקו רגולטורי אקטיבי, מתערב, מבקר ומפקח. אי הוודאות שהוזכרה כאן מספר פעמים בהקשר לתחום הבריאות מחייבת רגולציה מקצועית, קפדנית ודינאמית. זה כמעט בלתי אפשרי ללא אנשי תוכן מתוך מערכת הבריאות. ההסתלקות מהרגולציה, כפי שהתרחשה השנה בנושא ההגדרה של המחלות הקשות - היא הרת אסון. מהלך זה אינו טוב ללקוחות אך גם לא לחברות הביטוח: פסטיבל המוצרים יגדל, הבלבול יגבר ומתוך אי וודאות גם הפרמיות יגדלו.

■ פרסום ושיווק - אופן הפרסום והשיווק של ביטוחי בריאות מסחריים מחייב סדר חדש. יש למנוע כל קמפיין שמשתמש בהפחדה וגובל בהטעיה. יותר מכך, יש להנהיג מדיניות מחמירה בנושא המונעת שימוש של מסרים שליליים המכוונים כלפי סל הבריאות הציבורי ואף כלפי הביטוחים המשלימים; הגם שלעיתים המסר לכשעצמו נכון - ההקשרים מכוונים לחולשה של האזרח בעת קבלת ההחלטה על רכישת מוצר ביטוחי בריאות.

■ מידע - הממונה על הביטוח חייב להנהיג מהפיכה בתחום המידע והשקיפות. פערי הידע בבריאות הגבוהים ממילא, מועצמים כשמדובר בביטוחי בריאות מסחריים: המוצרים מגוונים, דינאמיים ומורכבים. יש לגשר על הפער הן במידע כללי המצליח להשוות בין המוצרים והן במידע אישי, על הביטוחים שלו, החפיפה ביניהם. מדובר בחובה שלנו, קובעי המדיניות במיוחד לאור כפל הביטוח המסיבי בין הביטוח המסחרי לשב"ן.

אגף התקציבים במשרד האוצר שיש לו תפקיד נכבד בעיצוב מערכת הבריאות המרוסנת והיעילה לא עשה את אותה מלאכה בשוק המימון הפרטי וביטוחי הבריאות המסחריים. מה שאגף תקציבים באוצר ידע לעשות כל כך טוב בריסון המימון הציבורי נשכח בהקשר של המימון הפרטי - חצי מערכת מרוסנת עד העצם והחצי שני - אמריקה.... שכחנו את חוק "אמצעי היצור" השלובים. יותר מכך זה היה "שסתום" ללחצי הגידול במימון הציבורי החסר. כיום ברור שהוא ברח לכולנו. זו העת לשקם את הרגולציה בתחום ולרסן גם את המימון הפרטי. ריסון שכזה עובר דרך רגולציה אמיצה, נכונה ובריאה של הביטוחים המסחריים, יתכן גם של הביטוחים המשלימים.

אגף תקציבים במשרד האוצר צריך לבחון מחדש את הצעדים שהוא נוקט בעת חוסר תקציבי: דחיפה למימון פרטי במסגרת השתתפויות עצמיות, ביטול זכאות



מתוך הביטוחים המשלימים והעברת מערכות ציבוריות להפעלה פרטית. כל צעד שכזה מקטין את הלחץ המימוני במערכת הציבורית בטווח הקצר - אך יוצר מנופי ענק להתפתחות "אמריקה סטייל" במימון פרטי. הוצאת התרופות מצילות החיים מהשב"נים הביאה לפריחה ושגשוג במערכת הביטוחית המסחרית. האסטרטגיה של אגף התקציבים חייבת לראות קדימה ולשמור על המבנה הציבורי היעיל, גם אם זה ממשלתי. לדוגמה - הפעלה פרטית של שירותי מרפאה ואשפוז, במקום הפעלה ציבורית - מביאה לפחות שליטה ובקרה על שימושים והגדלת מימון פרטי והעלויות.

גם את עשייתו של משרד הבריאות יש לבחון בביקורתיות רבה: המשרד הוא האחראי העיקרי לכך שקרוב ל-6 מיליון מבוטחים בביטוחים המשלימים לא מכירים כ"כ את מה שהם רכשו מלבד בחירת מנתח וחוו"ד שניה. רובנו איננו מסוגלים להבין את ההבדלים בין המשלימים השונים שלא לדבר על הרבדים השונים הקיימים היום.

משרד הבריאות אחראי לריבוד המורכב והמסובך ויצירת המצב של שני רבדים עם היתרונות והחסרונות שלהם. לכולנו יחד עם זאת ברור שמדובר "במרוץ חימוש" שבצידו הוצאה פרטית של מאות מיליונים. המשרד עשה ככל יכולתו לפקח, לקבל מידע, לאשר כל מוצר, לפקח על פרמיות, השימושים, החיץ למול הסל - אבל נראה במבט לאחור שהתחום המורכב הזה המכיל מעל שלושה מיליארד שקלים, שלא לדבר על שיווק פוליסות הסיעוד - חייב מבנה רגולטורי רחב ומעמיק יותר. העברת מוצרים מהשב"ן לסל כמעט ולא התקיימה, מלבד שינוי המגמה לאחרונה. תוכניות השב"ן היו תחנה סופית - "למה צריך אם זה בשב"ן", נאמר עשרות פעמים בוועדות הסל. לאחרונה אנו רואים שינוי מגמה בנושא.

בסוף שנת 2010 הצבנו את נושא המימון הפרטי הביטוחי במסגרת עמוד האש הראשי של מערכת הבריאות - חיזוק מערכת הבריאות הציבורית. החלטנו לטפל בנושא תוך ביצוע חמש משימות:

1. חיזוק הסל הציבורי
2. ריסון שיעור הביטוחים, הגברת הרגולציה
3. ידע-מערכת זכאות
4. בקרת האספקה הפרטית
5. חיזוק והרחבת האספקה הציבורית

חיזוק הסל הציבורי אומר חיזוקו מהותית ותדמיתית. הוספת מוצרים כגון: שיניים, מכשירי שמיעה, בדיקת שקיפות העורפית. המעבר מהשב"ן לסל הוא בעל משמעות עצומה, תדמיתית ומהותית. תדמית הסל הציבורי נפגעת משלוש סיבות: העומס במערכת הציבורית (תורים ומסדרונות), תקשורת צעקנית על כל מקרה שלא קיבל משהו והלקאה עצמית כרונית. אע"פ שיש בעיות במערכת הציבורית היא בעלת המבנה ראוי להערכה. אזרחי ישראל חייבים את בריאותם הטובה לסל הבסיסי הרחב ולשירותים הניתנים בו במרפאות הציבוריות של הקופות, בבתי"ח הציבוריים ובבריאות הציבור. הרבדים שלמעלה נותנים שברי אחוזים של בריאות "אמריקה סטייל" לא יותר- שלא נטעה.

ריסון שיעור הביטוחים והגברת הרגולציה של כל גורמי האכיפה במשרד האוצר והבריאות. זאת המשימה שלנו ושיתוף הפעולה ביננו הוא חובה.

נושא המידע הוא כישלון גדול של כולנו והתחלנו להקים מערכת שכזו - עד אמצע השנה היא תהיה מוכנה כמנוע השוואה שכולל סל בסיסי, שב"ן ומוצרים ביטוחיים מסחריים. ובאמצעותה נוכל לראות את הכפילויות ולקבל החלטות צרכניות נכונות.

בנושא בקרת האספקה הפרטית וריסונה למדנו להבדיל בין מערכות המבקשות להקים עסק, כי בריאות היום זה עסק כדאי, עם כל כך הרבה מימון פרטי. הגבלנו מסגרות שכאלו, ביטלנו רישיונות גם לבתי"ח שלמים, הפחתנו מיטות פרטיות כשראינו "בית חולים פרטי" שפועל כמרפאה כירורגית, חדרי ניתוח להשכיר לפעולות כדאיות. מדיניות זו לא מקבלת בברכה מסגרות רפואיות מורכבות שמנוהלות כ"חדרי ניתוח להשכיר". בית חולים פרטי צריך להתנהל תחת כל הסטנדרטים של בי"ח ציבורי, אולי אף יותר. הנהלות בתי"ח הללו צריכים להכיר בכך שיש תמריץ כספי החבוי לשימושים עודפים, הם חייבים לבקר זאת במיוחד במערכות שמנגנון "בקרת העמיתים" לא מתקיים. ביה"ח המקיים פעילות פרטית חייב לבחון מעת לעת את מנגנוני ההשתכרות שבו והחשש שהם ישפיעו על שיקולים רפואיים, את מנגנוני חיוב הלקוחות בתשלומים מגוונים לצד הדרך. אם הוא בי"ח ציבורי שמקיים שירות פרטי - האחריות אף גבוהה יותר - ההשלכה האפשרית של הפעילות הפרטית על הזמינות הציבורית מחייבת בקרה קפדנית, גם של המשרד. למרפאה הפרטית ולביה"ח הפרטי ראוי שיהיה מקום גם באספקה של שירות ציבורי בהתאם להסכמים מול הקופות במסגרת הסל. ככל שמרפאה או בי"ח פרטי מנהל את הפעילות שלו בהתאם לסטנדרטים האלו, יתרונותיו למערכת הציבורית העמוסה

עולים על חסרונותיו. כאן למשרד יש חובת פיקוח, בקרה ואסדרה נחושה כדי לשמור את התחום הזה בצד של היתרון.

היעד החמישי הוא חיזוק והרחבת האספקה הציבורית בקהילה ובבתי"ח: בזה ניסנו לטפל בשלוש השנים האחרונות - מיטות אשפוז, רופאים לבתי"ח ולקהילה, יותר יחידות, מכשירים, קביעת סטנדרטים של שירות, איכות, מדידת תורים, הרחבת הפעילות אחה"צ בבתי"ח הציבוריים. אינני יכול לאמר בוודאות שיש פחות חולים במסדרון - את זה נדע בוודאות בסוף השנה - עדיין זהו כתם של המערכת, שעד כה לא הצלחנו למחוק. חלק גדול מהטיפול במימון הפרטי, בשיעור הביטוחים ובאספקה הפרטית - עובר דרך חיזוק המערכת הציבורית, ובשדרה הראשית, מימון נכון של הסל הציבורי, ולא על חשבון מערכת האשפוז. ללא מהלך כזה נשלם את אותו דבר לאחר מספר שנים באינפלציית מחירים בשל "אמצעי היצור השלובים".

אז יש כאן הרבה עבודה ושיתוף הפעולה בין אגף שוק ההון, אגף תקציבים ומשרד הבריאות - הוא תנאי הכרחי לעמידה במשימות אלה.

## מערכת הבריאות, הביטוח המסחרי והשב"ן

עודד שריג

### מבנה מערכת הבריאות בישראל והשפעת השב"ן על התחרות

במדינת ישראל, כמו במדינות רבות בעולם, הגיעו למסקנה שהספקת שירותי בריאות ריכוזית אינה יעילה בגלל העדר תחרות. לכן, המדינה יצרה מערכת של קופות חולים, שמתחרות ביניהן, וקיים סל בריאות שהקופות, כמלכ"ר, מתקצבות ביחס אליו. במערכת שהתפתחה כתוצאה מכך ישנו סל בריאות בסיסי, שניתן בקופות, שב"ן, שניתן על ידי הקופות, וביטוחי בריאות פרטיים, שניתנים על ידי חברות ביטוח.

לאורך השנים, המדינה יצרה מערכת בריאות, שביטוח הבריאות הפרטי הוא חלק חשוב ממנה, כמשלים לביטוח הבריאות שניתן באמצעות המערכת הציבורית.

ייחודיות קופת חולים היא המתקנים והרופאים שאתם היא עובדת, כמו בכל שוק בתחרותי, שבו כל ספק מוכר את שירותיו ומוצריו. לאורך השנים בישראל, במקרים בהם ספקים מתחרים היו מעוניינים להציע שירותים אחד של השני, הממונה על ההגבלים התערב ועצר זאת, כיוון שהדבר פגע בתחרות ביניהם. על אותו משקל, כדי לשמור על התחרות, על הקופות להציע שירותים במתקנים שלהן ועל ידי הרופאים שלהן. בפועל, לא כך הדבר: קופות החולים, במסגרת השב"ן, מספקות גם שירותים שלא ניתנים במתקנים שלהן או שלא באמצעות רופאים שלהן. התוצאה היא צמצום התחרות בין הקופות ויצירת כפל כסויים.

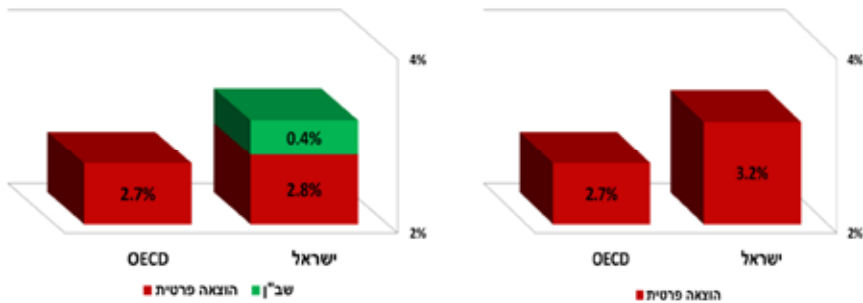
המסקנה היא שטיפול במערכת הבריאות הפרטית בישראל צריך להתחיל בטיפול בשב"ן. כדי שהשב"ן ימלא את תפקידו, כפי שהוגדר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, וכדי למנוע פגיעה בתחרות בין הקופות, על השב"ן להינתן בכל קופה על ידי רופאיה ובמתקניה.

1 המאמר מרכז נקודות עיקריות בהרצאה של פרופ' עודד שריג, המפקח על שוק ההון במשרד האוצר. בהרצאה הוצגו סוגיות הנוגעות למבנה מערכת הבריאות בישראל והשפעת השב"ן על התחרות בה, וכן הוצגה התייחסות לטענות שנשמעות ביחס להוצאה הפרטית על בריאות בישראל, וביחס לכפל ביטוח בין ביטוח מסחרי לשב"ן.

## שיעור ההוצאה הפרטית לבריאות

קיימת טענה שבמדינת ישראל ההוצאה הפרטית לבריאות כחלק מהתמ"ג גבוהה מזו שבמדינות ה-OECD. תרשים 1 מציג את שיעור ההוצאה הפרטית לבריאות כחלק מהתמ"ג<sup>2</sup>, כולל השב"ן. אם בוחנים את מאפייניו של השב"ן, יותר נכון לקשור אותו למערכת הציבורית: הוא ניתן על ידי קופות החולים (שהן כאמור מלכ"רים), מפקח על ידי משרד הבריאות, לא ניתן לסרב למבוטח להיכנס לשב"ן, אין חיתום בכניסה לשב"ן, אין תעריפים או תנאים שונים למבוטחים ספציפיים. למעשה, הגורם היחידי שקושר את השב"ן להוצאה הפרטית הוא יכולת הבחירה שלנו אם להצטרף אליו. מהלוגיקה הזו, ניתן להסיק שהרכבת מהווה תחבורה פרטית, כיוון שהנסיעה בה היא וולונטרית. אם מתקנים את תרשים 1 ומייחסים את השב"ן למערכת הציבורית ולא להוצאה הפרטית, מצטיירת תמונה שונה, לפיה ההוצאה הפרטית בישראל דומה לזו של ה-OECD.

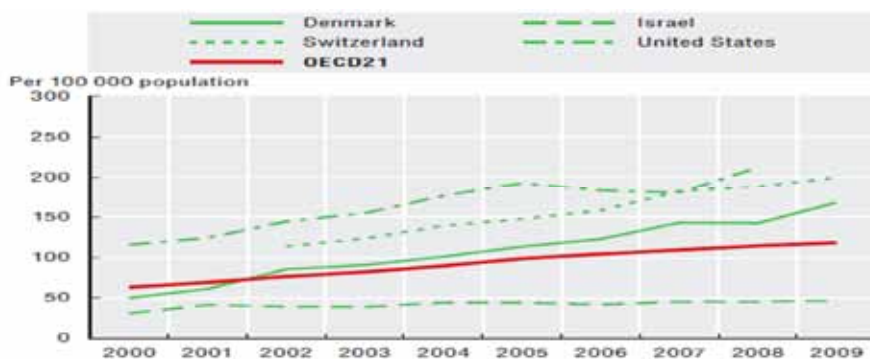
**תרשים 1:** שיעור ההוצאה הפרטית לבריאות כחלק מהתמ"ג



## השפעת הגידול בהוצאה הפרטית על השימושים

טענה נוספת היא שכתוצאה מהגידול בהוצאה הפרטית לאורך השנים נגרמים נזקים של שימוש יתר במערכת הבריאות. תרשים 2, שנלקח מהנייר לדיון של הכנס, מציג את הנתונים לגבי מספר ניתוחים להחלפת ברך למאה אלף איש. פרוצדורה זו נלקחה כמקרה מייצג, אך גם הפרוצדורות האחרות שמובאות בנייר מציגות תמונה דומה.

### תרשים 2: מספר הניתוחים להחלפת ברך למאה אלף איש



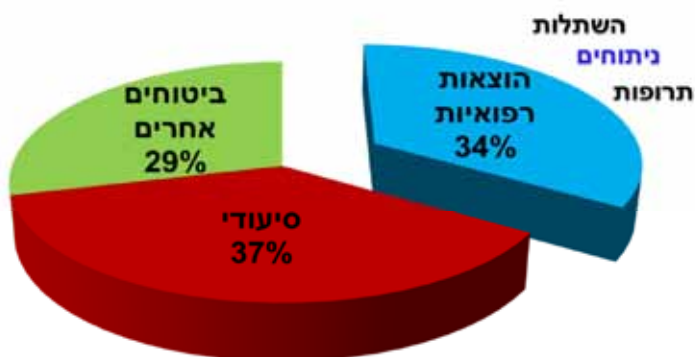
אם בוחנים את מספר ניתוחי החלפת ברך לאורך השנים בישראל לעומת מדינות אחרות ניתן לראות שבכל העולם מספר הניתוחים למאה אלף איש עולה עם השנים, בעוד שב ישראל, למרות העלייה בהוצאה הפרטית, המספר נשאר קבוע. בנוסף למגמה זו ניתן גם לראות שמבחינה כמותית מספר הפרוצדורות בישראל נמוך בהשוואה לעולם.

כלומר, הגידול בהוצאה הפרטית על בריאות לא משפיע על השימוש בשירותי בריאות, בניגוד לטענות שנשמעות.

## כפילות בין הביטוח המסחרי לשב"ן

כדי למקד את הדיון בנושא כפל ביטוחים, נבחנו את מקור הבעיה. תרשים 3 מציג את התפלגות הפרמיות שהתקבלו בחברות ביטוח בשנת 2011. למעט ביטוח הוצאות רפואיות וביטוח סיעודי, חברות ביטוח מציעות גם ביטוחים אחרים, למשל ביטוח המקנה פיצוי בגין גילוי של מחלה קשה, ביטוח לטיפול שיניים, ביטוח רפואי לנוסעים לחו"ל, ביטוח רפואי לעובדים זרים וביטוח המקנה פיצוי בגין נכות.

**תרשים 3:** התפלגות הפרמיות שהתקבלו בחברות הביטוח בשנת 2011



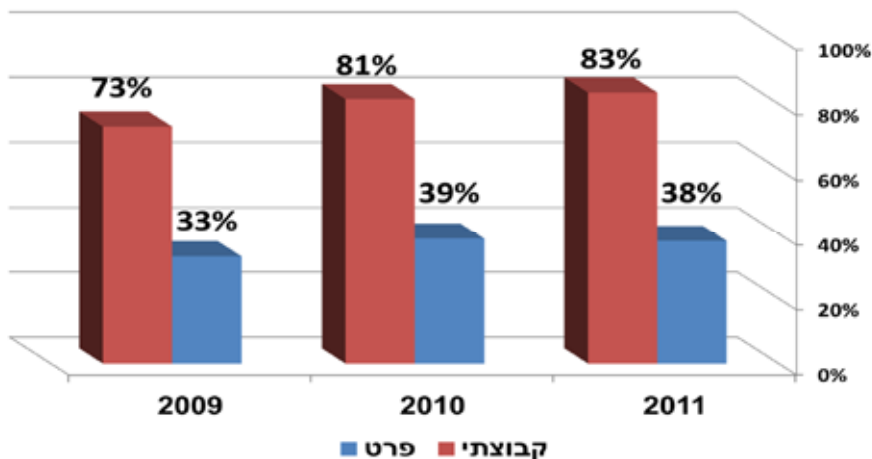
כאשר מדברים על כפילות ביטוחים מתכוונים לכפילות בביטוח הוצאות רפואיות<sup>3</sup>, שבו יש אפשרות לכפל. גם בביטוח הוצאות רפואיות קיימים סוגי ביטוח שלא קיימת בהם כפילות דה-פקטו, למשל תרופות מחוץ לסל שלא נמכרות בשב"ן לפי חוק. כלומר, הבעיה ממוקדת ואיננה מתייחסת לכלל הביטוח הפרטי, אלא לחלק קטן ממנו.

לאחר שמיקדנו את נושא הכפילות, נתמודד עם טענה נוספת לפיה כפילות היא הגורם לשיעור הנזקים הנמוך בביטוח בריאות פרטי שנמכר על ידי חברות ביטוח. תרשים 4 מציג את שיעור הנזקים בשנים 2009 עד 2011 בביטוח הוצאות רפואיות פרט לעומת ביטוח קבוצתי<sup>4</sup>.

3 הפרמיה ברוטו שהתקבלה בחברות הביטוח בשנת 2011 הייתה כ-6.3 מיליארד ₪, מתוכם כ-2.2 מיליארד ₪ בביטוח מסוג הוצאות רפואיות.

4 מתוך דוח הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון לשנים הרלוונטיות.

#### תרשים 4: שיעור הנזקים בביטוח הוצאות רפואיות פרט לעומת ביטוח קבוצתי



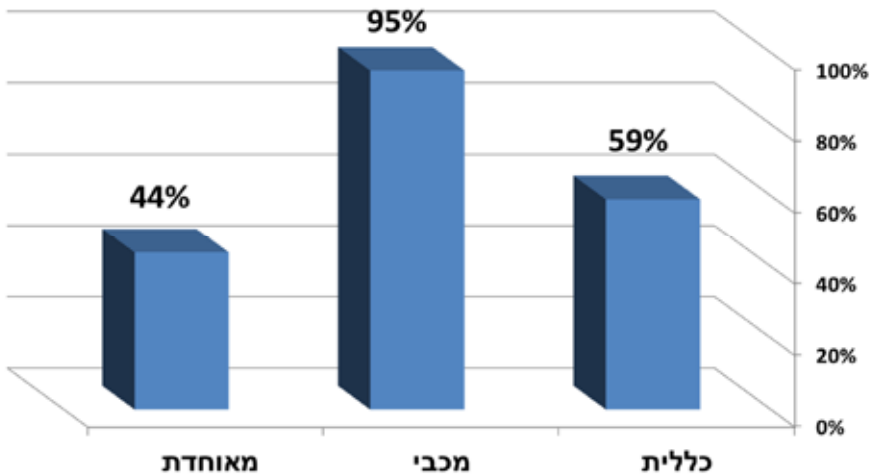
הנתונים שמוצגים בגרף מהווים "ניסוי מבוקר" לטענה שכפילות גורמת לרווחיות עודפת של ביטוחי בריאות פרטיים. הפוטנציאל לכפילות קיים בצורה שווה גם בביטוח הפרטי וגם בביטוח הקבוצתי. אבל, כפי שניתן לראות, שיעור הנזקים בביטוח קבוצתי גבוה בהרבה מזה של הביטוח הפרטי. אם הכפילות הייתה הגורם לשיעור הנזקים הנמוך, היינו רואים שיעור נזקים נמוך גם בביטוח קבוצתי. אבל זה איננו המצב. לכן, לשיעור הנזקים הנמוך בביטוח פרטי יש הסברים אחרים, והכפילות איננה קשורה לשיעור הנזקים הנמוך. הסבר אפשרי הוא, למשל, רמת הוצאות גבוהה באדמיניסטרציה של ביטוחים פרטיים אישיים, שאיננה קיימת בביטוחים קבוצתיים. בראייה כלכלית ניתן לומר, שנתוני שיעור הנזקים בביטוחי בריאות פרטיים קבוצתיים מצביעים על כך, שכאשר יש הטבה, במקרה שלנו - אפשרות למבטח להוריד פרמיה כיוון שחלק מהשירותים ניתנים בשב"ן, היא מתגלגלת בסופו של דבר לצרכן ובאה לידי ביטוי בהורדת פרמיה.



## שב"ן לעומת ביטוח מסחרי

לאחר שהצגנו את שיעור הנזקים בביטוח הפרטי, נציג לצורך השוואה את שיעור הנזקים ברובד העליון של השב"ן<sup>5</sup>:

**תרשים 5:** שיעור הנזקים ברובד העליון של השב"ן



ניתן לראות שברובד העליון של קופת חולים כללית ושל קופת חולים מאוחדת שיעור הנזקים קרוב לביטוח הפרטי מאשר לביטוח הקבוצתי. נכון שבקופת חולים מכבי שיעור הנזקים הוא גבוה מאוד, אך נשאלת השאלה האם מצבו של השב"ן במכבי יאפשר לה להמשיך כך לאורך זמן?

בשנה האחרונה השב"ן של מכבי הפסיד כ-60 מיליון ₪, בעוד שנכסי תכנית השב"ן הם כ-69 מיליון ₪. מנתונים אלו ניתן להניח שהמצב בשב"ן של מכבי לא יישאר ברמה זו לאורך זמן, ויהיה צורך להעלות תעריפים או לצמצם שירותים. נקודה זו היא חשובה, בגלל שהיא מדגישה הבדל מהותי בין הביטוח הפרטי לשב"ן שמשפיע, בין היתר, על שיעור הנזקים.

5 מתוך הדוח הציבורי המסכם של משרד הבריאות לשנת 2011. בקופת חולים לאומית תוכניות השב"ן מקבילות ולא מתנהגות כרבדים (תחתון ועליון) המתווספים אחד על השני.

הבדל מובנה בין הביטוח המסחרי לשב"ן, המשפיע בין היתר על שיעור הנזקים, הוא העובדה שהשב"ן הוא תקנון והביטוח הפרטי הוא פוליסה (חוזה) לטווח ארוך. בביטוח פרטי המבוטח יודע מראש מה יהיו תנאי הביטוח והפרמיות לאורך כל תקופת הביטוח. הוודאות שמקבל מבוטח מהווה סיכון למבטח. לכן, הבטחת פרמיה בפוליסה לכל חייה מחייבת מבטחים לקחת מרווחי ביטחון גדולים, שמשמעותם פרמיה גבוהה למבוטח. מנגד, השב"ן הוא תקנון שמתעדכן לאורך השנים, וניתן לראות שלאורך השנים נכנסים ויוצאים טיפולים מהשב"ן. בנוסף, בשב"ן, תעריפי הביטוח אינם מובטחים לאורך חיי הביטוח. ככל הנראה, זה מה שוודאי יקרה למבוטחי מכבי: שינוי כיסויים, או שינוי תעריפים, או שניהם גם יחד.

## סיכום

הסדרת מערכת הבריאות בישראל צריכה להתחיל עם טיפול בשב"ן. יש להתייחס אל השב"ן כרובד ציבורי וולונטרי, ולהסדיר אותו בהתאם. בראש ובראשונה יש לדאוג שקופת חולים המספקת שירותים בשב"ן תעשה זאת במסגרת המתקנים שלה ועם הרופאים שלה.

לביטוח מסחרי יש ערך מוסף ביחס לשב"ן, וכמקובל בעולם יש לו מקום כחלק ממערכת בריאות מפותחת. היות שלביטוח מסחרי יש מאפיינים שונים מהשב"ן, הרגולציה עליו צריכה להיות שונה. למשל, בעיית הברירה השלילית (adverse selection), שקיימת בביטוח מסחרי הנמכר באופן מודולרי, לא קיימת בשב"ן אשר נמכר כחבילה.

לבסוף, לגבי חפיפה בין רבדי הביטוח, אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון מודע לחששות ולכן הסדיר את הנושא בהוראות מפורשות לגבי חפיפה בין רבדים בתחום הניתוחים. כמוכן, שכחלק מתפקידי הפיקוח, יש לבחון גם את ההנחיות הללו לאורך זמן.



## ביטוחי בריאות פרטיים

נייר רקע<sup>1</sup>

### סקירה על ישראל

שולי ברמלי-גרינברג וניר קידר

#### 1. רקע

שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים (הנקראים לעיתים גם ביטוחי בריאות וולונטריים), מאופיין במספר מאפיינים ייחודיים: בריאות נתפסת כמוצר ציבורי בעל השפעות חיצוניות, אולם, החברה מעוניינת במתן טיפול רפואי לחולים כדי שהללו יבראו, ולא רק כדי שאחרים לא יפגעו. מעורבות גדולה יחסית של המדינה בשוק נתפסת בדרך כלל כרצויה. מידת "האחריות האישית" שהמערכת מצפה מהחולה בעת הצורך תלויה במידה רבה במידה בה היא רואה את תפקיד המדינה במתן הטיפול הרפואי ובמידה בה ההתייחסות ל"בריאות" היא כאל מוצר חברתי ולא רק ציבורי.

לשילוב של ביטוח פרטי לצד הביטוח הממלכתי יש יתרונות וחסרונות אשר נידונים בצורה נרחבת בספרות המקצועית. בין היתרונות המרכזיים: הביטוח הפרטי מאפשר להרחיב את היקף שירותי הבריאות המוצעים במסגרת הסל הציבורי ואת זמינותם, שלא על חשבון התקציב הציבורי, ותורם להגברת התחרות במערכת הבריאות, דבר שיש בו כדי לשפר את איכות השירותים ואת יעילות אספקתם. בין החסרונות המרכזיים: ביטוח בריאות פרטי עלול להפחית את השוויון בקבלת שירותים ולעודד פיתוחן של שתי רמות רפואה, האחת לבעלי אמצעים והאחרת למעוטי יכולת; ביטוחים פרטיים עלולים אף להביא לידי שימוש יתר בשירותים (moral hazard), הגדלת העומס על המערכת וכן הגדלת ההוצאה הלאומית לבריאות. זאת ועוד, בביטוח פרטי עלולים המבטחים להגביל את גישתה של האוכלוסייה לביטוח באמצעות בִּרְת מבטחים בעלי סיכון נמוך לחלות (cream skimming) (להרחבה: כהן וברנע, 1991; אדר, 1993;

1 הפרק מבוסס על אינטגרציה ממספר מאמרים דוחות ומצגות שפורסמו בנושא ע"י המחברים ואחרים ובעיקר על: ברמלי-גרינברג וישראל, 2012; ברמלי-גרינברג וגרוס 2006; ברמלי-גרינברג וגרוס, 2003; ברמלי-גרינברג וגרוס, 1999.

גרס וברמלי, 1996; Evans, 1984; Garfinkel et al., 1987; Shmueli, 1995; Fox et al., 1995; Short & Vistnes, 1992; McCall et al., 1991; Glazer and McGuire, 2009; Glazer & McGuire, 1995).

חוק ביטוח בריאות ממלכתי יצר שינוי מרחיק לכת בשוק ביטוחי הבריאות, והבטיח סל שירותים רחב שלו זכאים כל תושבי המדינה. לצידו של רובד הבסיס זה התפתחו לאורך השנים שני רבדי ביטוח נוספים: שב"ן - שירותי בריאות נוספים ("ביטוח משלים") שמוקרות קופות החולים<sup>2</sup>; ביטוח מסחרי שמוכרות חברות הביטוח<sup>3</sup>. על פניו, השב"ן והביטוח המסחרי הם שני מוצרים שונים אך הם פועלים באותו השוק ובעלי אותו תפקיד. התפקיד בשוק גם של השב"ן וגם של הביטוח המסחרי הוא להרחיב, להשלים ולשפר את הניתן בסל הבסיסי<sup>4</sup>. אולם, בעוד שאת השב"ן מציעות ומנהלות קופות החולים הרי שאת ביטוח הבריאות המסחרי מציעות חברות הביטוח והוא נרכש ישירות מחברות ביטוח מסחריות.

לוח 1 מציג את ההבדלים המהותיים שבין השב"ן לביטוח המסחרי. השב"ן נתפס ע"י רוב הציבור כחלק מהמערכת הציבורית שכן הוא משווק ומסופק ע"י קופות החולים האחריות גם על הספקת שירותי הסל הבסיסי והגוף המפקח עליו הוא משרד הבריאות. לעומת זאת, הביטוח המסחרי איננו ביטוח חברתי ולא חלות עליו הגבלות החלות על הביטוח המשלים (כגון איסור החרגות וחיתום רפואי). הביטוח המסחרי נתפס כמוצר פרטי והגוף המפקח עליו הוא משרד האוצר באמצעות אגף שוק ההון ביטוח וחסכון. להרחבה על הכיסוי הביטוחי ראה לוח 1.א בהמשך.

2 יש לציין כי חלק מקופות החולים נעזרות בחברות ביטוח, על מנת לנהל את תוכניות השב"ן.

3 ביטוח בריאות הוא שם כולל לביטוח המכסה הוצאות רפואיות - כגון: ניתוחים, השתלות, תרופות, הוצאות אשפוז סיעודי, נסיעות לחו"ל ועוד.

4 שירות מרחיב - הטבה נוספת בשירות המכוסה כבר בסל הבריאות הבסיסי, למשל יותר טיפולי הפריה, או כיסוי רחב יותר לניתוחים בחול; שירות משלים - שירות שאינו מכוסה בסל הבסיסי, למשל טיפולי שיניים למבוגרים; שירות משפר - שירות שמכוסה בסל הבסיסי אך ניתן בתנאים משופרים בביטוח, למשל בחירת מנתח פרטי.

**לוח 1: שב"ן לעומת ביטוח בריאות מסחרי, השוואה בין מאפיינים**

	<b>שב"ן</b>	<b>ביטוח מסחרי</b>
<b>הספק</b>	קופות החולים (מלכ"רים)	חברות למטרות רווח
<b>הכיסוי הביטוחי</b>	שירותים בפועל	שיפוי או פיצוי
	אינו כולל ביטוח סיעודי	כולל ביטוח סיעודי <sup>5</sup>
<b>הגבלות על הספק</b>	פוליסות אחידות לכל המבוטחים	מגוון רחב של פוליסות ורבדי פוליסות
	חובה לקבל כל פונה המבוטח בקופה	אין חובה לקבל כל פונה
	אין החרגות לפי מצב בריאות	אפשרות להחרגה ולחיתום רפואי
<b>אכשרה/ המתנה<sup>6</sup></b>	הפרמיה נקבעת לפי גיל בלבד	הפרמיה למבוטח נקבעת לפי הערכת החברה את הסיכון שלו לחלות, ובביטוח קבוצתי - לפי הסיכון הממוצע של הקבוצה
	תקופות אכשרה עד 24 חודשים (אין תקופת אכשרה במקרים של מעבר בין קופות כאשר המבוטח החזיק בשב"ן בקופה הנעזבת)	אין הגבלה על משך תקופת האכשרה
	אין תקופות המתנה*	יש תקופות המתנה*
<b>הגוף המפקח</b>	משרד הבריאות	המפקח על הביטוח במשרד האוצר
<b>סוג ההסכם</b>	תקנון	פוליסה (חוזה)

5 הביטוחים הסיעודיים אינם חלק אינטגרלי מביטוחי הבריאות הפרטיים אלא משווקים כמוצר נוסף אשר עומד בפני עצמו.

6 **תקופת אכשרה** היא תקופה רצופה של חברות בתוכנית שבמהלכה כלול המבוטח בתוכנית, חייב בתשלום דמי הביטוח, אך אינו זכאי לזכויות המפורטות בתוכנית. תקופת אכשרה חלה לגבי כל מבוטח פעם אחת, ותחול מחדש בכל פעם שהמבוטח רוכש את ההסכם מחדש מקופת החולים. תקופת המתנה היא תקופה רצופה המתחילה במועד שאירע מקרה הביטוח, לאחר תום תקופת האכשרה, ומסתיימת במועד הנקוב בפוליסה. אם במהלך אותה תקופת המתנה נמצא המוטב ברציפות במצב המזכה, הרי שלאחריה הוא זכאי לתגמול מהפוליסה. **תקופות המתנה** נהוגות בדרך כלל בפוליסות סיעודיות ומהוות מעין השתתפות עצמית של המבוטח. בתוכניות השב"ן אין קופות החולים רשאיות לקבוע תקופות המתנה.

\* משמעות תקופת האכשרה בתוכניות השב"ן שונה ממשמעות המושג בפוליסות ביטוח בריאות מסחרי. בפוליסות אלה אדם שנזקק לשירות במהלך תקופת האכשרה מוחרג משירות זה גם לאחר תקופה זו. כלומר, הוא אינו זכאי לקבל את השירות לאחר תקופת האכשרה גם אם הוא מכוסה בפוליסה שרכש.

**לוח 1.א:** שב"ן לעומת ביטוח בריאות מסחרי, הכיסוי הביטוח

ביטוח מסחרי	שב"ן
<p>חברות ביטוח מציעות מגוון רחב של כיסויים הקשורים לכיסוי הוצאות רפואיות (כגון, ניתוחים, השתלות, תרופות, הוצאות אשפוז סיעודי, נסיעות לחו"ל וכדומה).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ את מגוון זה של הכיסויים ניתן לסווג לשלושה סוגי כיסויים:</li> <li>• <b>כיסוי מוסף</b> - כיסוי שאינו כלול בסל הבסיסי או בשב"ן, כגון ביטוח סיעודי</li> <li>• <b>כיסוי תחליפי</b> - כיסוי המחליף את השירותים הכלולים בסל הבסיסי או בשב"ן, כגון כיסוי עבור ניתוחים. כיסוי מסוג זה אף מרחיב את השירותים הכלולים בסל הבסיסי, כגון כיסוי עבור השתלות, גם במקרים שאינם מכוסים בסל הבסיסי</li> <li>• <b>כיסוי משלים</b> - כיסוי זה משלים כיסויים הניתנים בסל הבסיסי או בשב"ן. הכיסוי מתבצע באופן הבא - מהתשלום הניתן למבוטח, מקזזים את הזכויות הניתנות לו בסל הבסיסי או בשב"ן. לצורך מימוש הזכויות, יש לפנות גם לקופת החולים וגם לחברת הביטוח.</li> <li>• בפוליסות פרט, כל אדם זכאי לבחור בכיסוי שבו הוא מעוניין. הפרמיות נקבעות על-פי סוג הכיסוי הביטוחי ומת הסיכון האישי-ביטוחי של המבוטח. בפוליסות קבוצתיות חברי הקבוצה רוכשים את הפוליסה כמקשה אחת והפרמיה נקבעת במשא-ומתן בין בעל הפוליסה (נציג הקבוצה) לבין חברת הביטוח.</li> </ul>	<p>נכון להיום קופות-החולים מציעות 8 תוכניות שב"ן אשר מקיפות יותר מ-50 תחומי כיסוי שונים.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ כל תוכנית מוצעת לרכישה כחבילה אחת הכוללת את כל תחומי הכיסוי הכלולים בה.</li> <li>■ בין תחומי הכיסוי המרכזיים שמציעות התוכניות:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• אפשרות לבחור מנתח</li> <li>• קבלת חוות-דעת מרופאים מומחים</li> <li>• השתתפות ברכישת תרופות</li> <li>• השתתפות ברכישת ציוד רפואי לשימוש כרוני ואחר</li> <li>• טיפולי הפריה ובדיקות לנשים בהיריון וליילודים</li> <li>• רפואה משלימה ומענה לצרכים נתפסים (כגון ניתוחים פלסטיים)</li> <li>• טיפולי שיניים ואורתודנטיה, ייעוץ דיאטני ועוד.</li> </ul> </li> <li>■ השירותים הכלולים בשב"ן משתנים מעת לעת, גם ביחס לחברים שכבר הצטרפו לתוכנית, זאת באישור ובפיקוח של משרד הבריאות.</li> <li>■ יש לשים לב כי כל תוכניות השב"ן מכסות שירותים בפועל שניתנים באמצעות הקופה או באמצעות ספקים שהיא קשורה עמם.</li> </ul>

ברוב מדינות אירופה, לצד הביטוח הממלכתי שמבוטחת בו מרבית האוכלוסייה מוצעים לציבור גם ביטוחי בריאות פרטיים במימון משולב - פרטי וציבורי. במדינות אלו בדומה לישראל, משתמשים בכלים להבטחת הנגישות, כגון הגבלות על החרגות בשל מצב רפואי, ביטול האפשרות לדחיית מבוטחים והצבת דרישות לסבסוד צולב בין קבוצות מבוטחים (Gress et al., 2002).

במסמך הנוכחי נציג נתונים פיננסיים על שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל, תמונת המצב הנוכחית, תיאור התפתחויות מרכזיות בשוק מאז 1999 וסקירה בינלאומית על מערכות בריאות בעולם המשלבות ביטוח בריאות פרטי עם ממלכתי/ציבורי.

## 2. הביטוח המשלים (שב"ן) - התפתחות מדיניות מאז 1999

בסעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע כי "קופת חולים רשאית להציע לחברה תוכניות לשירותי בריאות נוספים שאינם כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה (להלן - תוכנית לשירותים נוספים), בין בעצמה ובין באמצעות חברה-בת בשליטה מלאה; תוכנית לשירותים נוספים, וכל שינוי בה, טעונים אישור שר הבריאות". בסעיף 21 הודגש: "קופת החולים תיתן לכל מי שהיא אחראית כלפיו את כל שירותי הבריאות שהוא זכאי להם לפי חוק זה, בין בעצמה ובין באמצעות נותני שירותים, ללא כל הפליה, ולא תתנה מתן שירותים הכלולים בסל השירותים שלה בהצטרפות או בחברות בתוכנית לשירותים נוספים".

בחוק ההסדרים 1998 נקבעו תקנות מפורטות לגבי אופן הפעלת תכניות הביטוח המשלים. תקנות אלה קובעות כי קופות-החולים ינהלו בעצמן תכניות של ביטוח משלים (שנקראות מעתה "שירותי בריאות נוספים" - שב"ן), ולא דרך חברת ביטוח<sup>7</sup>. עם זאת, נקבע כי לא ייתן ביטוח סיעודי מתוקף השב"ן אלא רק מטעם חברות ביטוח מסחריות, שכן להפעלתו נדרשות עתודות אקטואריות<sup>8</sup>. הוראות החוק קבעו עוד כי

7 לפני 1998, שירותי בריאות כללית וקופת-חולים לאומית הפעילו את תכניות הביטוח המשלים שלהן באמצעות חברות ביטוח, שתי הקופות האחרות הפעילו את תכניות הביטוח המשלים שלהן בעצמן.

8 נושא הביטוח הסיעודי לא יוצג ולא יידון במסמך הנוכחי.



תוכניות השב"ן תכסינה שירותים בפועל שיינתנו באמצעות הקופה או באמצעות ספקים שהיא קשורה עמם, אך לא תהיה בו אפשרות לפיצוי כספי.

תקנות נוספות בחוק נועדו לקדם את השוויון בנגישות השב"ן לכלל האוכלוסייה. כך נקבע כי קופה המציעה תוכנית שב"ן לחבריה אינה רשאית לברור את המצטרפים לפי מצב בריאותם. כמו-כן נקבע כי אין להגביל את זכויותיהם של המצטרפים (החרגה בכיסוי), למעט מתוקף תקופות אכשרה<sup>9</sup> סבירות, ואין להפלות בין עמיתים בתוכנית. נקבע עוד כי תשלום הפרמיה לא יותאם לסיכון האישי של המבוטח אלא רק לגילו, ועדיין נשמר הסבסוד ההדדי בין קבוצות הגיל. חשוב לציין כי לפני 1998 ביצעו כל תוכניות הביטוח המשלים חיתום רפואי לפני ההצטרפות, ובכולן היו החרגות על מצב רפואי קודם. כמו-כן, בתקנוני הקופות עד אז נקבע כי הן בעלות שיקול דעת בקבלת מבוטחים לתוכניות הביטוח המשלים, ובפרט - כי הן רשאיות לדחות מבוטחים מפאת גילם או מצבם הרפואי.

כדי להבטיח את יציבותן הפיננסית של התוכניות נקבע בחוק ההסדרים מ-1998 כי תוכניות השב"ן ינוהלו כמשק כספי נפרד מהסל הבסיסי, וכך נאסר על קופות החולים להעביר כספים המיועדים למימון הסל הבסיסי לתוכניות אלו. עוד נקבע כי הגורם המפקח על תוכניות השב"ן לא יהיה המפקח על הביטוח במשרד האוצר כי אם משרד הבריאות, שכן התוכניות לא הוגדרו כפוליסות "ביטוח" אלא כתוכניות "שירותי בריאות נוספים" (להרחבה על חוק ההסדרים 1998 ועל הקווים המנחים שפרסם משרד הבריאות בעקבותיו, ר' ברמלי-גרינברג וגרוס, 2003).

בשנת 2002 פרסם משרד הבריאות תקנות להסדרת ההתחשבות בין תוכניות השב"ן לסל הבסיסי. נקבע כי תוכניות השב"ן ישלמו לסל הבסיסי על שימוש במתקני הקופה ובצוות הרפואי והניהולי (לדוגמה, בעבור בחירת רופא/מנתח). הסדרת שיטת ההתחשבות כללה גם תיקון רטרואקטיבי בדוחות הכספיים של קופות החולים לגבי "עודפי" תוכניות הביטוח המשלים.

במסגרת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), התשס"ח 2007, הוכנס תיקון לסעיף

10 לחוק ביטוח בריאות, לפיו התוכניות לשירותי בריאות נוספים של קופות החולים לא יכללו כיסוי לתרופות מצילות חיים ולתרופות מאריכות חיים וכן נאסר לקופות החולים להציע ניתוחים פרטיים, ללא גבייה של השתתפות עצמית. הרציונל מאחורי ההחלטה הראשונה היה כי מקומן של תרופות מצילות ומאריכות חיים הינו בסל הציבורי הרחב וכי הכללתן בתוכניות השב"ן יוביל להקטנת הלחץ לעדכון סל שירותי הבריאות ולהגדלת אי-השוויון בבריאות. מן הצד השני, הועלו טענות כי ביטול האפשרות של קופות החולים לשווק תרופות מצילות ומאריכות חיים בשב"ן יביא לגידול בפנייה לרכישת שירותים אלו בביטוחים המסחריים. מטרתו של הצעד השני, גביית השתתפויות עצמיות עבור ניתוחים פרטיים, הינה להפחית במידת מה את תופעות הלוואי של כשל השוק "סיכון מוסרי"(צריכה עודפת), זאת באמצעות ההשתתפות עצמית לניתוחים הפרטיים.

במהלך השנים חלו מספר שינויים בתוכניות השב"ן. בשנת 2007 שירותי בריאות כללית פתחה רובד חדש של השב"ן - תוכנית ה"פליטנום". תוכנית זו מציעה למבוטחים ברובד הנמוך של השב"ן סל רחב ומקיף יותר של שירותים בתמורה לגידול בתשלומי הפרמיה. בשנת 2012, ביטלה מכבי שירותי בריאות את האפשרות להצטרף לרובד הנמוך של תוכנית השב"ן שלה "מגן כסף" והחלה לשווק רק את הרובד העליון "מגן זהב". במהלך השנים חלו שינויים נוספים בזכויות של המבוטחים כאשר מספר שירותים נוספים הוכללו בתוכניות השב"ן. בשנים האחרונות, לאור הכללת שירותי בריאות השן לילדים בסל שירותי הבריאות, מפסיקות קופות החולים להכליל נושא זה בתוכניות השב"ן.

לפי הנחיות משרד הבריאות, קופות החולים אינן רשאיות לקבוע בתוכניות השב"ן תקופות אכשרה ארוכות מ-24 חודשים. לאחר תקופת האכשרה זכאי המבוטח לכל השירותים הניתנים בתוכנית בלי כל החרגות או הגבלות. תקופות אלו חלות על חברים ותיקים בקופה שהחליטו להצטרף לתוכנית השב"ן של הקופה. לנוכח המגבלות שהוטלו על תוכניות הביטוח המשלים, ובעיקר קבלת כל פונה החבר בקופה ואיסור החרגה, נועדו תקופות האכשרה למנוע מצב של הצטרפות לשב"ן רק בעת הצורך ולהבטיח יציבות, רווחיות ופרמיה סבירה לתוכניות.

ב-2009 שונה חוק ביטוח בריאות ממלכתי ונקבע כי לגבי מבוטחים חדשים לקופה, אשר עברו קופה ורוצים להצטרף לתוכנית השב"ן של הקופה החדשה, לא חלות תקופות אכשרה במידה והיו חברים בתוכנית השב"ן של הקופה הקודמת מאותו

הרובד אליו הם רוצים להצטרף. שינוי זה נקבע כדי למנוע את המצב בו תקופות האכשרה יהוו גורם מרתיע בהחלטתם של מבוטחים לעבור בין הקופות.

### 3. ביטוח הבריאות המסחרי - התפתחות מדיניות מאז 1999

הרובד השלישי בשוק ביטוחי הבריאות בישראל הוא הביטוח המסחרי. פוליסות הביטוח המסחרי נרכשות ישירות מחברות הביטוח המסחריות ומציעות כיסוי לשירותי בריאות שונים. הביטוח המסחרי נתון לפיקוחו של המפקח על הביטוח במשרד האוצר, הבוחן את הוגנות התוכניות ואת יציבותן הפיננסית של חברות הביטוח. ב-1995 הונהגו שינויים להסדרת השוק גם במדיניות הנוגעת לביטוחי הבריאות המסחריים. ענף הביטוח הכללי באגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון של משרד האוצר (המפקח על הביטוח), קיבל עליו בשנים האחרונות לגבש ולהסדיר מדיניות פיקוח כוללת בנוגע לענף ביטוחי הבריאות. להלן סקירה קצרה של פעילות המפקח על הביטוח בתחום ביטוחי הבריאות<sup>10</sup>.

עד 2005 התמקד המפקח בהסדרת הביטוחים הסיעודיים. בביטוחי הבריאות נקבעו כללים להרחבת הגילוי הנאות הניתן למבוטח בעת ההצטרפות לביטוח ובמהלך תקופת הביטוח (2001); נקבעו הגדרות מינימום של מחלות בביטוח מחלות קשות, נחתמו תקנות המגבילות את תוקף הסייג הנוגע למצב רפואי קודם בכל הפוליסות לביטוח בריאות (2003); ופרסומו הנחיות סופיות בעניין עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות למבוטחים קיימים (2005).

ב-2005 החל המפקח בתהליך **הסדרת ביטוח התרופות**<sup>11</sup>, אשר לקח כשנתיים. כחלק מההסדרה בוצעו שתי פעולות: 1. נקבעו הגדרות מינימום לביטוח תרופות<sup>12</sup>;

10 יש לשים לב כי פעילות רבה של המפקח נעשתה בתחום ביטוחי הסיעוד (פרטי וקבוצתי) אשר לא מוזכרים בסיכום זה.

11 ביטוח תרופות הוא ביטוח אשר במסגרתו ניתן מימון לתרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות הבסיסי.

12 הגדרות מינימום לביטוח תרופות: במסגרת הגדרות אלו נקבע, בין היתר, כי פוליסות לביטוח תרופות יתנו כיסוי לתרופות אונקולוגיות והמטו-אונקולוגיות המוגדרות כ-OFF LABEL. כלומר, ההנחיות קבעו כי בפוליסות יינתן כיסוי לאותן תרופות שאושרו בישראל, בארה"ב או במדינות מערביות אחרות; אך לא להתוויה הרפואית הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שמאמרים בספרות המקצועית או מחקרים מוגדרים מראש קבעו כי יש תועלת בשימוש בתרופות האמורות לשם טיפול במצב רפואי דומה.

2-1. ניתנה הבהרה כי המפקח לא יאשר תוכניות ביטוח הכוללות כיסוי של תרופות מצילות ומאריכות חיים לחברי קופות החולים במסגרת **ביטוח קבוצתי**. הבהרה זו ניתנה כתגובה לתיקון סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי שהוזכר לעיל וקבע כי תוכניות השב"ן לא יכללו כיסוי לתרופות מצילות ומאריכות חיים. ב-2010 הודיע המפקח לחברות הביטוח כי הוא אוסר עליהן להפלות בין חברי קופות החולים בכל הקשור למתן הטבות ברכישת **ביטוח תרופות פרטי**. המפקח הדגיש כי על חברות הביטוח להפעיל מודל שיווקי אחיד לחברי כל קופות החולים, ללא העדפה לחברי קופת חולים מסוימת. בנוסף, הבהיר המפקח לחברות הביטוח ולקופות החולים כי אסורה כל מעורבות של קופות החולים במכירת ביטוח תרופות פרט לחבריהן ואסורה כל פעילות של תיווך בביטוח.

עניין נוסף שניסה המפקח להסדיר בשנים אלו הוא עניין **כפל הביטוח** שבין הביטוח המסחרי לתוכניות השב"ן. עיקר הכפל הוא בכיסוי התחליפי בפוליסות ניתוחים פרטיים, ועל כן פרסם המפקח הנחיות המחייבות את חברות הביטוח מ-2007 להציע למבוטח במועד ההצטרפות לביטוח בריאות המקנה החזר הוצאות בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל "מהשקל הראשון", אפשרות לרכוש תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי המשלים את הכיסוי שניתן ע"י תוכניות השב"ן עבור ניתוחים פרטיים בישראל ("משלים למשלים").

במהלך שנת 2008 פורסמה טיוטת תקנות להפעלת **ביטוחי בריאות קבוצתיים**<sup>13</sup>. בטיטה נקבע בין היתר, הוראות בעניינים הבאים: 1. הגדרת בעל הפוליסה וחובותיו; 2. תנאי הצטרפות לביטוח הקבוצתי; 3. חידוש תקופת הביטוח; ו-4. הנחיות נוספות להסדרת זכויות המבוטחים. ב-2009, התווספו גם הוראות לעניין היקף המידע המינימלי שעל חברת הביטוח למסור לבעל פוליסה כולל מתכונת הדיווח והמועדים שבהם יש להעביר מידע.

נראה כי גם סוגיית **המידע** העסיקה את המפקח בשנים האחרונות. למשל, נקבעו הנחיות בדבר מתן המידע שעל חברות הביטוח למסור בנוגע לתגמולי הביטוח המשולמים בפוליסות (2007); במהלך שנת 2009 פורסם מסמך המשווה בין פוליסות

13 ביטוח בריאות קבוצתי נערך בין חברת ביטוח לקבוצת מבוטחים באמצעות בעל פוליסה. בעל הפוליסה מנהל משא ומתן עם חברת הביטוח על תנאי הפוליסה הקבוצתית שהיא, בדרך כלל, בעלת כיסוי רחב ודמי ביטוח נמוכים ביחס לפוליסת פרט דומה.

לביטוח בריאות מסוג פרט, אשר הכיסוי העיקרי בהן הוא בגין ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל ואשר התשלום למבוטח בגין ביצוע הניתוח הוא מסוג שיפוי<sup>14</sup>; במהלך שנת 2009 גם עודכנו הוראות חוזר דיווח שנתי למבוטחים בביטוח בריאות. במסגרת העדכון הוספו בין היתר קריטריונים שלפיהם המבטח נדרש לדווח וכן עודכנו המונחים הנדרשים במילון המושגים הנלווה לדיווח.

פרט לפעולות שהוזכרו לעיל, המפקח על הביטוח עסק גם בפוליסות המכסות ביצוע השתלות בחו"ל (והתאמתן לחקיקת חוק השתלת איברים התשס"ח 2008), חבות חברת ביטוח למתן כיסוי לתרופות הניתנות במהלך ביצוע ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים, פעילות בתחום הביקורת והאכיפה ועוד. בשנתיים האחרונות מוקד העבודה של המפקח הוא בניית מודל חדש לתמחור פוליסות ביטוח סיעודי.

יש לציין כי למרות צמיחתם של ביטוחי הבריאות בשנים האחרונות, והפעילות הענפה של המפקח בתחום, עדיין לא הוגדר ענף ביטוחי הבריאות כענף נפרד, והדיווח על פעילותן של חברות הביטוח בתחום ביטוחי הבריאות נחלק בין ענף ביטוח החיים לבין ענף הביטוח הכללי. התייחסות אל ביטוחי הבריאות כאל ענף נפרד עשויה לסייע בידי המפקח באיסוף נתונים אקטואריים ובפיקוח על הוגנות הפרמיות. כמו כן, בשנים האחרונות פרסם המפקח על הביטוח מספר חוזרים אשר עוסקים באסדרה של ביטוחי הבריאות הפרטיים. בין היתר פרסם הממונה טיוטת חוזר אשר קובעת כי הוא לא ידרוש לאשר מראש פוליסות ביטוח חדשות וטיוטת חוזר אשר מאפשרת לכל חברת ביטוח להגדיר את הרשימה והתוכן של המחלות המופיעות בפוליסות מסוג "מחלות קשות". אולם טיוטות אלו עדיין לא אושרו סופית.

14 את ההשוואה המלאה אפשר למצוא באתר האינטרנט של אגף שוק ההון בכתובת: <http://ozar.mof.gov.il/hon/2001/insurance/surgery.asp>

#### 4. מאפייני בעלי תוכניות השב"ן והביטוח המסחרי<sup>15</sup>

**4.1 התפתחות שעורי הבעלות על תוכניות השב"ן והביטוח המסחרי מאז 1999**  
 בעשור האחרון חלה התפתחות משמעותית בשעורי הבעלות על שני סוגי הביטוחים (לוח 2). שיעור הבעלות על תוכניות השב"ן גדל ב-2012 לעומת 1999 בכ-59% (ו-30 נקודות האחוז); כך שב-2012 לכשמונים אחוזים מהאוכלוסייה הבוגרת יש תוכנית שב"ן מסוג כלשהו. למרות זאת, נשים לב כי מגמת העלייה בשעורי הבעלות נעצרה<sup>16</sup>.

לוח מס. 2 מציג את התפתחות שיעור המבוטחים בתוכניות השב"ן לאורך השנים מתוך כלל האוכלוסייה (כולל ילדים ומשפחות):

**לוח 2: שיעור המבוטחים בתוכניות השב"ן מתוך כלל האוכלוסייה: 2011-1999**

2011	2009	2007	2005	2003	2001	1999	
74	74	73	70	68	61	46	<b>ביטוח משלים</b>

\* מקור: מידע מנהלי של משרד הבריאות; נתוני כלל האוכלוסייה (כולל משפחות וילדים).

לגבי הביטוח המסחרי, גם כאן נצפתה מגמת עלייה בשיעור הבעלות מאז 1999 אם כי בשיעור נמוך יותר (מאז 1999 שיעור הבעלות על הביטוח המסחרי גדל ב-79% ובתשע עשרה נקודות האחוז). למרות זאת, יש לשים לב כי בעוד מגמת העלייה בשעורי הבעלות של השב"ן נדמה שנעצרה הרי מגמת העלייה של הביטוח המסחרי חודשה שוב בשנים האחרונות. גם שיעור האנשים שיש ברשותם את שני המוצרים (שב"ן ומסחרי) גדל בצורה משמעותית מאז 1999. כמו כן, לרוב מבוטחי הביטוח מסחרי יש גם שב"ן (91% מאלו שיש להם ביטוח מסחרי יש להם גם שב"ן).

15 אם לא צוין אחרת, כל הנתונים המוצגים בפרק זה הם מתוך סקרי האוכלוסייה של מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

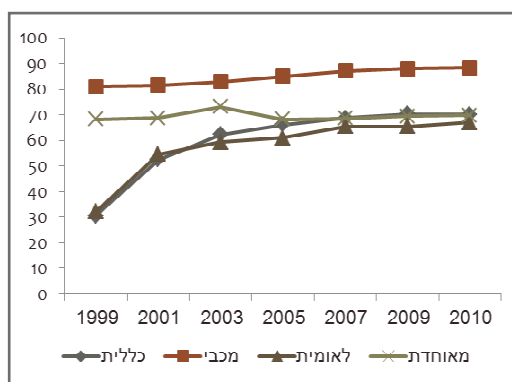
16 יש לשים לב! כי נתוני סקרי האוכלוסייה הם נתונים המייצגים את האוכלוסייה הבוגרת מגיל 22. על תוכניות השב"ן יש נתונים לגבי כל האוכלוסייה מדוחות משרד הבריאות, למרות זאת מוצגים כאן נתוני סקרי האוכלוסייה וזאת משני טעמים, האחד לצורך השוואה עם ביטוח הבריאות המסחרי והשני לצורך ניתוח והעמקה לפי מאפיינים שונים. בדיקה של הגילאים המתאימים מעלה ששעורי הבעלות בסקרי האוכלוסייה דומים לשעורי הבעלות בקרב הבוגרים לפי הנתונים המנהליים.

**לוח 3:** שיעור הבעלות על ביטוח בריאות פרטי מתוך האוכלוסייה הבוגרת; לפחות רובד אחד של שב"ן

2012	2009	2007	2005	2003	2001	1999	
81	81	80	79	73	64	51	<b>ביטוח משלים</b>
43	35	32	34	35	26	24	<b>ביטוח מסחרי</b>
39	32	28	31	28	20	13	<b>ביטוח משלים ומסחרי</b>

כאשר בוחנים את הקשר שבין שיעורי הבעלות על תוכניות השב"ן לחברות בקופה (גרף 1; נתונים מנהליים) מוצאים כי בקרב מבוטחי מכבי שיעור הבעלות על השב"ן הגבוה ביותר (88% ב-2010), שיעור זה היה גבוה גם ב-1999. העלייה הגבוהה ביותר בשיעורי הבעלות נצפתה בקרב מבוטחי כללית ולאומית, אשר התחילו ב-1999 עם שיעור נמוך יחסית הקרוב ל-30% ועלו ל-70% בקרב מבוטחי כללית ול-67% בקרב מבוטחי לאומית. שיעורי הבעלות הנמוכים של קופות אלו ב-1999 קשורים כנראה לכך שלאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995 כללית ולאומית עברו להפעלת תוכניות הביטוח המשלים שלהן באמצעות חברות ביטוח וחזרו להפעיל בעצמן לאחר החלת חוק ההסדרים ב-1998. לעומתן, מכבי ומאוחדת המשיכו להפעיל את תוכניות הביטוח המשלים שלהן בעצמן גם לאחר 1995.

**גרף 1:** שיעורי הבעלות על תוכניות השב"ן לפי קופה 1999-2009



\* מקור: מידע מנהלי של משרד הבריאות; נתוני כלל האוכלוסייה (כולל משפחות וילדים).

הקשר בין בעלות על ביטוח מסחרי וחברות בקופה קשור במידה רבה גם למאפיינים הסוציו-כלכליים של מבטחי הקופות. בקרב מבטחי מכבי ומאוחדת שעורי הבעלות על הביטוח המסחרי גבוהים יחסית משעורי הבעלות בקרב מבטחי כללית ולאומית (ב-2009; 39% ו-36% לעומת 24% ו-29% בהתאמה). מכיוון שלרוב בעלי ביטוח מסחרי יש גם ביטוח משלים של הקופה שלהם נראה שבקופות מכבי ומאוחדת יש ליותר משליש מהמבטוחים כיסוי רחב של ביטוח בריאות פרטי (מעבר לסל הבסיסי). הכיסוי הרחב בא לידי ביטוי גם בשעורי הבעלות לפי הרבדים השניים של התוכניות (לוח 4).

**לוח 4:** בעלות על ביטוח משלים לפי קופה ולפי הרבדים מתוך כלל האוכלוסייה\*

לאומית #			מאוחדת			מכבי			כללית			
2010	2009	2008	2010	2009	2008	2010	2009	2008	2010	2009	2008	
7	6	6	69	68	68	86	86	85	69	69	70	<b>רובד תחתון</b>
60	60	59	35	32	27	84	83	82	21	16	10	<b>רובד עליון</b>

\* מקור: הדוחות הציבוריים המסכמים על תוכניות השב"ן של קופות החולים לשנים 2008-2010.  
# בלאומית תוכניות השב"ן מקבילות ואינן מתנהגות כרבדים המתווספים אחד על השני.

מלוח 4 עולה כי כמעט לכל מבטחי מכבי המבטוחים בתוכנית השב"ן של הקופה יש גם את הרובד השני של הביטוח (מכבי מגן זהב) עובדה זו מייחדת את מכבי לעומת הקופות האחרות. במאוחדת רק ל-35% יש את הרובד השני (מאוחדת שיא) ובכללית נכון ל-2010 רק לחמישית מהמבטוחים יש את הרובד השני (כללית פלטינום). יש לזכור כי הקופה החלה בשווק התוכנית "כללית פלטינום" רק ב-2007 וזוהי תוכנית חדשה יחסית. לגבי לאומית, תוכניות השב"ן מקבילות ולא מתנהגות כרבדים (תחתון ועליון) כמו בשאר הקופות.

כפי שהוזכר לעיל, בביטוח המסחרי יש שני מוצרים מרכזיים: ביטוח פרטי הנמכר ע"י חברות הביטוח לפרטים; וביטוח קבוצתי הנמכר ע"י חברות הביטוח לקבוצות המשמשות כבעל הפוליסה. לאורך כל השנים ניתן לראות כי ליותר ממחצית מבעלי ביטוח מסחרי יש ביטוח בריאות קבוצתי (לוח 4). המגמה הנצפית מהלוח היא של ירידה מאז 2003 בשיעור בעלי ביטוח קבוצתי מתוך סך בעלי ביטוח בריאות מסחרי.



מכיוון שבשנים אלו שעור בעלי הביטוח המסחרי כמעט ולא השתנה (לוח 1) נראה כי חלה ירידה בנתח השוק של הביטוח הקבוצתי. מעניין יהיה לראות את ההתפתחות בשנים האחרונות לאור העלייה בשיעור הבעלות הכללי על ביטוח מסחרי (41% ב-2012).

**לוח 5:** בעלות ביטוח קבוצתי מתוך בעלי ביטוח מסחרי 1999-2009  
(באחוזים מתוך סך בעלי ביטוח מסחרי)

בעלי ביטוח מסחרי						
2009	2007	2005	2003	2001	1999	
52	56	57	61	55	58	<b>ביטוח קבוצתי</b>

\* מקור: נתוני מכון ברוקדייל בקרב אוכלוסייה הבוגרת.

#### 4.2 מאפיינים של בעלי ביטוח בריאות פרטי לאורך זמן

בלוח 6 מוצגים שעורי הבעלות על ביטוח בריאות פרטי (שב"ן ומסחרי) לפי מאפייני רקע שונים לאורך זמן. מהניתוח עולה כי לאורך השנים נשמר פרופיל בעלי השב"ן כך ששיעור הבעלות גבוה יותר בקרב השכבות החזקות יותר באוכלוסייה (צעירים מגיל 65, בעלי השכלה גבוהה והכנסה גבוהה ודוברי עברית). אולם, במקביל אנו צופים במגמת גידול של שעורי הבעלות על שב"ן בקרב השכבות החלשות. זאת ועוד, בעוד ששיעור הבעלות על שב"ן באוכלוסייה הכללית כמעט ולא השתנה בין השנים 2007 ל-2009 אנו רואים גידול בשעורי הבעלות בקרב בני 65+, דוברי ערבית, אנשים הגרים בבאר שבע ובדרום ואנשים בעלי השכלה יסודית ומטה. בדומה לפרופיל בעלי שב"ן, פרופיל בעלי ביטוח מסחרי גם נשמר לאורך השנים כך ששיעור בעלי הביטוח המסחרי גבוה יותר בקרב השכבות החזקות יותר באוכלוסייה (צעירים עד גיל 65, בעלי השכלה גבוהה והכנסה גבוהה ודוברי עברית). אולם, בשונה מהבעלות על שב"ן, כאן אנו צופים במגמת גידול של שעורי הבעלות על הביטוח המסחרי בעיקר בקרב השכבות החזקות. זאת ועוד, בין השנים 2005 ל-2009 אנו רואים ירידה בשעורי הבעלות בקרב דוברי ערבית, תושבי חיפה והצפון, אנשים בעלי השכלה יסודית ומטה וחמישון תחתון<sup>17</sup>.

17 כל הממצאים שצוינו כאן מתקיימים גם לאחר פיקוח רב משתני בכל אחת מהשנים הנבדקות.

**לוח 6:** בעלות על תוכניות שב"ן וביטוח מסחרי לפי מאפייני רקע, 2009-1999  
(באחוזים מכלל בני 22 ומעלה)

מסחרי						בעלות על שב"ן						
2009	2007	2005	2003	2001	1999	2009	2007	2005	2003	2001	1999	
35	32	34	35	26	24	81	80	79	73	64	51	<b>סה"כ</b>
21	17	18	19	12	18	80	73	67	61	58	34	גיל 65+
41	36	40	39	30	24	86	89	89	84	74	60	דוברי עברית
16	18	21	26	14	17	63	53	47	42	40	32	דוברי ערבית
30	24	32	33	21	26	70	73	69	66	53	46	אזור מגורים: ירושלים
27	26	31	37	24	21	77	76	72	66	59	44	אזור מגורים: חיפה והצפון
39	37	38	35	27	25	83	85	85	75	70	59	אזור מגורים: מרכז ות"א
40	30	33	35	29	23	86	78	80	75	66	53	אזור מגורים: ב"ש והדרום
7	8	13	16	9	13	62	57	64	53	48	33	השכלה: יסודית ומטה
39	38	41	41	31	28	83	84	81	77	69	58	השכלה: על תיכונית ואקדמאית
17	10	15	21	12	11	66	62	59	53	45	31	הכנסה לנפש: חמישון תחתון
57	54	53	52	45	35	86	92	87	84	80	72	הכנסה לנפש: חמישון עליון

### 4.3 הקשר שבין בעלות על ביטוחי בריאות פרטיים למשתני מצב בריאות

בפרק זה נציג את ההתפלגות לאורך זמן של שעורי הבעלות על ביטוח בריאות פרטי לפי משתני מצב בריאות. שני משתנים מייצגים את מצב הבריאות של הפרט: מחלה כרונית והערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות.

**מחלה כרונית:** מלוח 7 עולה כי עם השנים חלה עלייה בשעורי הבעלות על שב"ן בקרב החולים הכרוניים, לעומת יציבות בשעורי הבעלות בקרב הבריאים מאז 2005. התמונה שונה בבעלות על ביטוח מסחרי. שם אנו רואים מגמת עלייה בשעורי הבעלות על ביטוח מסחרי בקרב הבריאים, ומגמה של עליות וירידות בקרב החולים.

**הערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות:** בדומה למחלה כרונית, בקרב הקבוצה המדווחת על מצב בריאות טוב עד מצוין נצפית יציבות בשעורי הבעלות על שב"ן מאז 2005 לעומת עלייה מתמדת בשעורי הבעלות בקרב הקבוצה המדווחת על מצב בריאות בינוני עד גרוע. אנו רואים כי למרות ששעורי הבעלות בקרב הקבוצה המדווחת על מצב בריאות טוב עד מצוין גבוהים יותר משעורי הבעלות בקרב הקבוצה המדווחת על מצב בריאות בינוני עד גרוע הרי הפער הולך ומצטמצם וההבדל אינו מובהק ב-2009. לגבי הביטוח המסחרי נראה שקימות תנודות בשעורי הבעלות אולם נשמר פער מובהק בשעורי הבעלות לפי מצב בריאות.

**לוח 7:** בעלות על ביטוח בריאות פרטי לפי מצב בריאות 1999-2009

יש ביטוח מסחרי						יש שב"ן						
2009	2007	2005	2003	2001	1999	2009	2007	2005	2003	2001	1999	
35	32	34	35	26	24	81	80	79	72	64	51	<b>סה"כ</b>
*	*	*		*				*	~		*	<b>מחלה כרונית</b>
31	26	29	34	20	24	82	80	76	75	63	46	יש
37	35	36	36	29	24	80	80	80	70	65	54	אין
*	*	*	*	*			*	*	~	*	*	<b>מצב בריאות</b>
23	21	21	27	16	22	79	74	69	68	54	41	בינוני עד גרוע
39	35	39	39	30	24	81	83	82	73	68	56	טוב עד מצוין

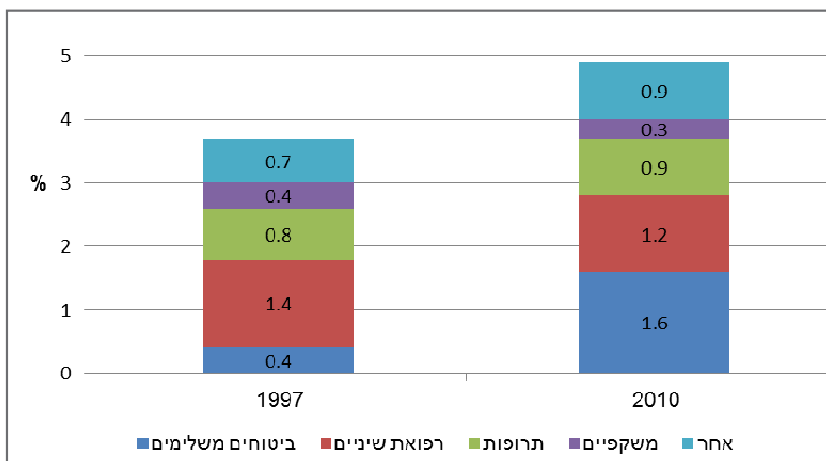
P<0.1 ~ ; P<0.05 \*

## 5. נתונים כספיים של תוכניות השב"ן והביטוחים המסחריים<sup>18</sup>

ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל הייתה בשנת 2011 כ-67.4 מיליארד ₪. ההוצאה הפרטית לבריאות (הכוללת בין היתר תשלומים ישירים של משקי בית, תשלומי פרמיות לחברות ביטוח ולתוכניות השב"ן, והשתתפויות עצמיות) היוותה 38% מסך ההוצאה הלאומית. אחד הגורמים המרכזיים לעלייה בהוצאה הפרטית במשך השנים הוא הגידול בהוצאה על ביטוחי הבריאות הפרטיים (**שב"ן ומסחרי**).

גרף 2 מציג את הוצאות משקי הבית על בריאות, באחוזים מתוך סה"כ ההוצאה של משקי הבית לתצרוכת. מהגרף ניתן ללמוד על הגידול בהוצאה על ביטוחי בריאות בין השנים 1997-2010.

**גרף 2:** הוצאות משקי הבית על בריאות כאחוז מכלל ההוצאה לתצרוכת

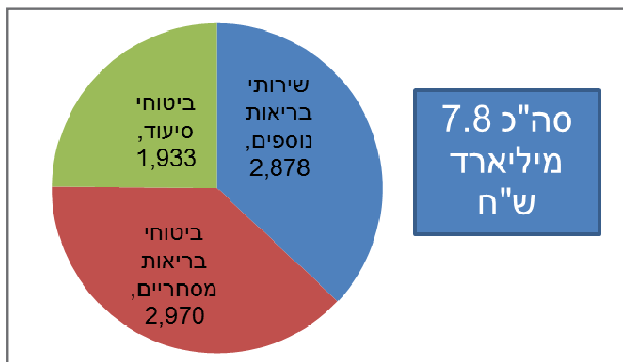


\* מקור: אריאלי, חורב וקידר (2012).

18 פרק זה מבוסס על דוחות הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון לשנים 2000-2012; משרד האוצר ועל דוחות ציבוריים מסכמים על תוכניות לשירותי בריאות נוספים של קופות החולים לשנים 2008-2011. האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים. משרד הבריאות, ירושלים ועל ברמלי-גרינברג וישראל, 2012.

עדות נוספת להתרחבות שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל בעשור האחרון ניתן למצוא בנתונים על תשלומי פרמיות. תושבי ישראל שילמו ב-2010 דמי ביטוח על תוכניות השב"ן כ-2.9 מיליארד ₪ ועל ביטוח בריאות מסחרי<sup>19</sup> כ-4.9 מיליארד ₪ (כ-2 מיליארד ₪ על ביטוח סיעודי ו-1 מיליארד על הוצאות רפואיות)<sup>20</sup>, בסך הכל כ-7.8 מיליארד ₪, שהם כ-13% מההוצאה הלאומית לבריאות. מתוך זה כ-4.7 מיליארד ₪ שולמו ע"י קופות החולים וחברות הביטוח בתשלומי תביעות למבוטחים (כולל ביטוח סיעודי) (2.3 מיליארד שולמו ע"י הקופות ו-2.4 מיליארד ע"י חברות הביטוח).

**גרף 3: ההוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים בישראל, 2010 (במיליוני ₪)**

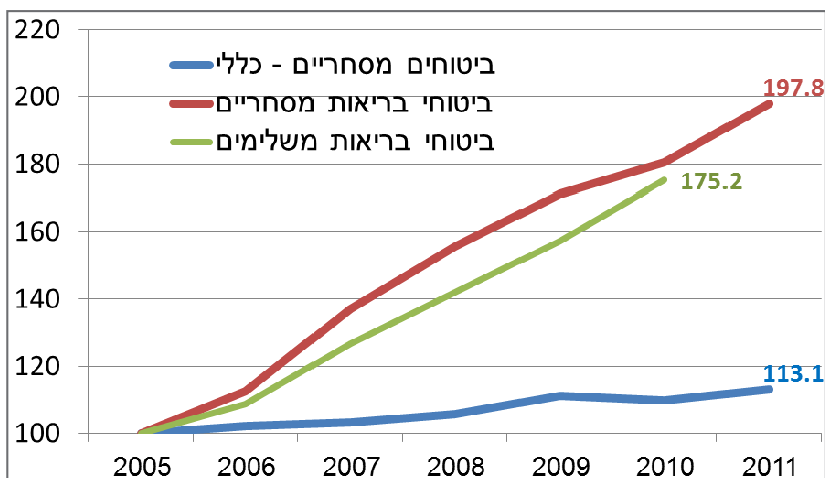


בחינה של הגידול בהכנסות של חברות הביטוח וקופות החולים מפרמיות בביטוחי הבריאות המסחריים ובתוכניות השב"ן מעידה על גידול של 98% בתשלומי פרמיות בביטוחי בריאות מסחריים בשנים 2005-2011, זאת לעומת גידול של 13% בלבד בכלל ענפי הביטוח הפרטיים.

19 כאמור במסמך זה אנו כוללים בביטוח בריאות מסחרי את ביטוח הוצאות רפואיות (הכולל ניתוחים תרופות וכדומה), ביטוח מחלות קשות, ביטוח סיעודי וביטוח שיניים (לא כולל ביטוח נסיעות לחול, ביטוח עובדים זרים וכו').

20 בחלק זה מצוטטים נתוני 2010 מכיוון שעד לכתיבת נייר זה טרם פורסמו נתוני משרד הבריאות בנוגע לתוכניות השב"ן. בחינה של תשלומי הפרמיות בביטוחי בריאות מסחריים לשנת 2011 מראה כי תשלומי הפרמיות עלו בכ-15% ועמדו על 5.6 מיליארד ₪ (מתוך זה 2.4 מיליארד ₪ על ביטוחי סיעוד).

**גרף 4:** מגמות בהכנסה מפרמיות של ביטוחים מסחריים ושל קופות החולים  
(100=2005)



\* מקור: חורב וקידר (2012)

### 5.1 נתונים כספיים תוכניות השב"ן

בחינה של הנתונים הכספיים על תוכניות השב"ן ב-2010 מלמדת כי סך ההכנסות של קופות החולים מתוכניות השב"ן היה 2,878 מיליוני ₪ - גידול של כ-11% לעומת 2009 ו-7% מסך הכנסות הקופה. הכנסה שנתית ממוצעת למבוטח הייתה 507 ₪ בכללית, 531 ₪ במכבי, 532 ₪ במאוחדת ו-558 ₪ בלאומית. סך ההוצאות הרפואיות (לא כולל השתתפויות עצמיות) ששולמו ע"י הקופות היה 2,270 מיליוני ₪. שזה גידול של כ-8% לעומת 2009. הוצאה שנתית ממוצעת למבוטח הייתה 384 ₪ בכללית, 479 ₪ במכבי, 388 ₪ במאוחדת ו-373 ₪ בלאומית. בסך הכל, היחס תביעות/פרמיות עמד ב-2010 על 79%.

בדיקה של דמי החבר וההוצאות הרפואיות (נטו) לפי רבדים מעלה הבדלים בין התוכניות השונות של הקופות. נראה שבעוד התוכניות של מכבי ותוכניות הרובד התחתון של כללית ומאוחדת היחס בין דמי החבר וההוצאות הרפואיות הוא גבוה (במכבי אפילו גרעוני), בתוכניות הרובד העליון של לאומית, מאוחדת והכללית היחס נמוך יחסית.

**לוח 8:** סה"כ דמי חברי והוצאות רפואיות (נטו) לפי רבדים, 2010 במיליוני ₪

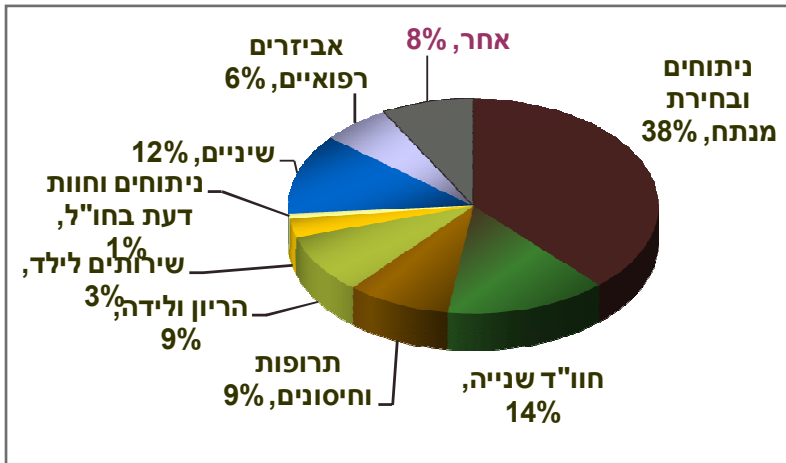
	כללית		מכבי		מאוחדת		לאומית	
	מושלם	פלטיונם	כסף	זהב	עדיף	שיא	כסף	זהב
<b>הכנסות מדמי חבר</b>	1031	362	414	444	254	119	9	244
<b>הוצאות רפואיות</b>	871	183	366	408	203	69	5	164
<b>שעור הוצאות רפואיות נטו מדמי חבר (%)</b>	85	51	89	92	81	58	57	67

**התפלגות הוצאות רפואיות של תוכניות השב"ן לפי סוגי הכיסוי**

מגרף 5 אפשר לראות כי כמחצית מהחזר ההוצאות הרפואיות של תוכניות השב"ן הם ההוצאות על ניתוחים ובחירת מנתח וחוות דעת שנייה. יש לשים לב כי שירותים אלו מוגדרים כשירותים משפרים את הניתן בסל הבסיסי. אחד המוקדים של חילוקי הדעות הקשורים לתוכניות השב"ן קשור לשאלה האם לאפשר לקופות החולים להציע שירותים אשר משפרים את הניתן בסל הבסיסי. המתנגדים טוענים כי כיסויים משפרים יוצרים שתי רמות רפואה במערכת הציבורית; המצדדים באישור כיסוי משפר טוענים כי כיסוי שירות כזה מגביר את נגישותו גם לקבוצות אוכלוסייה אשר אינן יכולות לממן את השירות מכיסן באופן פרטי, אך יכולות לרכוש ביטוח משלים. בנוסף, נטען כי איסור על הכללת שירותים כאלו יפגע בתחרות אל מול הביטוחים המסחריים. בכנס ים המלח הרביעי (2003) על פערים ואי-שוויון במערכת הבריאות, בסיכומי הקבוצה שדנה בביטוחים המשלימים נכתב כי כיסוי שירותים אלו ע"י תוכניות הביטוח המשלים "עלול גם לתרום להעדפה של המבוטח בקבלת שירותי הקופה הרגילים, אם פורמלית וגלויה ואם סמויה". (דוח כנס ים-המלח 2003 עמ' 88).



**גרף 5:** התפלגות הוצאות הרפואיות של תוכניות השב"ן לפי סוגי הכיסוי, 2010



### 5.2 נתונים כספיים ביטוח בריאות מסחרי

מנתוני אגף שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר עולה כי היקף הפעילות של חברות הביטוח בתחומי הבריאות הולך וגדל ועמד ב-2011 כ-5.6 מיליארד ₪ (מתוכם כ-2.4 מיליארד ₪ ביטוח סיעודי). כמחצית מהסכום (2.9 מיליארד) הוחזר כהוצאות רפואיות למבוטחים. קיימים הבדלים בין התחומים השונים ובין הביטוח הקבוצתי לביטוחי הפרט. החלוקה לפי התחומים ולפי קבוצתי/פרט מפורטת בלוח 9.

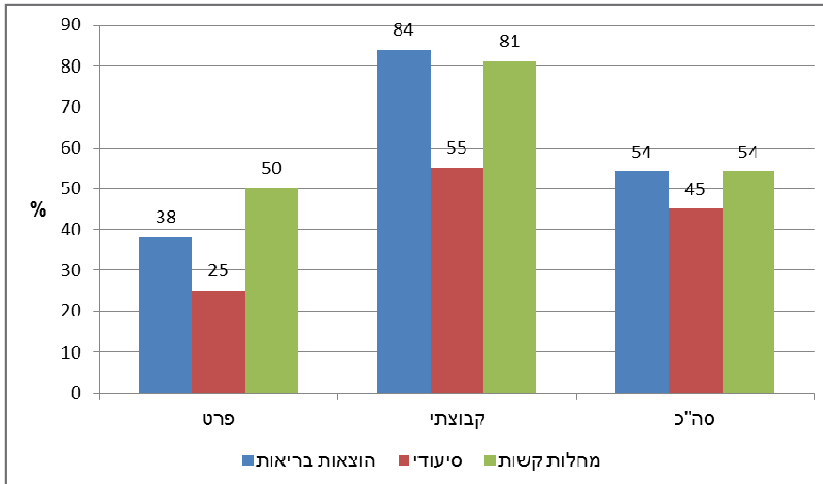
**לוח 9:** דמי ביטוח ותביעות ביטוח בריאות מסחרי, לפי סוג הביטוח ותתי ענפים (2011 במיליוני ₪)

סה"כ	פרט	קבוצתי	
<b>דמי ביטוח</b>			
2,168	1,417	751	<b>הוצאות רפואיות</b>
588	534	54	<b>מחלות קשות</b>
2,385	767	1,618	<b>ביטוח סיעודי</b>
476	4	472	<b>שיניים</b>
5,617	2,722	2,895	<b>סה"כ</b>
<b>תביעות</b>			
1,164	535	629	<b>הוצאות רפואיות</b>
314	270	44	<b>מחלות קשות</b>
1,079	191	888	<b>ביטוח סיעודי</b>
342	4	338	<b>שיניים</b>
2,898	1,000	1,899	<b>סה"כ</b>

ההבדלים בין תחומי הכיסוי השונים, וההבדלים בין פוליסות הקבוצתיות לפוליסות הפרט באים לידי ביטוח ביחס שבין ההוצאות הרפואיות (תביעות) לבין דמי הביטוח. כפי שעולה בגרף הבא, היחס בין תביעות לדמי הביטוח בביטוח פרט הוצאות רפואיות עמד על 38%, לעומת 50% בביטוח מחלות קשות. בפוליסות הקבוצתיות היחס קרוב יותר לזה של תוכניות השב"ן (כפי שפורט לעיל), 81% במחלות קשות ו-84% בהוצאות בריאות. הבדלים אלו בין פוליסות הפרט לקבוצתי הובילו כבר ב-2005 את המפקח על הביטוח הקודם, ידן ענתבי, לקבוע כי "ביטוחי בריאות קבוצתיים עדיפים על ביטוחי פרט: ביטוחי הפרט יקרים בשיעורים של 225%-300% מהביטוחים הקבוצתיים בכל קבוצות הגיל, למרות שהם מציעים תמורה זהה ואפילו נמוכה מזו הניתנת בביטוחים קבוצתיים".

(ראה: <http://www.anet.co.il/Dev2Go.web?id=412915&sNewsID=83307>)

**גרף 6:** אחוז תביעות מתוך דמי הביטוח בביטוחי בריאות מסחריים - 2011



## מקורות

1. אדר, צ', 1993. **יעילות ושוויוניות במערכת הבריאות**. נייר עמדה, סדרת ניירות דיון מס' 1, אוניברסיטת תל-אביב, רמת אביב.
2. אריאלי, ד., חורב, ט. וקידר, נ. (2012) **חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובץ נתונים סטטיסטיים 2011-1995**, משרד הבריאות.
3. ברמלי-גרינברג, ש. וישראל, פ. 2012. **"ביטוח משלים וביטוח מסחרי זה לצד זה בישראל בעשור האחרון - האם קיימת סכנה ליציבות השוק"**. מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל, ירושלים. <http://www.israelhpr.org.il/1054/484.htm>
4. ברמלי-גרינברג, ש. וגרוס, ר. 2011. **ההתפתחויות בסלי השירותים של הביטוחים המשלימים - עשור לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי**. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. ירושלים: ישראל.
5. ברמלי-גרינברג, ש.; גרוס, ר. 2006. **"שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים: דיון בסוגיות מדיניות"**. בתוך: בן-נון, ג., עופר, ג., (עורכים) עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2005 עמודים: 340-375. המכון הלאומי לחקר שרותי בריאות ומדיניות בריאות, תל-השומר.
6. ברמלי-גרינברג, ש.; גרוס, ר.; מצליח, ר'. 2005. **השוואה בין תכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים: ניתוח סלי השירות לשנת 2005 ; והשוואה למצב בשנת 1996**. דוח ביניים, הוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת ישראל.
7. ברמלי-גרינברג, ש.; גרוס, ר. 2003. **שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל - 2001**. דמ-03-403 מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל ירושלים
8. ברמלי-גרינברג, ש.; גרוס, ר'. 1999. **ביטוח בריאות משלים ומסחרי, 1998: תמורות במדיניות, תמורות פיננסיות והתנהגות הצרכנים**. דמ-349-99. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
9. גרוס, ר'; ברמלי, ש', 1996. **ביטוח בריאות משלים ומסחרי בישראל 1996**. דמ-272-96. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
10. חבושה, צ'; שיף, ר', 2003. **דוח השוואתי על פעילות קופות החולים לשנת 2002**. משרד הבריאות, ירושלים.
11. חורב, ט'; קידר, נ'. 2012. **היבטים ברגולציה של ביטוחי בריאות: סוגיות במדיניות והסדרה של ביטוחי בריאות פרטיים בישראל**. משרד הבריאות, ירושלים.
12. כנס יום-המלח הרביעי 2003. **פערים ואי-שוויון במערכת הבריאות: היבטים כלכליים**, פרק ב' הביטוח המשלים, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר.
13. משרד האוצר, **דוחות הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון לשנים 2000-2012**.
14. משרד הבריאות, **דוחות ציבוריים מסכמים על תוכניות לשירותי בריאות נוספים של קופות החולים לשנים 2008-2011**. האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים. ירושלים.
15. קיי, ר'; רוטר, ר'. 2001. **ביטוחי בריאות נוספים בארצות אירופה והמערב - דילמות וכיוונים**. דמ-01-366. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

16. Akerlof, G.A. 1970. "The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism". **The Quarterly Journal of Economics** 84(3):488-500.
17. Arrow, K.J. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". **The American Economic Review** 53:941-973.
18. Buchmueller, T.; and DiNardo, J. 2002. „Did Community Rating Induce an Adverse Selection Death Spiral?“ **The American Economic Review** 92(1):280-294.
19. Cutler, M.D.; and Zeckhauser, R. 2004. **Extending Theory to Meet the Practice of Insurance**. Harvard University and NBER.
20. [http://post.economics.harvard.edu/faculty/dcutler/papers/cutler\\_zeckhauser\\_theory\\_and\\_practice\\_of\\_insurance.pdf](http://post.economics.harvard.edu/faculty/dcutler/papers/cutler_zeckhauser_theory_and_practice_of_insurance.pdf)
21. Evans, R.G. 1984. *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Butterworth, Toronto, Canada.
22. Fox, P.D.; Rice, T.; Alexih, L. 1995. "Medigap Regulations Lessons for Health Care Reform". **Journal of Health Politics, Policy and Law** 20(1):31-48.
23. Gress, S.; Kieke, G.H.; and Okma, J.W. 2002. *Private Health Insurance in Social Health Insurance Countries - Market Outcomes and Policy Implications*. Discussion paper 01/2002. WHO Observatory, Geneva.
24. Gross, R.; and Brammli-Greenberg, S. 2002. "Evaluating the Effect of Regulatory Prohibitions against Risk Selection by Health Status on Supplemental Insurance Ownership in Israel". *Social Science and Medicine* 58:1609-1622.
25. Garfinkel, S.A.; Bonito A.J.; and McLeroy, K.R. 1987. "Socioeconomic Factors and Medicare Supplemental Health Insurance". **Health Care Financing Review** 9(1):21-30.
26. Glazer, J.; and McGuire, T.G. 1995. **Risk Adjustment and Performance of Market for Health Insurance**. Presented at an International Conference on Governments and Health Systems: Implications of Differing Involvement, Jerusalem.
27. Glazer, J., McGuire, T.M., 2009. "Gold and Silver Health Plans: Accommodating Demand Heterogeneity in Managed Competition"
28. Kifmann, M. 1999. "Community Rating and Choice Between Traditional Health Insurance and Managed Care". **Health Economics** 8:563-578.
29. McCall, N.; Rice, T.; Boismier, J.; and West, R. 1991. **Private**

- Health Insurance and Medical Care Utilization: Evidence from the Medicare Population.** School of Public Health, University of California, Los Angeles.
30. Neuman, P.; Maibach, E.; Dusenbury, D.; Kitchman, M.; and Zupp, P. 1998, Marketing HMOs to Medicare Beneficiaries: Do Medicare HMOs Target Healthy Seniors?“ **Health Affairs** 17(4):132-139.
  31. Newhouse, J.P. 1996. “Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection”. **Journal of Economic Literature** 34(3):1236-63.
  32. Shmueli, A; 1995. Adverse Selection and Cream Skimming Effect in the Supplemental Health Insurance Market in Israel. The Hebrew University and the Gertner Institute, Jerusalem.
  33. Short P.F.; and Vistnes, J.P. 1992. **Multiple Sources of Medicare Supplementary Insurance.** CGHSIR, Division of Medical Expenditure Studies, Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, Maryland.
  34. Spence, M. 1978. “Product Differentiation and Performance in Insurance Markets”. **Journal of Public Economics** 10: 427-447.

## סקירה בינלאומית רחל ק"

בספרות הבינלאומית מקובל לסווג את הביטוחים הפרטיים לשני סוגים עיקריים:

■ **"ביטוח מסחרי מסורתי"** - ביטוח וולונטרי שמבוטחים בוחרים מרצונם האישי. ביטוח זה מאופיין בהיותו מבוסס על תשלום פרמיה לפי סיכון, ועל חופש ואחריות הפרט הרוכש פוליסה מרצונו לכסות את סיכוניו<sup>21</sup>.

■ **"ביטוח סוציאלי"** - מבוסס על תפיסה של סולידריות חברתית. הביטוח הסוציאלי הוא בדרך כלל חובה והוא מקבץ את המבוטחים לקולקטיב אחד אשר החברים בו משלמים דמי חבר על מנת להבטיח לעצמם ולתלויים בהם זכויות ביטוחיות בעת קורה המקרה (מחלה). הביטוח הסוציאלי מורכב משני אלמנטים חיוניים: פיזור הסיכונים - דבר שמאפיין ביטוח מכל סוג, ושיוויון סוציאלי. השוויון הסוציאלי מתבטא בכך שגובה הפרמיה/דמי חבר, נקבעים ע"פ קריטריונים סוציאליים, בדרך כלל, רמת ההכנסה, המאפשרים סבסוד הדדי בקרב האוכלוסייה<sup>22</sup>.

הביטוח הסוציאלי מאפיין את רובן המוחלט של מערכות הבריאות הציבוריות הפועלות היום והוא ממומן בעיקר ע"י מסים כלליים או ייעודיים המבוססים על הכנסות ו/או גובה השכר של האזרח\מבוטח. ביטוח זה הוא סטטוטורי, חובה ומכסה סל שירותים בסיסי מוגדר. היקף הכיסוי שונה ממדינה למדינה אך ככלל, הכיסוי ברובן הוא מקיף<sup>23</sup>.

את מערכות הבריאות הציבוריות ניתן לסווג גם לשני סוגים:

1. מערכות בהן האחריות להבטיח כיסוי ביטוחי ואספקת השירות חלים על המדינה ו/או רשויות מקומיות;
2. מערכות בהן מבטחים כגון קופות חולים קבלו מהמדינה את האחריות להבטיח כיסוי ואספקת שירותים.

21 Health Insurance in Practice: International Variations in Financing, Benefits and Problems (1991) Glaser W. p. 67.

22 "Social Protection for Dependence in Old Age: The Case of Germany" (1996) Schulte, B. In: Long Term Care Economic Issues and Policy Solutions. Eisen, R.; and Sloan, F. (Eds). PP. 155-7.

23 Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses (2009). Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos p xix.

### ביטוחי בריאות נוספים וולונטריים

בכל המדינות עם ביטוח בריאות ציבורי קיימים לצד הביטוח הציבורי גם מערכי ביטוח נוספים וולונטריים. את הביטוח הוולונטרי מספקות או חברות מסחריות למטרות רווח או ארגונים ללא מטרות רווח<sup>24</sup>. בספרות מבחינים בין 3 סוגים של ביטוח וולונטרי:

- ביטוח חלופי (Substitutive) - קיים במדינות בהן יש אוכלוסיות עם יכולת לבחור לצאת מהמערכת הציבורית (opting out) ולרכוש ביטוח בסיסי פרטי - כמו גרמניה.
- ביטוח אלטרנטיבי (Supplementary) - המאפשר רכישת השירותים המכוסים בסל הבסיסי מחוץ למערכת הציבורית.
- ביטוח משלים (Complementary) - המכסה שירותים שאינם בסל הציבורי, או מכסה השתתפויות עצמיות הנהוגות במערכת הציבורית.

בספרות מופיעות שתי גישות עיקריות לגבי ביטוח בריאות פרטי וולונטרי:

- גישה הבוחנת את הביטוח הפרטי לפי קריטריונים סוציאליים וכלכליים. גישה זו מניחה שקובעי מדיניות מרשים ו/או מעודדים ביטוח בריאות פרטי תוך ניסיון למזער את ההשפעות של ביטוח זה על מטרות חברתיות או כלכליות.
- גישה הרואה את הביטוח הוולונטרי כזכות האזרח בכל חברה דמוקרטית לבטא את העדפותיו בהתאם לצרכיו בלי להטיל חביות רבות מדי על החברה. לפי גישה זו, הקריטריונים הסוציאליים אינם רלבנטיים.

### היקף הביטוח הוולונטרי במדינות שונות

היקף הבעלות על הביטוח הפרטי הוולונטרי שונה ממדינה למדינה, אך גם במדינות עם ההיקף הגדול ביותר של ביטוח וולונטרי לצידה של המערכת הציבורית, ההוצאה בגינה היא יחסית צנועה ונמוכה משמעותית מההוצאות הישירות מכיס האזרח על

24 Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses (2009). Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos p. 28.



בריאות. בכל מדינות אירופה, למעט צרפת וסלובניה, ההוצאה הפרטית נוצרת בעיקר ע"י תשלומים מהכיס המהווים את מקור המימון השני בחשיבותו במדינות אלו.

לביטוח בריאות פרטי מסורת ארוכת שנים במדינות אירופה הוותיקות ובמיוחד בצרפת, גרמניה, אירלנד, הולנד וסלובניה כאשר במדינות האחרות הביטוח הפרטי הוא תופעה חדשה יותר.

משנת 2000, יש גידול בסך ההוצאה על ביטוח בריאות פרטי כאחוז מסה"כ ההוצאה על בריאות, בכמעט כל מדינות אירופה. יחד עם זאת, תרומתו הישירה של הביטוח הפרטי לסך ההוצאה על בריאות ממשיכה להיות צנועה - מעל 5% רק בצרפת, גרמניה, אירלנד וסלובניה (ומחוץ לאירופה ב - אוסטרליה, קנדה, שוויץ, ישראל וכמובן, ארה"ב) - לוח מס. <sup>25</sup>.

---

25 Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses (2009). Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos, pp. 31-33.

## לוח 1: שיעור הבעלות על ביטוח בריאות פרטי וההוצאה על ביטוח מתוך סך

ההוצאה הלאומית לבריאות בארצות OECD\*\*

	Public coverage % pop <sup>a</sup>	% Population Covered by PHI <sup>a</sup>	Total Expenditure on health % GDP	Public Expenditure on Health % TEH	Private Insurance % TEH	Out Of Pocket % TEH
Australia	100	44.9	9.1	68.5	8.2	18.6
Austria	99	31.8	11.0	76.2	4.6	16
Belgium	99	57.5*	10.5	75.6	4.8	19.4
Canada	100	65	11.4	71.1	13.2	14.2
Czech Republic	100	negligible	7.5	83.8	0.2	14.9
Denmark	100	30 <sup>d</sup>	11.1	85.1	1.8	13.2
Estonia			6.3	78.9	0.2	18.6
Finland	100	10	8.9	74.5	2.2	19.2
France	99.9	92	11.6	77	14.1	7.3
Germany	90.9	18.2	11.6	76.8	9.6	13.2
Greece	100	10	10.2	59.4	..	38.4
Hungary	100	negligible	7.8	64.8	2.7	26.2
Iceland	100		9.3	80.4	..	18.2
Ireland <sup>c</sup>	100	51.2	9.2	69.5	8	13
Israel	100	75	7.9	60.5	11.1	27.1
Italy	100	15.6	9.3	79.6	0.9	17.8
Japan	100		9.5	80.5	2.5	16.0
Korea	100		7.1	58.2	5.5	32.1
Luxembourg	99		7.9	84	3.1	11.6
Netherlands <sup>b</sup>	100	91	12.0	85.7	4	10
New Zealand	100	35	10.1	83.2	4.9	10.5
Norway	100	negligible	9.4	85.5	..	15.0
Poland			7.0	71.7	0.6	22.1
Portugal	100	14.8	10.7	65.8	4.6	26.0
Slovak Republic	100		9.0	64.5	0	25.9
Slovenia	100	74 <sup>d</sup>	9.0	72.8	13.4	12.9
Spain	99.9	13	9.6	73.6	5.7	20.1
Sweden	100	negligible	9.6	81	0.2	16.8
Switzerland	100	80	11.4	65.2	8.8	25.1
Turkey	66		6.1	73	..	21.8
United Kingdom	100	10	9.6	83.2	3.2	8.9
United States	24.7	71.9	17.6	48.2	35.3	11.8
<b>OECD average</b>			<b>9.5</b>	<b>72.2</b>	<b>8.2</b>	<b>20.1</b>

\*\* האחוזים לא מסתכמים למאה שכן ישנם גם מקורות מימון אחרים

TEH: Total Expenditure on Health; PHI: Private Health Insurance; GDP: Gross Domestic Product

Sources: OECD Health Data 2012 for 2010

- a. OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 15 PRIVATE HEALTH INSURANCE IN OECD COUNTRIES: THE BENEFITS AND COSTS FOR INDIVIDUALS AND HEALTH SYSTEMS Francesca Colombo and Nicole Tapay.
- b. Netherlands HIT Report 2010 pp72-3.
- c. Ireland HIT Report 2009 pp. 76-86.
- d. Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses (2009). Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos 188-9.

\* Belgium - not including compulsory supplementary health insurance.

## מבטחים

שוק הביטוח הפרטי הוולונטרי באירופה נשלט בעיקר ע"י חברות ללא מטרות רווח - לרוב אגודות שיתופיות לביטוח הדדי. חלק ניכר מיישמים עקרונות של סולידריות גם בביטוח הוולונטרי. גופים כאלה פועלים בכל מדינות אירופה אך הם דומיננטיים במיוחד בבלגיה, דנמרק, צרפת, אירלנד, לוקסמבורג והולנד. חברות ללא מטרות רווח היו דומיננטיות גם באנגליה עד 1999 כאשר המבטח השני בגודלו נרכש ע"י גוף למטרות רווח ולכן באנגליה היום אגודות שיתופיות למטרות רווח מהוות רק 50% מהשוק<sup>26</sup>. בבלגיה, "קופות החולים" האחראיות על הפעלת הביטוח הציבורי הסטטוטורי הן גם המבטחות העיקריות של הביטוח הפרטי הוולונטרי. בצרפת, אגודות שיתופיות מהוות 61% מהשוק. באירלנד יש שלוש מבטחות כאשר הדומיננטית הוא חברה ציבורית ללא מטרות רווח. בדנמרק השוק נשלט ע"י **BUPA - Danmark Sygeforsikring** - אגודה שיתופית ללא מטרות רווח ובאנגליה - **BUPA** שולט על 40% מהשוק. בהולנד, הרפורמה של 2006 קבעה מערכת ביטוח חובה אחת לכל האוכלוסייה, בטלה את ההבחנה בין ביטוח חובה ע"י קופות חולים וביטוח פרטי וולונטרי ופתחה את השוק למבטחים מתחרים על האוכלוסייה המבוטחת (ובעיקר מתחרות קופות חולים ציבוריות ומבטחים פרטיים). מאז 2006 כולם פועלים במסגרת "פרטית", רשאים לצבור רווחים ולשלם דיבידנדים לבעלי מניות.

26 Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses (2009). Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos, pp. 66-68.

למרות זה, השוק עדיין נשלט ע"י מבטחים ללא מטרות רווח. מתוך ארבע המבטחים הגדולים ביותר (ביחד נתח שוק של 88%), רק אחד (Achmea), חברה למטרות רווח ושלוש החברות האחרות (UVIT, CZ and Menzis) הן ללא מטרות רווח<sup>27</sup>.

### השירותים המכוסים בתוכניות לביטוח וולונטרי/פרטי

כאמור, ביטוח בריאות פרטי/וולונטרי, במדינות עם מערכות בריאות ציבוריות, פועל בדרך כלל כדי "להשלים" את המערכת הציבורית - להרחיב כיסוי, לתת שירותים שלא ניתנים, לכסות השתתפויות עצמיות, לשפר זמינות ונגישות של שירותים וכד'. לפיכך, ההטבות הניתנות בכל מדינה ומדינה משקפות את "החסר" במערכת הציבורית ולכן יש שונות בהטבות הניתנות ע"י הביטוח הוולונטרי. לוח 2 להלן מציג דוגמאות של שירותים המכוסים במדינות השונות בחלוקה בין שני סוגים של ביטוח - ביטוח משלים (מכסה שירותים שאינם בסל הציבורי ו/או השתתפויות עצמיות) וביטוח אלטרנטיבי (מכסה שירותים שבסל הציבורי - אך בערוצים פרטיים במקום ערוצים ציבוריים); ולוח 3 להלן מציג את השירותים המכוסים ע"י התוכניות לפי שעור משקי הבית המבוטחים בביטוח.

במדינות מחוץ לאירופה, כגון אוסטרליה, ביטוח פרטי וולונטרי מכסה שירותים אמבולטוריים לטיפול שיניים, עיניים, כירופרקטיקה וטיפול פסיכולוגי, ובנוסף שירותי אשפוז לרבות מיטות פרטיות בבתי חולים פרטיים וציבוריים עם בחירת מנתח. בשווייץ הביטוח הפרטי מכסה מיטות פרטיות, טיפולי שיניים, כירורגיה אסטטית, ושירותי סיעוד אמבולטורי. בקנדה ניתן לרכוש ביטוח פרטי לכסות תרופות, טיפולי שיניים, אופטומטריה, טיפול פסיכולוגי, כירופרקטיקה, פיזיותרפיה, הומאופתיה, וטיפול בית<sup>28</sup>.

27 Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé Wand van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition 2010;12 (1):31.

28 Supplementary Private Health Insurance in Selected Countries: Lessons for EU Governments? (2009), Gechert, S, p. 5.

## לוח 2: דוגמאות לשירותים המכוסים בתוכניות ביטוח וולונטרי

באיחוד האירופאי, 2001

Country	Complementary (משלים)	Supplementary (אלטרנטיבי)
Austria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital per diem charge (cash benefit)</li> <li>- Alternative treatment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Physician costs</li> <li>- Supplementary hospital costs</li> <li>- Faster access/increased choice</li> </ul>
Belgium	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legal co-payments for non-reimbursed in patient/outpatient costs</li> <li>- Carer costs (loss of independence)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supplementary hospital costs</li> </ul>
Denmark	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Co-payments for drugs, dental care, physiotherapy, corrective lenses, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Access to private hospitals in Denmark and abroad</li> </ul>
Finland	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Some public sector hospital costs</li> <li>- Travel expenses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Private care for children</li> <li>- Faster access</li> <li>- Increased choice (including access to private hospitals)</li> </ul>
France	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Co-payments (including difference between negotiated and real prices)</li> <li>- Treatments excluded by public sector</li> <li>- Home help</li> <li>- Hospital per diem charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faster access to specialist consultations</li> <li>- Choice of private room in hospital</li> </ul>
Germany	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outpatient care</li> <li>- Dental care</li> <li>- Hospital daily allowance (cash benefit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choice of specialist</li> <li>- Amenity beds</li> </ul>
Greece	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital daily allowance (cash benefit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faster access</li> <li>- Choice of private provider and accommodation</li> </ul>
Italy	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Co-payments</li> <li>- Non-reimbursed services</li> <li>- Dental care</li> <li>- Hospital per diem charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Increased choice of provider</li> <li>- Increased access to private hospitals</li> </ul>

Country	Complementary (משלים)	Supplementary (אלטרנטיבי)
Ireland	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outpatient cover for GP visits, specialist consultations, X-rays and other items (subject to a deductible)</li> <li>- Outpatient cover for alternative treatment (BUPA Ireland)</li> <li>- Hospital per diem charge</li> <li>- Cost of occupational therapy, X-rays, lab tests, drugs in hospital</li> <li>- Consultants' fees for inpatient, day care and some outpatient treatment</li> <li>- Maternity benefits</li> <li>- Convalescence in a nursing home</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cost of hospital accommodation in private beds in public hospitals and private hospitals (including day care)</li> </ul>
Luxembourg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital co-payments</li> <li>- Pre and postoperative convalescence costs</li> <li>- Dental prostheses</li> <li>- Surgical treatment abroad</li> <li>- Partial reimbursement where no agreement on cost of a treatment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Additional charges for a private room in hospital</li> </ul>
Netherlands	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mainly dental care</li> <li>- Drug co-payments (marginal)</li> <li>- Cross border care</li> <li>- Alternative treatment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faster access to acute and long-term care</li> </ul>
Portugal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dental care</li> <li>- Ophthalmology</li> <li>- Co-payments</li> <li>- Cash benefits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Access to private providers</li> </ul>
Spain	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dental care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Increased choice of provider</li> </ul>
Sweden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Some reimbursement of co-payments, drugs, dental care, alternative treatment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faster access to elective outpatient care</li> <li>- Access to private hospitals</li> </ul>
United Kingdom	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cash benefits</li> <li>- Dental care</li> <li>- Alternative treatment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faster access to specialists and elective treatment</li> <li>- Choice of amenities in public hospitals</li> </ul>

\* Source: Voluntary health Insurance in the European Union, Elias Mossialis, Sarah Thomson, WHO 2004, p. 68.

**לוח 3:** שירותי הבריאות המכוסים ע"י תכניות לביטוח וולונטרי/פרטי במדינות  
בנחרות באירופה לפי שיעור משקי הבית המבוטחים בביטוח<sup>a</sup>

	Switzerland	Austria	Italy	Spain	Greece	Type of health care	France <sup>b</sup>	Belgium <sup>b</sup>
	25.89	12.39	30.50	69.03	34.15	1. Reimbursement of co-payments	80.03	.....
	28.57	11.28	12.77	47.35	24.39	2. Reimbursement of additional costs doctors secteur deux	58.99	.....
	10.71	6.86	7.09	35.84	6.50	----	88.10	8.16
	23.21	7.08	6.38	10.62	13.01	-----	0.00	0.00
	58.33	71.02	29.79	47.35	27.64	5. Private rooms Other private costs	65.23 74.01	40.02 .....
	13.69	2.88	0.00	2.21	5.69	-----	30.24	.....
	14.29	3.54	2.13	25.66	6.50	-----	58.07	10.88
	13.69	2.65	3.55	4.42	3.25	8. (medical and nursing services, medical appliance, etc.)	15.58	17.09
	4.17	8.41	7.80	45.58	21.95		0.00	.....
	8.33	28.76	19.15	42.48	45.53		0.00	75.63
	23.21	12.61	29.08	11.50	16.26	11. - Prostheses and medical appliances (glasses, lenses, hearing prostheses, etc.) - Alternative medicine/ homeopathy - Ambulance services - Co-payments on drugs. - Medical care abroad - Other types	84.92 ..... ..... 85.48 1.91....	11.03 5.34 33.40 ..... 22.47 8.67

a Sum of percentages can exceed 100% because the household can hold more than one VPHI policy.

b For some categories, France and Belgium have adopted different definitions for health care covered by VPHI.

Type of health care	Sweden	Denmark	Germany	The NetherLands
1. Medical care with direct access to specialists	15.85	26.09	26.28	0.00
2. Medical care with an extended choice of doctors	5.28	14.17	24.23	0.00
3. Dental care	2.46	50.40	39.03	69.28
4. A larger choice of drugs and/or full drugs expenses (no participation)	5.28	36.55	4.85	41.62
5. Extended choice of hospitals and clinics for hospital care	4.93	15.30	28.83	0.00
6. (Extended) Long-term care in a nursing home	1.41	1.13	0.00	0.00
7. (Extended) Nursing care at home in case of chronic disease or disability	0.70	2.25	0.00	0.00
8. (Extended) Home help for activities of daily living (household, etc.)	0.70	0.64	0.00	0.00
9. Full coverage of costs for doctor visits (no participation)	15.14	5.31	0.00	0.00
10. Full coverage of costs for hospital care (no participation)	10.56	4.67	39.29	0.00
11. Any other type of VPHI coverage	0.00	30.60	19.64	24.35

Source: VOLUNTARY PRIVATE HEALTH INSURANCE AMONG THE OVER 50s IN EUROPE, OMAR PACCAGNELL, VINCENZO REBBA, and GUGLIELMO WEBER, Health Econ. (2012), Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/hec.2800, pp. 10-11.



## רגולציה

להבדיל מהכללים החלים על ביטוח בריאות סטטוטורי באירופה, שהם די דומים ברוב המדינות, יש שונות רבה ברגולציה של ביטוח בריאות פרטי. לפני 1992, מידת המעורבות של הממשלה בשווקים של ביטוח בריאות נקבעה ע"י תפקידו של הביטוח הפרטי במערכת הבריאות. למשל, בגרמניה ובהולנד, בהן חלק משמעותי של האוכלוסייה רכש את הביטוח הבסיסי שלהם באופן פרטי, היו כללים וחוקים קפדניים.

קיימות שתי גישות עקרוניות לרגולציה:

- רגולציה מינימלית וזהירה שמתמקדת בעיקר על איתנות פיננסית וכושר פירעון של המבטח.

- רגולציה מהותית עם הדגש על שליטה במחירים ומוצרים.

המטרה של הרגולציה בענף ביטוחי הבריאות היא בדרך כלל להגן על האזרח בפני פשיטת רגל של המבטח אך הגישה מהסוג השני ניסתה גם להבטיח גישה לטיפול רפואי באמצעות גישה הוגנת יותר לביטוח בריאות.

ב-1992 נחקק ה- *Directive The Third Non-Life Insurance* באיחוד האירופאי המרשה רגולציה של מחירים ומוצרים בביטוח בריאות פרטי אך ורק כאשר הביטוח מהווה אלטרנטיבה מלאה או חלקית לביטוח סטטוטורי, אך בכל סוג אחר, החוק מתיר רגולציה פיננסית בלבד. מטרת החוק הייתה לפתוח את השוק של ביטוח בריאות פרטי לתחרות ברמה הלאומית וברמה האירופאית<sup>29</sup>.

לפיכך, בחלק מהמדינות (בלגיה, גרמניה וצרפת), האיחוד אסר התייחסות דיפרנציאלית למבטחים השונים. במדינות בהן קיימות רגולציה כגון חובה על

<sup>29</sup> The Directive accords primacy to the financial approach to regulation: the requirement for governments to abolish existing product and price controls (Articles 6(3), 29 and 39) renders material regulation redundant and, in some cases, illegal. Second, it requires governments to open markets for private health insurance to competition at the national and EU levels (Article 3).

המבטחים לקבל כל אחד ללא סלקציה או חיתום, פרמיות המבוססות על *community rating*, או שיטות לפצות מבטחים על אוכלוסיות בסיכון גבוה (בלגיה, אירלנד וסלובניה) - הוגשו תביעות לבתי המשפט- הן ברמה הלאומית והן ברמה האירופאית - נגד הרגולציה בטענה שהיא מפרה את ה-*Third Non-Life Insurance Directive*<sup>30</sup>. בשאר המדינות, יש רגולציה פיננסית בלבד ומותר למבטחים להציע ביטוח בשאר המדינות באיחוד האירופאי כאשר הם חייבים לפעול עפ"י הרגולציה במדינת האם בלבד.

---

30 Health Systems Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy. Editors Elias Mossialos, Govin Permanand, Rita Baeten, Tamara K. Hervey, Chapter 10 Private health insurance and the internal market Sarah Thomson and Elias Mossialos, Cambridge University Press 2010 pp. 425-27.

## מקורות

1. Armstrong J, Paolucci F, McLeod, H, van de Vend W P.M.M., 2010. Risk equalisation in voluntary health insurance markets: A three country comparison. Health Policy 98 (2010) 39-49.
2. Colombo, F. & N. Tapay ,2003. Private Health Insurance in Australia: A case study. OECD Health Working Papers 8, Paris.
3. Colombo F, Tapay N, 2004 Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 15, DELSA/ELSA/WD/HEA(2004)6. Copyright OECD 2004.
4. Colombo, F., P. Zurn, & H. Oxley (2006). Switzerland, OECD reviews of health systems, vol. 25. OECD, Paris.
5. Gechert, S., 2009. Supplementary Private Health Insurance in Selected Countries: Lessons for EU Governments? CESIFO WORKING PAPER NO. 2739. CATEGORY 3: SOCIAL PROTECTION AUGUST 2009 PRESENTED AT CESIFO VENICE SUMMER INSTITUTE, JULY 2009.
6. Glaser W. 1991. Health Insurance in Practice: International Variations in Financing, Benefits and Problems. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, CA.
7. Kaye, R., Roter, R.,2001 Complementary Health Insurance in Europe and the West: Dilemmas and Directions, JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Development, Jerusalem, Israel.
8. Marchildon, G. P. (2005). Health Systems in Transition: Canada. Tech. rep., European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
9. Moreira, S, Pitabarros, P. 2010. Double Health Insurance Coverage and Health Care Utilisation Evidence from Quantile Regression. Health Econ. 19: 1075-1092 (2010).Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).DOI: 10.1002/hec.1641.
10. Mossialos, E., Thomson, S., 2010. Private health insurance and the internal market in Health Systems Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy. Editors Elias Mossialos, Govin Permanand, Rita Baeten, Tamara K. Hervey, Cambridge University Press 2010.
11. Mossialis E, Foubister T, Thomson S, 2009. Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses. © World Health Organization 2009, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

12. Mossialis E, Thomson S, 2004. Voluntary health Insurance in the European Union, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2004.
13. OECD Health Statistics, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>.
14. Paccagnelli, O., Rebba, V., Weber, G. 2012. PRIVATE HEALTH INSURANCE AMONG THE OVER 50s IN EUROPE, Health Econ. (2012), Published online in Wiley Online Library ([wileyonlinelibrary.com](http://wileyonlinelibrary.com)). DOI: 10.1002/hec.2800.
15. Private Health Insurance in OECD Countries, 2004. The OECD Health Project, OECD Publications, France.
16. Roos A., Schut F T., 2012. Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands, Eur J Health Econ (2012) 13:51-62 DOI 10.1007/s10198-010-0279-6.
17. Schulte, B. 1996. "Social Protection for Dependence in Old Age: The Case of Germany". In: Long Term Care Economic Issues and Policy Solutions. Eisen, R.; and Sloan, F. (Eds). Kluwer Academic Publishers, Norwell MA.
18. Schneider, M. 1992. Complementary Health Schemes in the European Union. BASYS, Augsburg, Germany.
19. Schoen, C; Osborn, R., Squires, D, Doty, M., ;Pierson, R., ;Applebaum, S, . How Health Insurance Design Affects Access To Care And Costs, By Income, In Eleven Countries, Health Affairs; Dec 2010; 29, 12; pg. 2323-2334.
20. Taylor, AJP (1969), Bismark: The Man and the Statesman, N.Y. Alfred A. Knopf.



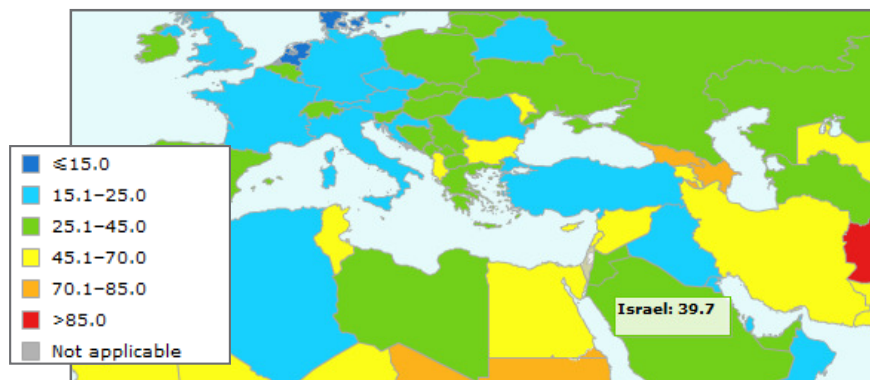
# צוות 1

## השפעת התפתחויות בענף הביטוח על אספקת שירותי הבריאות

### 1. הגדרת הסוגיה לדיון

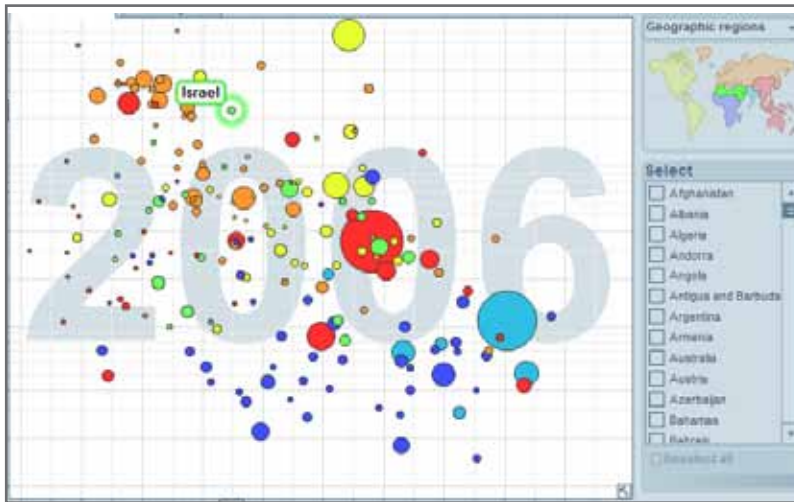
#### במה עוסק הדיון?

1. ביטוח מרצון (וולונטרי) פרטי מסוג כלשהו שכיח בארצות המערב ומכסה כשליש מהאוכלוסיות במדינות ה-OECD. ביטוחים אלה נוספים לביטוחי הסל האוניברסליים במדינות אלה. המצב בישראל בו קיים ביטוח פרטי לצד ציבורי, אינו חריג. להלן התפלגות אחוזי הכיסוי. ישראל נמצאת בהוצאה מהכיס על בריאות בערך של כ-40% מההוצאה הכללית על בריאות ב-2010, בטווח האמצע ביחד למדינות אירופה ואגן הים התיכון.



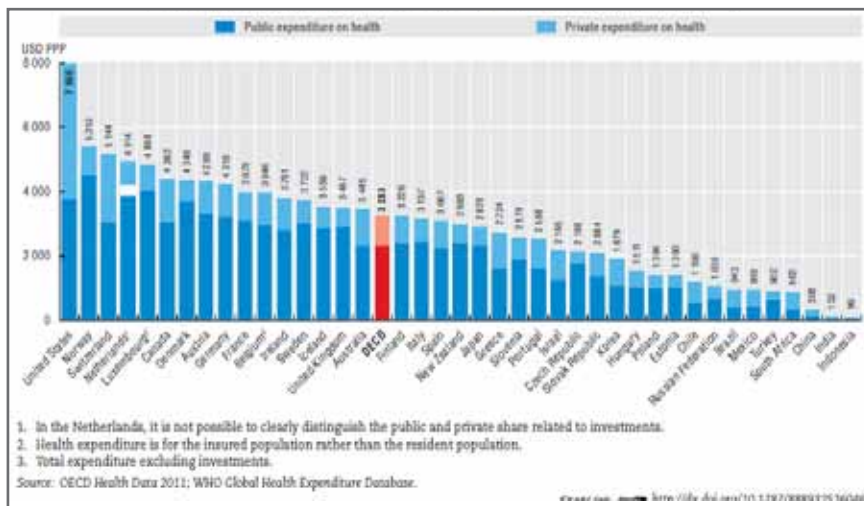
Out-of-pocket expenditure on health as a percentage of total expenditures on health [us\$], 2010 (WHO)

2. שיעור ההוצאה הפרטית, מכלל ההוצאה על בריאות, ביחס להוצאה השנתית לנפש במדינות השונות. ניכר כי ישראל שייכת לקבוצת המדינות (רבוע שמאלי עליון, מאפיין מדינות OECD), המתאפיינת בהוצאה לנפש נמוכה במעט אך עם אחוז גבוה בערוץ הפרטי ובהוצאה מהכיס. השקף מדגים התפלגות גדולה של שני המשתנים בכלל מדינות העולם.



3. בבחינת ההוצאה האבסולוטית לנפש במערכת הציבורית והפרטית (הוצאה שנתית לנפש בדולרים אמריקאים תוך תיקון לכוח קניה), כמודגם בשקף הבא, נראה שהחלק של הוצאה פרטית (החלק העליון של העמודות), אינו שונה ממוצע מדינות ה-OECD. לעומת זאת, החלק של ההוצאה הציבורית (החלק התחתון של העמודות) הוא נמוך ומציב את ישראל לצד פולין ואסטוניה, דהיינו הוצאה נמוכה באופן משמעותי, המסביר את האחוז הגבוה של ההוצאה הפרטית.

**האחוז גבוה בהוצאה פרטית לנפש לא נגרם בשל ההוצאה הפרטית הגבוהה אבסולוטית אלא בשל הוצאה ציבורית נמוכה אבסולוטית.**



4. השפעת ההוצאה הפרטית הגבוהה על מדדי בריאות: תמותת תינוקות בישראל היא נמוכה ותוחלת החיים גבוהה, בדומה למדינות המפותחות של OECD, למרות שתוצאים אלה מושגים בישראל באחוז הוצאה פרטית גבוה. כך גם מדד התפתחות אנושית (human development index), המשקלל רמת בריאות, רמת חינוך וסטנדרט מחיה.

לאורך זמן, המגמה של ההוצאה הפרטית בישראל עולה, בקצב מהיר, ביחס למדינות כמו קנדה, ספרד, אנגליה וצרפת, בהן ההוצאה הפרטית על בריאות אפילו קטנה.

**אם כך, מהי השאלה או הסוגייה עמה עלינו להתמודד?**

1. האם מצב הבריאות בישראל רע או מחמיר?  
תשובה - אין עדות לכך.
2. האם ההוצאה הכוללת על בריאות בישראל גבוהה או גדלה באופן מדאיג?  
תשובה - אין עדות לכך, ההוצאה השנתית לנפש אפילו פוחתת.
3. האם ישראל חריגה בקיומה של רפואה פרטית לצד ציבורית?  
תשובה - לא בהיקף הכולל ולא בסוגי הביטוח.
4. האם ישראל חריגה בהיקף החלק הפרטי מסך ההוצאה על בריאות?  
תשובה - קרוב לוודאי שבישראל החלק הפרטי איננו גבוה באבסולוטית, אך החלק הציבורי נמוך יחסית.



5. האם ישראל חריגה בכך שאחוז ההוצאה הפרטית **עולה** באופן רצוף או מתמשך בשונה מהמגמה במערב?

תשובה - **כן**.

6. השאלה עליה מרבים להתייחס על פי רוב היא - מהם **הגורמים** לעליה הרצופה בהוצאה הפרטית?

באיזו מידה גורמים אלה כווננו ביד מכוון?

מהן ההשלכות של מצב זה על הנגזרות?

והאם יש לנקוט באמצעי בלימה, אם כן, באילו נכון לנקוט?

בשאלות אלה עסק גם הדיון הנוכחי. הקבוצות הציגו מענה לסוגיות. על פי רוב התשובות המתקבלות כוללות:

- גידול במודעות הציבור לנושאי בריאות וביטוח
- הציבור שונא סיכון מטבעו
- הסל הציבורי נשחק משך השנים
- פחת אמון הציבור במערכת הציבורית
- קיים מסע הפחדה ושיווק אגרסיבי של חברות הביטוח/שבנ"ם
- ביטוי לכשל שוק - חוסר סימטריה במידע לציבור
- **Supply induced demand** המביא לעודף ביטוח
- התפתחות ביטוחים קולקטיביים (מעסיקים)
- ועוד

7. השאלה שאיננה זוכה להתייחסות בדרך כלל היא כיצד במקומות אחרים בעולם אין עליה בהוצאה הפרטית על בריאות או כיצד שלטו עד כה על היקף הוצאה זו? בהתייחס לשאלה זו הוצגה הדוגמא מהדיון המשפטי שליווה סוגיה זו בקנדה.

### מקרה קנדה (2005)

בית המשפט העליון בקנדה הכריע נגד החלטה של מדינת קוויבק, שאסרה מכירת ביטוח רפואי פרטי לשירותי בריאות חיוניים. למרות שהכרעה זו בעלת תוקף חוקי בקוויבק בלבד, 6 פרובינציות נוספות אסרו על ביטוח פרטי (שירותי רופא או אשפוז) למעט במקרים בהם ההמתנה לשירות ארוכה. בית המשפט חייב פרובינציות אלה לקבוע את משכי ההמתנה הסבירים.

בדיוני בית המשפט העליון נעשו השוואות עם שבדיה, גרמניה ואנגליה. מסקנת בית המשפט הייתה שהניסיון ממדינות אלה **מזים** את החשש התיאורטי של הממשל, שאיסור על רפואה פרטית קשור לשמירה על איכות הרפואה הציבורית. לגבי שבדיה נטען כי מערכת הביטוח הפרטי מבטיחה את אותן תועלות כמו הביטוח הציבורי והשימוש במערכת הפרטי מוגבל ומושפע ממשכי המתנה לשירות במערכת הציבורית. לגבי אנגליה, בה מערכת ה-NHS היא הריכוזית ביותר בעולם ורוב הרפואה ניתנת ללא השתתפות עצמית, המדינה מאפשרת לציבור לרכוש ביטוחים פרטיים, בעבור אותם שירותים הקיימים במערכת הציבורית, אך אחוז הציבור שעשה כך היה נמוך אך צמח לאחרונה ל-11% מהאוכלוסייה. כמעט כל הגידול מיוחס למשכי ההמתנה לניתוחים אלקטיביים. לגבי גרמניה התמונה קשה יותר להבנה, כיוון שיש ריבוי של קופות וריבוי של גורמים מממנים מקרב המעסיקים.

לפיכך, התמונה המצטיירת מהדוגמאות לעיל היא כי קיים ערך למערכת בריאות פרטית בצד מערכת ציבורית, בין אם שיטת הביטוח במדינה היא **single payer** או **two payers**. ה"ערך" המשותף הוא פתרון לכשלי זמינות של המערכת הציבורית ומענה לזמני המתנה והתארכות תורים. בנוסף, ניתן ללמוד כי קיום מערכות פרטיות במדינות אלה לא נבע בהכרח מהצורך לשפר את איכות הטיפול (להיפך - קיימת דרישה לסטנדרט שווה בשתי המערכות), או מנגישות למומחה בכיר (כנ"ל), או ממלונאות. לא חוות דעת שניה או בחירת מנתח הם הגורמים המעודדים שימוש ברפואה פרטית במדינות אלה, בשל הטענה שמצב זה יוצר שתי מערכות שונות באיכות ומגביר פערים.

ההסבר לנפח הפעילות המוגבל של הביטוחים הפרטיים במדינות אלה הוא:

1. עצמת המערכת הציבורית, המהווה בסיס ובה מושקעים משאבי פיתוח ומשאבי הסל הבסיסי.
2. רגולציה ברורה (המערכת הקנדית מאפשרת שירות פרטי רק אם הוכח המתנה ארוכה בציבורי; המערכת הגרמנית מונעת כפילות בביטוח ע"י חיוב בחירה של אחת משתי המערכות ואיסור על קבלת שירות צולב).
3. תפיסת עולם חברתית של סולידריות "בריאות כזכות בסיסית של הציבור" וכי"ב.

### גורמים נוספים שהגבירו את הצריכה במערכת הפרטית

1. גורמי ההתייקרות במערכת בריאות מודרנית תורמים להגברת הקיטוב בין הפרטי לציבורי:

- התקדמות טכנולוגית
- עליה בצרכנות
- פערי פריון (productivity) בין הסקטור הפרטי לציבורי והשפעתם על התמחור
- התייקרות השירותים עצמם

המערכת הפרטית מנוהלת ביעילות, גמישות ועצמאות המאפשרים ניצול כוחות השוק לחיזוקה, בעוד שהניהול במערכת הציבורית מתקשה לאור ההסכמים הקיבוציים ויכולות גיוס משאבים מוגבלות.

2. הסטת הפעילות הרפואית למערכת הפרטית מתחזקת בשל דרישות הצרכנים לזכויות שונות כגון בחירת מנתח, קיצור תורים לפעולות, תנאי אשפוז ברמת מלונאות גבוהה, כל זאת כשהרגולטור קובע מגבלות על היקף התשתיות הרפואיות (תקרה של 2.4 מיטות אשפוז ל-1000 נפש).

3. מתוך דוח של Standard & Poor's משנת 2008:

אל תוך המערכת הציבורית חודרת ומתחזקת מגמת הפרטה, אם בדרך של יצירת תאגידים מסחריים הפועלים לצד בתי החולים הציבוריים, אם בדרך של מאמצי האוצר להפוך בתי חולים לתאגידים עצמאיים, בדרך להפרטה עתידית אפשרית, ואם בדרך של החדרת שר"פ לבתי החולים הציבוריים.

4. מרכיב הרגולציה - ניגוד האינטרסים של משרד הבריאות, כמנהל בתי חולים ציבוריים, אינו יכול להסביר את העדר הרגולציה לגבי שורת מחויבויות (שמעלה מבקר המדינה):

- אי מדידה או פרסום מחייב של תורים במערכת הציבורית לגבי שירותים שונים.
- אי קביעת נורמות וסטנדרטים לשירות ולזמינות.
- הפסקה בפועל של שירותים במסלול הציבורי ואי מניעת הסטתם למסלולים חלופיים במערכת הציבורית או הפרטית.
- העדר בקרה על איכות השירות בבתי החולים לסוגיהם.

## 2. השפעת הביטוחים הנוספים על אספקת שירותים - תמונת מצב

**שוק ביטוחי הבריאות הנו שוק דינמי ומתחדש אשר נדרש בכל עת להתאים את עצמו להתפתחויות הטכנולוגיות ולביקושים השונים, לצד ההתפתחויות הרגולטוריות.**

### א. סוגי הביטוחים הפרטיים בעולם ובישראל

ברוב המדינות קיים ביטוח בסיסי אוניברסלי ולצידו ביטוח פרטי המתאפיין במספר סוגים:

1. משלים (complimentary) - ביטוח פרטי, המשלים הוצאה על שירות בסיסי שהכיסוי עליו חלקי.
2. נוסף (supplementary) - שירותים נוספים שלא כלולים בסל הבסיסי, או קיצור תורים, או הרחבת רשימת הספקים.

המודל הישראלי משתייך לביטוחים הנוספים, בדומה להולנד, קנדה, אוסטריה, שוויצריה, ספרד ודנמרק. בשאר המדינות קיימים ביטוחים משלימים, בחלק מהמדינות יש גם וגם. הפערים ניכרים בהיקף הביטוחים ובחלוקה בינם, המעידים על כך שאין "נכון". **כל מדינה מגיעה לאיזון שלה לפי צרכיה.**

### כאשר אנו מתייחסים למערכת הבריאות בכללותה, ישנם שלושה רבדים

1. הרובד הבסיסי - חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע כי סל שירותי בריאות לתושבי המדינה מתייחס לשירותי בריאות יומיומיים ולשירותים מורכבים ויקרים רובד זה מסופק ע"י קופות-החולים.
2. הרובד המשלים - כל אזרח המעוניין בשירותי בריאות נוספים, יכול לרכוש אותם באופן נפרד בביטוח משלים מקופת-החולים. זאת ללא חיתום רפואי ובמסגרת שירותי הבריאות הנוספים (להלן, שב"ן). הכיסויים הניתנים בקופות-החולים במסגרת זו הנם שירותים מגוונים המיטיבים את מצבו של החבר ביחס לזכויותו בסל הבריאות. כיסויים אלו ניתנים בשני רבדים תחתון ועליון שההבדל ביניהם הינו היקף הזכויות בכל רובד.

3. הרובד הפרטי - ביטוח בריאות פרטי בחברת ביטוח מספק מימון לשירותי בריאות שונים למבוטח, לרבות בעת קטסטרופות רפואיות. ביטוח זה מאפשר למבוטח לבחור מנתח ובית-חולים בארץ ובחו"ל, וכן מעניק כיסוי רחב לתרופות שאינן נמצאות בסל הבריאות ולביצוע השתלות בחו"ל. הכיסויים הניתנים בביטוח פרטי הנם בחלקם כיסויים מוספים שאינם קיימים בקופת-חולים, כגון ביטוח סיעודי או כיסויים מקבילים לאלו שבקופת-חולים, כגון בחירת מנתח או כיסויים מרחיבים של הזכויות בקופת-חולים.

ההבדל המשמעותי ביותר בין תוכניות השב"ן לבין ביטוח פרטי הוא ההבטחה החוזית ויציבות הכיסוי הביטוחי למבוטחים בפוליסת ביטוח פרטית, לעומת האפשרות להפחית זכויות וכיסויים לחברי השב"ן, משיקולים שונים שאינם בשליטת החבר או הקופה.

השוואה בין שירותי בריאות נוספים בקופות החולים (שב"ן)  
לבין תוכנית ביטוח של חברות ביטוח

קופת החולים	מבטח	
קופת חולים	חברת ביטוח	<b>נוטל סיכון</b>
מבוטחים - ללא חסמי כניסה	מבוטחים בהתאם לסיכון	<b>גורם ממון</b>
עובדי הקופה	סוכני ביטוח/ביטוח ישיר	<b>גורם משווק</b>
משרד הבריאות	המפקח על הביטוח	<b>גורם מפקח</b>
אחיד (בהתאם לגיל)	לפי סיכון	<b>תעריף</b>
מלכ"ר	בעל כוונת רווח	<b>מבנה המפעיל</b>
תקנון	פוליסה	<b>מסמך התקשרות</b>
שייכים למבוטחים	שייכים לחברות הביטוח	<b>יעוד הרווחים</b>

### ב. סך ההוצאה על ביטוחים:

סך ההוצאה לשנת 2010 במיליוני ₪, הינה 7.8 מיליארד ₪; שב"ן 2.9 מיליארד ₪, ביטוח סיעודי 1.9 מיליארד ₪, ביטוחי בריאות מסחריים 2.9 מיליארד ₪.

**■ שב"ן נתונים כלליים**

בישראל כ-7.5 מיליון תושבים, ל-74% מהם יש כיום ביטוח משלים. בשנת 1999 שיעור בעלי ביטוח משלים היה 45% בלבד. ההוצאה בשב"ן למבוטח עומדת על כ-500 ₪ לשנה. יחס הוצאות רפואיות מסך ההכנסות עומד על 76% (2.27 מיליארד ₪). קצב הגידול השנתי של ההכנסות בין השנים 2006-2010 עומד על 15%, ושל ההוצאות עומד על 13%.

**■ קשר בין בעלות על ביטוח לפריפריה, סוציו, מגזר ורמת הכנסה - שוויוניות?**

ניתן לראות בברור כי המחוזות המאופיינים באחוז מיעוטים רב או במצב סוציו נמוך שיעור המבוטחים בשב"ן בהם נמוך: ירושלים 57% מהאוכלוסייה מבוטחת בשב"ן, צפון 52% בלבד בעלי שב"ן, שיעור הערבים להם יש ביטוח מושלם הוא 44%, במרכז הארץ ל-78% מהאוכלוסייה יש שב"ן.

מספר מבוטחי שב"ן לפי אזורים:

מחוזות	2009	2010
מחוז צפון	49%	52%
מחוז מרכז	78%	78%
מחוז ירושלים	57%	58%
מחוז דרום	71%	71%

**■ מספר מבוטחים מקבלי קצבת נכות או זקנה או הבטחת הכנסה אשר להם**

**ביטוח בריאות נוסף (שב"ן)**

ניתן לראות כי אחוז המבוטחים המקבלים קצבת נכות או הבטחת הכנסה ולהם ביטוח שב"ן נמוך ועומד על 47% במאוחדת ו-66% במכבי.

ליום 31 בדצמבר 2010				
קופה	כללית	מכבי	מאוחדת	לאומית
מספר מבוטחים בקופה	476,569	140,041	21,951	25,247
מספר מבוטחים בשב"ן	280,969	92,612	10,382	13,984
יחס המבוטחים בשב"ן	59%	66%	47%	55%

למרות שהביטוחים של הקופות "זולים" יחסית לביטוחים מסחריים קולקטיביים או פרטיים עדיין אוכלוסיית מקבלי הקצבאות למיניהם והאוכלוסייה החלשה בפריפריה מתקשה לרכוש אותם, שוויוניות? האם ניתן להגיע למצב בו לכל האוכלוסייה יש ביטוח שב"ן? כיצד מתגברים על היצע השירותים בפריפריה? האם בפריפריה יש לחלק קטן של האוכלוסייה ביטוח שב"ן כי מצבם הכלכלי קשה או כי היצע השירותים מוגבל? כיצד ניתן להגדיל את היצע השירותים בפריפריה?

### ■ ביטוחים מסחריים - פרטי וקבוצתי:

#### **אין מידע על מבוטחים, אזוריות, מגזרים, מקבלי קצבאות כשמדובר על ביטוחים מסחריים**

אך מדוח שהוגש בימים אלו ע"י איגוד חברות הביטוח למשרד האוצר (דוח ספיבק אמיר) על שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל (ביטוח הוצאות רפואיות)<sup>1</sup>, מנתוני הדוח, הנכונים ל- 2010, עולה כי 1.8 מיליון ישראלים - 25% מהאוכלוסייה - מבוטחים מלבד משרותי הביטוח הנוספים של קופות החולים גם בביטוח מסחרי פרטי: מיליון בביטוחים קולקטיביים וכ-880 אלף בביטוחי הפרט. כולם יחד מכניסים לקופות חברות הביטוח 2 מיליארד ₪ בשנה. ההוצאה הממוצעת של מבוטח בביטוח מסחרי היא 1,375 ₪ בשנה (115 ₪ בחודש), לעומת 846 ₪ בשנה בביטוח קולקטיבי. המומחים סבורים כי העלות החודשית של ביטוח קולקטיבי נמוכה "לכל הדעות", ואילו העלות החודשית של הביטוח הפרטי, 115 ₪ לחודש "לא נראית לנו גבוהה במיוחד".

נתון נוסף ומוכר הוא ההפרש העצום בשיעורי ההחזרים למבוטחים (LOSS RATIO) בין שני סוגי הביטוחים: 84% בקולקטיבי לעומת 39% בפרטי. ואולם, הנתון החדש הוא ההפרש העצום בשיעור הרווח לחברות לאחר ניכוי כל ההוצאות: לפי הדוח, שיעור הרווח הממוצע בביטוחי הבריאות הוא 14%, וקיימת שונות גבוהה בין הביטוח הקולקטיבי שהרווח בו הוא 5% בלבד, לעומת 19% בפרטי - פי ארבעה.

על פי הדוח, כיום 50% ממקרי הביטוח מטופלים במנגנון שיפוי - פנייה ישירה לחברה הביטוח וקבלת החזר הוצאות מלא "מהשקל הראשון" לפי הפוליסה.

בכך חוסכות הקופות את מלוא ההוצאה על ניתוח 6,800 ₪ בממוצע, ב-35% מהמקרים, לפי הדוח, פועל המנגנון של "פיצוי מלא" - המבטח מפעיל את הביטוח המשלים שלו ומקבל על כך פיצוי מחברת הביטוח. זה המקרה המשתלם ביותר לחברת הביטוח, והיא משלמת בממוצע 2,100 ₪ (השתתפות העצמית בתוספת פיצוי) - פחות משליש משיפוי מלא.

ב-15% ממקרי הביטוח - שני הגורמים משלמים: מדובר במקרים שבהם בית החולים הפרטי או הרופא המנתח יודעים שלמטופל יש ביטוח פרטי, ואינם רוצים לקבל את התעריף הנמוך יותר של הקופה. כך, עלות הניתוח נחלקת בין הקופה (שני שלישי) והביטוח (שליש), וחברת הביטוח גם נותנת את השתתפות העצמית והפיצוי - 2,100 ₪, העלות הממוצעת לחברת הביטוח במקרה זה היא 7,767 ₪, מאחר שהתעריף גבוה יותר.

### ג. אספקת השירותים:

סך ההחזר בגין הוצאות הרפואיות של חברות הביטוח, שב"ן + מסחרי, הינו כ-3.36 מיליארד ₪. סכום זה מורכב מהוצאה של 1.16 מיליארד ₪ בגין תביעות מביטוחים פרטיים ו-2.2 מיליארד ₪ בגין תביעות משבנ"ים.

סך הפעילות של בתי החולים: מהווה כ-20 מיליארד ₪. היקף ההוצאות בגין החזר על ניתוחים מוערך בכ-895 מיליון ₪ שב"ן + 465 מיליון ₪ ביטוחים פרטיים, כלומר סך של 1.360 מיליארד ₪.

היקף פעילות זה מהווה 6.8% לכאורה אחוז מאוד קטן מסך הפעילות של בתי החולים אם כך מדוע היא מעוררת כל כך הרבה עניין?



**פירוט המרכזים הרפואיים הכלליים בישראל - חלוקה על פי בעלות**

מיסיון	קופות החולים		ממשלתי	ציבורי מלכ"ר	פרטי
	קופ"ח מאוחדת	שירותי בריאות כללית			
הסקוטי			שיבא	הדסה עין כרם	אלישע
סנט וינסנט	משגב לדך	בילינסון	איכילוב	הדסה הר הצופים	מ.ר. הרצליה
המשפחה הקדושה		סורוקה	רמב"ם	שערי צדק	סניטס
האיטלקי		מאיר	אסף הרופא	ביקור חולים	מ.ר.ב.
סנט ג'והן		קפלן	נהריה	לניאדו	בית יולדות דג'אני
סנט ג'וזף		העמק	וולפסון	אל מקאסד	אסותא ת"א
		כרמל	ברזילי	אוגוסטה ויקטוריה	אסותא ב"ש
		השרון	הלל יפה	הסהר האדום	אסותא פ"ת
		יוספטל	בני ציון		אסותא ראשון
			זיו		אסותא חיפה
			פוריה		מ.ר. חורב

הספקים העיקריים של חברות הביטוח הם: הספקים הפרטים והציבוריים בעיקר הדסה, ביקור חולים ושערי צדק. בתי החולים הדסה ושערי צדק דומים לבתי החולים של הקופות והממשלתיים אך רשאים להפעיל שר"פ כיצד עובד מנגנון זה?

### **אספקת השירותים - הדרך השלישית - שירות פרטי במסגרת ציבורית**

במספר בתי חולים ציבוריים בארץ ניתן לקבל שירות פרטי (בחירת רופא לייעוץ או לניתוח) במקביל להיותו של בית החולים פתוח לכלל אזרחי המדינה במסגרת השירות הציבורי.

השירות ידוע בשיח הציבורי כשר"פ - שירות רפואי פרטי. על קיומו במסגרת הציבורית קיים ויכוח קוטבי ורב שנים בין המצדדים לשוללים.

השרות ניתן בעיקר בבתי החולים בירושלים (הדסה, שערי צדק וביקור חולים) וכן בבתי חולים לניאדו, מעיני הישועה ובתי החולים של המיסיון בנצרת.

השר"פ התחיל בהדסה בשנות החמישים לאור דרישתם של מנהלי המחלקות לאפשר להם ביצוע עבודה פרטית כדי לשפר את משכורתם הציבורית. יש לציין כי כבר בשנים אלו היה מקובל כי רופאים בכירים באזור המרכז עבדו הן בעבודה ציבורית והן בפרקטיקה פרטית מחוץ לכתליו של בית החולים ללא כל קשר בין שתי צורות עיסוק אלו. בראשית שנות השישים הורחבה היריעה ולכל רופא קבוע ניתנה רשות לשר"פ.

### **שר"פ הלכה למעשה**

על מנת להבהיר את מודל השר"פ להלן צורת ההפעלה "בהדסה". השיטה דומה אך לא זהה לחלוטין גם בבתי החולים האחרים בירושלים:

1. זכאות לביצוע שר"פ ניתנת רק לרופא מומחה במשרה מלאה עם קביעות במוסד. הגעה לקביעות עפ"י הסכמי העבודה החלים בהדסה מתאפשרת לא לפני תום חמש שנים מסיום ההתמחות. בשנות התשעים הורחבה זכות זאת גם לרופאים שטרם הגיעו לקביעות ונקראת בשם טר"א (טיפול רפואי אישי).

2. המסלול הרפואי של מנותח בשר"פ זהה לחלוטין לכלל החולים. וכל החולים נדונים במסגרת הדיונים הקיימים בכל מחלקה. תנאי האשפוז של חולה פרטי וציבורי היו והינם זהים. ניסיון להקמת מחלקה בה יאושפזו חולים פרטיים בלבד לא עלה יפה.

3. העיסוק ברפואה פרטית במסגרת שר"פ מותר אך ורק בין כותלי בית החולים וקיים איסור מוחלט לביצוע רפואה פרטית במסגרות שאינם בתוך בית החולים (למעט ייעוציים לחולים המאושפזים בבתי חולים אחרים או במתקני הדסה בתל אביב).
4. יעוץ מרפאתי - ניתן לאחר שעות העבודה המקובלות. כל רופאי הדסה כולל הבכירים ומנהלי המחלקות חייבים בביצוע מרפאה ציבורית שבועית. מרפאה ציבורית שמית מתקיימת ע"י למעלה מ-90% מהרופאים.
5. פעילות ניתוחית - מתבצעת בכל שעות היממה כולל במסגרת שעות העבודה בבוקר.
6. גביית הכספים - מנוהלת ע"י הדסה שגובה תקורה של כ-27%. התשלומים לרופאים מבוצעים דרך תלוש המשכורת. אין אינטראקציה כספית ישירה בין המטופל לרופא המטפל.
7. תשלומי השר"פ מוגבלים לרופאים בלבד. מרדמים ומקצועות העזר (הדמיה, פתולוגיה) מקבלים את חלקם עפ"י נוסחאות הנגזרות מהתשלום לרופא שנבחר ע"י המטופל.
8. מטופל הבוחר ברופא לביצוע פרוצדורה (אנדוסקופיה, בדיקת הדמיה, ניתוח וכו') חייב לדאוג לכיסוי המחיר הציבורי של הפרוצדורה בנוסף לתשלום לרופא הפרטי. כיסוי המחיר הציבורי מתאפשר ע"י המצאת התחייבות הקופה או ע"י תשלום ישיר של המטופל.
9. כבר בשנים הראשונות להסדר השר"פ נקבע כי מרפאות שר"פ יתקיימו לא יותר מפעמיים בשבוע. בעשור האחרון קבעה הנהלת הדסה ערכים כמותיים להיקף הפעילות הניתוחית שנראים לה כמתאימים למוסד ציבורי המקיים בין כתליו רפואה פרטית. נקבע כי הטווח הסביר לפעילות הרפואית המחלקתית הינה 25%-35. מכך נובע כי לפחות 65% מהפעילות חייבת להיות ציבורית. כמו כן נקבע כי פעילותו הניתוחית הפרטית של הרופא הבודד. לא תהיה מעבר לטווח של 40%-50.

10. כל הסכם שנחתם עם גורם חיצוני כולל את כל הרופאים הזכאים לבצע שר"פ ומחייב את כלל הרופאים. גוף מבטח אינו יכול להחרים רופאים מסוימים (לטוב או לרע). מאידך, רופאים בהדסה אינם יכולים לטעון כי אינם מוכנים לעבוד במסגרת הסכם כל שהוא. המשא ומתן עם גורמים אלו מתנהל במשותף ע"י הנהלת הדסה ונציגות של רופאי השר"פ.

11. ההוצאה השנתית הממוצעת לנפש באזור ירושלים גבוהה בכ-10%-15% מהממוצע הארצי, והדעה סוברת ששירותי השר"פ הם הגורמים לעליה זו. באקסטרפולציה לשאר האזורים בארץ - משמעות הרחבת מודל השר"פ לכלל בתי החולים הציבוריים - משמעה הגדלת ההוצאה הלאומית בבריאות בכ-10% ושל ההוצאה הפרטית מכלל ההוצאה לכ-42%.

### 3. ארגון ואספקת השירותים - שימוש יתר וכוח אדם רפואי

בישראל, כיום, אין כמעט בנמצא נתונים מהם ניתן ללמוד על מידת ההשפעה של השב"ן - שירותי בריאות נוספים ("ביטוח משלים") שמוקרות קופות החולים, והביטוח מסחרי שמוכרות חברות הביטוח על אספקת שירותי הבריאות. כרקע לדיונים בסוגיה זו בחרנו להציג נתונים הנוגעים לבחינת השלכות האפשריות שיש להתרחבות הביטוחים הנוספים על:

- א. שימוש יתר בפרוצדורות רפואיות.
- ב. מאפייני עבודתם של רופאים ושעות עבודתם.
- ג. פערים בשכר הרופאים.

#### השפעת הביטוחים המשלימים והמסחריים על קצב הגידול בשימוש בפרוצדורות רפואיות

בדיון על השפעת הביטוחים הנוספים על אספקת שירותי הבריאות עולה לעיתים הטענה כי הם עלולים להוביל לשימוש יתר (over use) של פרוצדורות רפואיות. לבחינת טענה זו בחנו את מגמות הביצוע (השימוש) של ארבע פרוצדורות ניתוחיות אותן נהוג בישראל לבצע במסגרת הביטוחים המשלימים (ניתוחי קטרקט, כריתת כיס מרה לפרוסקופית, כריתת ערמונית, החלפת ירך). זאת, בהשוואה למגמות השימוש בהן במספר ארצות ב-OECD, בשנים 2003-2010. לא מצאנו בנתונים תימוכין לטענה של שימוש יתר בפרוצדורות אלו בישראל בהשוואה לארצות האחרות. מן השוואות שערכנו עולה כי קצב הגידול בשימוש בפרוצדורות רפואיות

הנזכרות לעיל בשבע השנים האחרונות, דומה לקצב הגידול באוסטרליה, בלגיה, קנדה, דנמרק, הולנד ושוודיה, ואף נמוך יותר בנוגע לניתוחי קטרקט. יותר מכך, בשלוש מן הפרוצדורות הניתוחיות שיעורי הביצוע למאה אלף נפש נמוכים ביותר, לאורך כל השנים הנבדקות, בהשוואה לששת מדינות ה-OECD שנכללו בבדיקה. גם ברביעית, כריתת כיס מרה לפרוסקופית, שייכת ישראל לקבוצת המדינות בהן שיעורי הביצוע לאורך השנים נמוכים, אולם הם גבוהים במקצת מאלו בשוודיה ובדנמרק (ראה לוחות ותרשימים בנספח 1).

### **השלכות שיעור הביטוחים המשלימים/מסחריים על מאפייני עבודת רופאים**

אין בנמצא נתונים עדכניים על שיעור הרופאים בישראל שנותנים שירות מחוץ למסגרת הציבורית ועל מאפייני עבודתם במסגרות העבודה השונות. עם זאת, ניתן ללמוד על מגמות בתחום זה מסקר ארצי שערכו לפני כעשור ניראל ואח' בקרב רופאים בשישה תחומי מומחיות המייצגים את מתן שירותי הרפואה הן בבתי החולים והן בקהילה [1]<sup>2</sup>. ב-2001 (מועד ביצוע הסקר) שיעור בעלי ביטוח משלים מקרב האוכלוסייה הבוגרת עמד כבר על 64% ושיעור בעלי ביטוחים מסחריים על 26% [2]. כך שתמונת המצב על עבודה נוספת ושעות עבודה במסגרת עבודה פרטית בשנה זו ייצגה, כבר אז, מאפייני עבודת רופאים מומחים במשק שבו לשיעור ניכר מן האוכלוסייה הבוגרת יש ביטוחים משלימים/מסחריים.

### **שיעור רופאים הנותנים שירות מחוץ למסגרת הציבורית - נתוני 2001**

בסקר נמצא כי 2% מהמומחים שרואיינו ציינו כי המעסיק העיקרי שלהם היה ארגון למטרות רווח (בית חולים פרטי/מתקן פרטי) והשיעור שענו כך היה דומה בכל תחומי ההתמחות הנבדקים. אולם, 84% מכל הרופאים (ו-90% מכלל רופאי בתי החולים) ציינו שיש להם מעסיק נוסף (בעבודה נוספת) ומתוכם 20% היו ארגונים למטרות רווח (בית חולים פרטי/מתקן פרטי); (אחוז זה נע בין 13% בקרב רופאי א.א.ג. ל-29% בקרב קרדיולוגים). יותר מכך, 46% דיווחו על מעסיק שלישי (בעבודה נוספת שניה) ו-50% מהם היו ארגונים למטרות רווח (בית חולים פרטי/מתקן פרטי), עם הבדלים מזעריים בין תחומי ההתמחות.

2 אוכלוסיית המחקר ב-2001 כללה כ-3200 רופאים מומחים (רופאי עור, עיניים, א.א.ג., גינקולוגיה, כירורגיה כללית, וקרדיולוגיה) בגיל העבודה (עד 65) שעסקו אז, בישראל, בטיפול ישיר בחולים (המדגם היה 50% מן הרופאים המומחים בגיל העבודה בכל אחד מששת תחומי ההתמחות לעיל).

### שעות עבודה בשבוע - נתוני 2001

הרופאים המומחים בששת תחומי המומחיות שנבדקו עבדו כ-48 שעות בממוצע בשבוע במקום עבודתם העיקרי, וכ-63 שעות בממוצע בשבוע בכל העבודות שלהם (לוח 1). מלוח 1 עולים הבדלים מובהקים במספר שעות העבודה השבועיות בין תחומי המומחיות שנבדקו. המובילים בממוצע שעות עבודה שבועיות הם הכירורגים (כ-77 שעות בממוצע בשבוע) והקרדיולוגים (72 שעות בממוצע בשבוע). זאת, לעומת רופאי העור שעבדו בממוצע כ-47 שעות בשבוע בכלל העבודות שעליהן דיווחו. בלוח מוצג גם ממוצע סך השעות בכל מקומות העבודה ללא שעות הכונוניות, לפי דיווח הרופאים. לעתים הרופא נמצא במקום העבודה לצורך טיפול בחולים גם בשעות הכונוניות, ולעתים הוא אינו חייב. המצב שונה בין תחום מומחיות אחד למשנהו. ללא חישוב שעות הכונוניות, מספר שעות העבודה הממוצע בשבוע במקום העבודה העיקרי עמד על כ-38 שעות וסך שעות העבודה בשבוע בכל מקומות העבודה - על 52 שעות. עוד נמצא כי הגינקולוגים וקרדיולוגים עבדו מספר דומה של שעות שבועיות בממוצע (כ-54 שעות ו-56 שעות ללא שעות כונוניות, בהתאמה), לעומת מספר השעות השבועיות של רופאי אף-אוזן-גרון ורופאי עיניים שעמד על כ-48 שעות שבועיות, ומספר שעות העבודה השבועיות של רופאי העור שעמד על 41 שעות שבועיות.

למספר מסגרות העבודה שבהן הרופא עבד היו השלכות על סך שעות העבודה - כל מסגרת עבודה נוספת העלתה במעט את הסך הכולל של שעות העבודה והורידה במעט (בכ-10%) את סך השעות בעבודה העיקרית של הרופא (ראה לוח 2); (בלוח אין ממוצע שעות עבודה במסגרת רביעית משום שאין מידע על כך).

נראה כי כבר ב-2001 מה שאפיין את עבודת הרופאים המומחים שבמחקר היה ששיעור גבוה מהם עבדו במספר מסגרות עבודה ושאינן לא מבוטלים מהם עבדו במסגרת ארגון למטרות רווח או באופן פרטי במסגרת העבודה הנוספת שלהם. עוד בלטה העובדה שמספר שעות העבודה השבועיות היה גבוה ושמספר מסגרות העבודה שבהם הרופאים עבדו השפיעו על ירידת מה בסך שעות עבודתם במקום עבודתם העיקרית (בו היו מועסקים ע"י מעסיק ציבורי).

**לוח 1:** שעות עבודה בשבוע לפי תחומי מומחיות (ממוצעים)

עניינים n=140	עור n=85	א.א.ג. n=105	קרדיולוגיה n=105	כירורגיה כללית n=167	גינקולוגיה n=288	סה"כ n=890	
29.5	28.3	30.7	37.7	39.5	30.7	32.7	ממוצע שעות טיפול בחולים במקום עבודה עיקרי (n=890)
(14)	(16)	(33)	<sup>1</sup> (15.7)	39.6	20.1	23.9	מוצע שעות תורנות במקום עבודה עיקרי (n=76)
32.9	38.1	32.6	33.2	36.3	26.7	32.4	ממוצע שעות כוננות במקום עבודה עיקרי (n=281)
8.7	8.7	9.5	12.8	9.6	11.2	10.5	ממוצע שעות ניהול, הוראה, הדרכה, במקום עבודה עיקרי (n=269)
38.9	36.2	42.1	59.6	65.0	44.5	48.2	ממוצע סך שעות עבודה במקום עבודה עיקרי *(n=890)
31.8	30.3	34.2	44.7	46.2	37.0	37.8	ממוצע סך שעות עבודה במקום עבודה עיקרי ללא כוננויות (n=890)*
16.3	13.0	15.6	11.6	11.2	14.9	14.0	ממוצע סך שעות עבודה בעבודה נוספת ראשונה *(n=698)
15.7	13.0	14.9	10.8	10.3	14.7	13.5	ממוצע סך שעות עבודה בעבודה נוספת ראשונה, ללא כוננויות (n=698)*
8.8	7.5	8.5	8.9	7.2	10.6	9.1	ממוצע סך שעות עבודה בעבודה נוספת שנייה (n=365)
8.8	7.5	6.8	8.9	6.1	10.4	8.6	ממוצע סך שעות עבודה בעבודה נוספת שנייה ללא כוננויות (n=365)*
55.3	47.2	57.9	72.2	76.6	62.4	63.1	ממוצע סך שעות עבודה בכל המקומות <sup>2</sup> (n=890)*
47.7	41.2	48.3	56.7	56.6	54.5	52.1	ממוצע סך שעות עבודה בכל המקומות ללא כוננויות (n=890)*

\* p<0.05

1 הסוגיים מעידים על מספר נמוך מאוד של משיבים.

2 סך שעות טיפול בחולים, תורנות, כוננות ועבודה אחרת (ניהול, הוראה והדרכה וכדומה) בכל מקומות העבודה של הרופא.

\* מקור: ניראל ואח', 2003.

**לוח 2:** ממוצע מספר שעות עבודה לשבוע (ללא כונוניות)  
לפי מספר מסגרות העבודה של הרופא

מספר מסגרות העבודה של הרופא	סך שעות עבודה	שעות בעבודה עיקרית	שעות בעבודה שנייה	שעות בעבודה שלישית
מסגרת אחת	42.0	42.0		
שתי מסגרות	51.0	39.0	13.0	
שלוש מסגרות	55.0	35.0	13.9	7.6
ארבע מסגרות	57.9	34.8	14.0	10.2

\* מקור: ניראל ואח', 2003.

**היקף העלייה בבעלות על ביטוחים משלימים/מסחריים ובשיעור ההוצאות לתביעות בגין ניתוחים במסגרת תכניות לשירותי בריאות נוספים**

נוכל להניח שגידול בהיקף הבעלות על ביטוחים משלימים ומסחריים עשוי להוביל גם לגידול בשעות עבודת רופאים המוקדשות למתן שירות במסגרת ביטוחים אלה. הנתונים מעידים על עלייה בשיעור בעלי הביטוח המשלים ובעלי ביטוחים מסחריים מקרב האוכלוסייה הבוגרת מאז 2001 ועד 2012. ב-2001 שיעור בעלי ביטוח משלים עמד על 64% ושיעור בעלי ביטוחים מסחריים על 26%. בשנת 2012 עמד שיעור בעלי ביטוח משלים על 80% ושיעור בעלי ביטוח מסחרי על כ-40% [2]. כך שבין 2001 ל-2012 הייתה עלייה של 16 נקודות אחוז בשיעור בעלי הביטוחים המשלימים ושל 14 נקודות אחוז בשיעור בעלי הביטוח המסחרי.

הנתונים על היקף הוצאות הקופות על תביעות בגין ניתוחים במסגרת ביטוחי הבריאות המשלימים והמסחריים עשויים אף הם לשקף את הגידול בהיקף מתן השירותים ע"י רופאים במסגרות אלו לאורך השנים. מלוח 3 להלן עולה כי בין השנים 2006 ל-2010 קצב הגידול השנתי בסך התביעות בגין ניתוחים (המהווים 38% מסך התביעות בשבנ"ם) עמד בממוצע על 54% בקופות החולים ובסך הכל (כולל ביטוחי בריאות מסחריים) ב-60%, ושיעור העלייה השנתי הממוצע עמד על 13% בקופות החולים ובסך הכל (כולל בביטוחי הבריאות המסחריים) על 15%. כשבחנו את קצב הגידול בסך התביעות בגין ניתוחים בין שנת 2000, בה עמד סך התביעות על 651.5 מיליוני ₪ [3], לשנת 2010, בה עמד סך התביעות על 1,794 מיליוני ₪, נמצא כי קצב הגידול בין שתי נקודות זמן אלו עמד על 175%.



**לוח 3: סך תביעות בגין ניתוחים במיליוני ₪\***

קופה	2006	2007	2008	2009	2010	קצב שינוי 2010-2006	קצב גידול שנתי
כללית	223	229	272	296	312	40%	10%
מכבי	235	250	277	334	363	54%	14%
מאוחדת	64	68	77	110	130	103%	26%
לאומית	60	67	71	76	90	50%	13%
<b>סה"כ</b>	<b>582</b>	<b>614</b>	<b>697</b>	<b>816</b>	<b>895</b>	<b>54%</b>	<b>13%</b>
ביטוחי בריאות מסחריים פרטי וקבוצתי	538	695	827	923	899	67%	17%
<b>סה"כ</b>	<b>1,120</b>	<b>1,309</b>	<b>1,524</b>	<b>1,739</b>	<b>1,794</b>	<b>60%</b>	<b>15%</b>

\* משרד הבריאות, 2011, דוח ציבורי מסכם על תכניות לשירותי בריאות נוספים - שב"ן של קופות החולים לשנת 2010.

**מה ניתן ללמוד מכך על היקף הגידול בשעות עבודת רופאים במסגרת תכניות לשירותי בריאות נוספים?**

הנתונים על העליות בהיקף הבעלות על ביטוחים משלימים וביטוחים מסחריים, ועל העליות בשיעור ההוצאות לתביעות של קופות החולים במסגרת הביטוחים המשלימים והמסחריים בשנים שבין 2001 ל-2012, עשויים להעיד על כך כי מאז 2001 גדל גם היקף מתן השירות (שעות עבודת רופאים) במסגרת השבנ"ים והביטוחים המסחריים.

ניסיון לכמת את היקף שעות העבודה של רופאים במערכת הפרטית נעשתה במודל המצורף בנספח ב'.

עם זאת, לא ניתן להסיק באופן ישיר מהיקף הגידול בהם על היקף הגידול במתן השירות (שעות עבודת רופאים) במסגרת הביטוחים הנוספים באותן השנים. זאת,

גם משום שיתכן שהגידול בהיקף מתן השירות אינו באותה המידה כמו שיעורי ההוצאות, שכן, אלו מייצגים גם התייקרויות וגם, אולי, היקף רחב יותר של שירותים המסופקים ע"י הביטוחים ואולי אף שירותים יקרים יותר. אי לכך, ייתכן ששיעור ההחזרים (התביעות) גדל בקצב גדול יותר משיעור המבוטחים. בנוסף, איננו יודעים איך השפיעו נתוני העלייה בשיעור המבוטחים, ו/או בהיקף התביעות, על מאפייני עבודת הרופאים - האם יותר רופאים מספקים שירותים מחוץ למסגרת הציבורית או שיעור דומה של רופאים כבעבר מספק יותר שעות שירות מחוץ למסגרת הציבורית?

### השלכות אפשריות על פערים בהכנסות הרופאים

שמש ואח' [4] בחנו נתוני שכר רופאים בשנת 2008 תוך הקבלה בין קובץ הרופאים של משרד הבריאות במשולב עם קובץ ההכנסות שברשות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הם בדקו ערכים של שכר ממוצע ושכר חציוני לפי מחוזות. ההשוואה בין שני המדדים הללו מאפשרת להעריך את היקף בעלי השכר הגבוה מן הממוצע במקרה שהשכר הממוצע גבוה מהשכר החציון ולהפך, היקף הרופאים ששכרם נמוך מן הממוצע כאשר השכר הממוצע נמוך משכר החציון (ככל שהפער בין המדדים גדול, הפערים בגובה השכר גדלים). החוקרים מצאו בעבודתם כי הפערים הגדולים ביותר בין שכר ממוצע וחציון נמצאו במחוז ירושלים, במחוז תל אביב ובאזור יהודה ושומרון, קרי במחוזות אלו גבוה שיעור בעלי השכר הגבוה מן הממוצע.

ייתכן כי אחד ההסברים להכנסות גבוהות יותר של רופאים במחוזות אלו קשור להיקף גדול יותר של עבודת רופאים במסגרת שירותי הביטוח הנוספים. לפי הנתונים על סך עלות התביעות במסגרת שירותי הבריאות הנוספים, בכל קופה, בדקנו האם במחוזות בהם גבוה שיעור בעלי השכר הגבוה מן הממוצע גם גבוה יותר היקף השימוש בשירותי בריאות נוספים. יצוין כי בכל קופה ההגדרה של מחוז הינה שונה כך שקשה לחבר את הנתונים ולהשוות בין המחוזות. לכן, בחנו זאת לפי נתוני שירותי בריאות כללית. מן הלוח שבנספח 3 עולה באופן ברור כי במחוזות ירושלים ותל אביב-יפו, בהם שיעור הרופאים ששכרם גבוה מן הממוצע גבוה, גבוה גם סך עלות התביעות לנפש בגין ניתוחים במסגרת השב"ן של קופה זו<sup>3</sup>.

3 אין בידינו מידע היכן עובדים רופאים המתגוררים ביהודה ושומרון על כן לא התייחסנו לממצא הנדון בהשוואות לנתוני הקופות על עלות התביעות לפי מחוז.

**שאלות שנדונו:**

1. מהם התמריצים שיש לתת למערכת הציבורית על מנת לשפר את יעילותה?
2. האם שיפור היעילות ייקצר תורים ישפר זמינות וייתר את המערכת הפרטית?

**4. טיעוני המערכת הציבורית****ניתוח נתוני שב"ן**

ניסינו לבחון באמצעות "מדגם" האם הבעיות שצוינו לעייל נתמכות בנתונים כמותיים של הפעילות במערכת הציבורית והפרטית, לצורך כך ניתחנו את פעולות השב"ן ובחרנו את אותם פעולות וניתוחים המבוצעים במושלם והיו יכולים להתבצע במערכת הציבורית. תוך בדיקת הטענה האם חל גידול כמותי **גדול יותר** (בפעולות המדגם) במערכת הפרטית מאשר בזו הציבורית, גידול זה הינו ההסטה המהווה את הגורם המסביר לכול אותם הבעיות שיפורטו בהרחבה בהמשך פרק זה.

**ישנם כ-9 תחומי פעילות עיקריים בשב"ן:**

- עיניים - בעיקר קטרקט, טיפולים בלייזר, עפעפיים.
  - גסטרו - קולונוסקופיות למיניהם וגסטרוסקופיות.
  - אורתופדיה - השתלות מפרק, שאיבות דיסק, ארטרוסקופיות, ניתוחי עמוד שידרה, טיפול בגלי רדיו.
  - כירורגיה - כיס מרה, בקע, קיצורי קיבה (טבעת ושרוול), כריתות ערמונית.
  - א.א.ג - שקדים וכפתורים, מחיצות אף, סינוסים.
  - עור - הורדות נגעים למיניהם.
  - נשים - היסטרוסקופיות אבחנתית, וגרידה כולל פוליפ, ניתוחי לאפ.
  - אורולוגיה - ציסטוסקופיה, פרוסטטה, שלפוחית שתן.
  - לב - צנתורים אבחנתיים וטיפוליים.
- ניתוחים אלה מהווים כ-**75%** מכלל הפעילות של השב"ן.

מהניתוח הכמותי של פעילות השב"ן והמערכת הציבורית (כאמור לעייל) ניתן לראות **הסטה מובהקת** (קרי קיטון כמותי במערכת הציבורית וגידול כמותי במושלם) במקצועות: עיניים, נשים אורולוגיה, קרדיולוגיה. ואכן, באותם מקצועות, ההיקף בסה"כ הפעילות (פרטי + ציבורי) לאורך השנים הלך וגדל, ובמקצועות אורתופדיה, גסטרו והעור יש גידול בתפוקות המערכת הציבורית, אך עדיין הגידול בשב"ן משמעותי הרבה יותר.

גורם מסביר נוסף שראוי להתייחס אליו הינו "אורך התור" קרי - האם הסיבה "להסטה" אינה מבנה השוק - קיום המערכת הפרטית, אלא חוסר זמינות טובה של המערכת הציבורית, כאן הטענה הנבדקת היא האם באותם תחומים שבהם חלה הסטה לטובת המערכת הפרטית אין בפועל תורים ארוכים במערכת הציבורית ולכן סיבת הסטה היא מבנה השוק - השב"ן ולא אורך התור.

הצלבת הנתונים דלעיל מול אורכי התורים, מראה שבמקצוע הקרדיולוגיה בו קיימת הסטה כמותית מובהקת אורך התור במערכת הציבורית הינו סביר (קרי נמוך בהשוואה לכול הפעולות דלעיל) ולכן ניתן לטעון שבמקצוע זה הסיבה להסטה אינה אורך התור בהכרח; מקצוע הקרדיולוגיה מתאפיין בשיעור גבוה יחסית של קרדיולוגים לנפש, ויתכן ושאלת ההסטה לא רלוונטית, להבדיל ממקצועות אחרים בהם שיעור המומחים לאוכלוסייה קטן יחסית; בעיניים אורך התור במערכת הציבורית גבוה ולכן יכול להיות גורם מסביר (נוסף או עיקרי) להסטה, לגבי אורולוגיה ונשים גם כאן אורך התור ארוך, אם כי קצר יותר מאשר בעיניים. במקצוע אורתופדיה אורך התור במערכת הציבורית הינו ארוך ולכן יתכן שמשקלו בהסטה משמעותי.

לגבי שאר הפעולות יש גידול כמותי גם במערכת הציבורית וגם בשב"ן (ברוב המקרים הגידול בשב"ן גדול יותר מאשר בציבורית). לסיכום, לא ניתן לשלול ההנחה שגם בארץ הסיבות להסטה בין מערכת הבריאות הציבורית לזו הפרטית הינם אורכי תורים במערכת הציבורית אך גם מבנה השוק.

### **בעיות במצב הנוכחי**

בפרק זה נימנו בעיות עיקריות הנגזרות מהמצב הקיים כפי שהן נתפשות ע"י הגורמים במערכת הציבורית והפרטית.

### **טיעוני המערכת הפרטית:**

#### **■ ברמה לאומית**

הגדלת ההוצאה הלאומית בגין בריאות ובייחוד בחלק במימון הפרטי כתוצאה מגידול בתשלום פרמיות ביטוח.

א. היעדר רגולציה וקביעת סטנדרטים לגבי זמינות ואופן מתן השירות בבי"ח ציבוריים, היעדר מדידה של תורים ושביעות רצון משירות בבתי חולים, היעדר מדדי יעילות ומדדי טכנולוגיה בבתי החולים.

ב. פגיעה בהכשרת רופאים הן בעקבות הקטנת נוכחות רופאים בכירים והן בהקטנת פעילות ניתוחית לימודית.

ג. העלאת רף תשלומי השכר לאנשי צוות הרפואי ע"י יצירת חלופת העסקה למערכת הציבורית שגוררת למעלה את השכר במערכת הציבורית.

ד. העמקת הגירעונות של בתי החולים הציבוריים הן ע"י העלאת רמת הוצאות השכר כאמור לעיל והן ע"י הקטנת תפוקות לטובת המערכת הפרטית והן ע"י הרעת תמהיל החולים, קרי החולים המסובכים נותרים ברובם במערכת הציבורית ואילו המקרים הקלים עוברים למערכת הפרטית.

ה. העמקת פערים בחברה בין בעלי הכנסות גבוהות לנמוכות שיכולות להרשות רכישת רובד ביטוחי נוסף והן ובין תושבי הפריפריה למרכז בעקבות פיזור לא שוויוני של המוסדות הפרטים.

#### ■ ברמת המוסד הציבורי

א. הסטת פעילות קלינית מתוך המערכת הציבורית למערכת הפרטית וע"י כך:

1. פגיעה בהכנסות המוסד והעמקת הגרעון.
2. הרעת תמהיל הפעולות ע"י "גריפת שמנת" של פעולות רווחיות מחוץ למערכת.
3. פגיעה בהכשרת מתמחים עקב מחסור בפעולות קליניות פשוטות.
4. הקטנת נוכחות הרופאים הבכירים במערכות הציבורית הגורר פגיעה בהכשרת רופאים ופגיעה בשירות לאזרח.

ב. אורכי תורים קצרים בפעולות נבחרות במערכת פרטית לעומת אורכי תורים ארוכים במערכת הציבורית הנובעת מתמהיל פעולות מורכב הדורש יותר זמן של חדרי ניתוח וכן מהקטנת מישרות של רופאים בכירים.

ג. החרפת המחסור בכוח אדם במערכת הבריאות הציבורית, המערכת הפרטית מתחרה (ללא הגבלות) על כוח אדם הנמצא במחסור (מרדימים - כמשל) במערכת הציבורית, ובעצם גורמת להסטת כוח אדם במלואו או בחלקו למערכת הפרטית.

ד. העמקת הגירעונות כתוצאה מתהליכים דלעיל יוצרת החלשה נוספת של המערכת הציבורית הפוגעת בפיתוח העתידי. כדי להשיג מקורות כספיים לפיתוח נותנים בתי חולים העדפה לפעילות רווחית (חניונים, תיירות מרפא, מלונית, אסתטיקה) על פני הפעילות האחרת.

### ■ ברמת הלקוח

- א. אורכי תורים ארוכים במערכת הציבורית בעקבות הסטת כוח אדם (החסר גם כך) במחסור למערכת הפרטית.
- ב. כפל תשלומים על ביטוחים, וחוסר זמינות של המערכת הציבורית, דבר שגורם לגידול בהוצאה הפרטית של הלקוח לבריאות.
- ג. הגדלת פערים בין רמות סוציאקונומית שונות ובין הפריפריה למרכז, הנגישות הפיזית של תושב הפריפריה למערכת הבריאות הפרטית הנמצאת ברובה באזור המרכז נמוכה ביותר (לראיה ניתוח השימושים) ובעצם הלקוח בפריפריה נותר עם מערכת ציבורית שבמצוקותיה מתקשה לספק את כל השירותים.

## 5. טיעוני המערכת הפרטית

### ניתוח השפעת מגמות בשוק ביטוחי הבריאות על מערכת הבריאות

עיקר אספקת השירותים הכירורגיים והפרוצדורות (צנתורים, פעולות גסטרו) הקיימים בסל אך מבוצעים במימון אחר מתבצע בבתי חולים פרטיים, מרפאות פרטיות ובבתי החולים בירושלים.

המימון, רובו או כולו, הוא באמצעות השב"נים והביטוחים הפרטיים ומיעוטו מכיס המטופל באופן מלא.

במדינות רבות בהן מערכת בריאות ציבורית מפותחת שבה הגישה לשירותים רפואיים היא בעלות נמוכה או בחינם, משמשת השליטה על כמות המשאבים (חדרי ניתוח לדוגמה) ל"קיצוב" השימושים ומניעת שימוש יתר. שיטה זו מייצרת תורים ומתאימה לרוב לפעולות שאינן מצילות חיים אך נדרשות רפואית, משפרות איכות חיים ואולי גם פרודוקטיביות.

מדינות שונות ב-OECD נקטו בגישות שונות בניסיון לקצר התורים, החל משליטה בביקושים באמצעות החמרת האינדיקציות, דרך הגדלת אמצעי הייצור ועד לעידוד

(כולל באמצעות תמריצי מיסוי) של ביטוחי בריאות פרטיים. לכל שיטה יתרונות וחסרונות כמובן.

במסגרת עבודת הצוות הועלו מספר השערות ונעשה ניתוח של משמעויותיהן. יש לציין שהמחסור בנתונים רשמיים ומהימנים מקשה משמעותית להתייחס באופן מקצועי למצבים השונים. להלן ההשערות המרכזיות והניתוח.

לאחר ניתוח מעמיק של ההשערות ועל בסיס הנתונים הקיימים נראה בבירור שקיומה של מערכת בריאות פרטית בריאה תורמת למערכת הבריאות בישראל ומשפרת את מצבם של רוב אזרחי המדינה תוך מתן אלטרנטיבה איכותית וראויה בשירותים אותם מתקשה המערכת הציבורית לקיים בזמינות סבירה.

### **השערות:**

אספקת השירותים הכירורגיים הממומנים ע"י השב"נים וחברות הביטוח הפרטיות באמצעות הסקטור הפרטי:

#### **■ בטוחה יותר למטופלים**

1. כמות הזיהומים בחיידקים יציבים במערכת הפרטית אפסית.
2. ביצוע הניתוחים במערכת בה אין ניתוחי חירום ואשפוז ממושך מצמצמת את הסיכון לזיהום.
3. מיקוד בפעולות אלקטיביות בלבד מאפשרת תכנון נכון יותר של כוח אדם, ציוד ותהליכים.
4. השערה זו נכונה בניתוחים אלקטיביים פשוטים יחסית.

#### **■ מורידה עומס מהמערכת הציבורית**

1. אף גורם אינו מגביל את בתי החולים הציבוריים מביצוע פעולות אלקטיביות.
2. הזדקנות האוכלוסייה, היוותרות גבוהה בחיים במחלות קשות וכתוצאה מכך תחלואה נוספת מייצרים עומס על המשאבים של המערכת הציבורית והתעדוף הרפואי דוחק את הפעילות האלקטיבית לעדיפות נמוכה.
3. לאור זאת - ביצוע פעילות אלקטיבית פשוטה במערכת הפרטית משחררת את המערכת הציבורית מעומס נוסף זה.
4. ביצוע פעולות אלקטיביות במערכת הפרטית מעבירה פעולות מביצוע במימון ציבורי לביצוען במימון פרטי על כל המשתמע מכך.

■ **מאפשרת לבתי החולים הציבוריים להתמקד בניתוחים מצילי חיים, חירום, טראומה, במחלקות הפנימיות ובגריאטריה**

1. בכל העולם יש מגמה של הפיכת בתי החולים ליותר "נמרצים" והוצאת פעילות פשוטה ואלקטיבית לקהילה ו/או למערכות פרטיות.
2. בעומס ובמצוקת כוח האדם הקיים - התיעדוף ברור ונכון, והתמקדות בתי החולים בתחומים אלו נדרשת.
3. הבעייתיות, כפי שמתואר בסעיף הקודם, היא שמדובר על מעבר מהמממן הציבורי לזה הפרטי.

■ **מייצרת הפרדה ברורה בין אספקת שירותים ציבורית שוויונית לבין בחירת רופא, מימון פרטי ובחירת רמת שירות ומלונאות**

1. בחירת רופא במערכת ציבורית נראית על פניה בלתי אפשרית. מצב בו בוחרים מתוך רופאי המערכת מספר מצומצם של רופאים ואחרים לא נבחרים כלל ייצר עומס שיתנקז למספר רופאים מצומצם, לא יאפשר כל תכנון וייצור חוסר יעילות במקום לייעל.
2. בחירת מנתח בלבד, ללא שוני בטיפול שלאחר הניתוח הינה שירות ירוד משמעותית מהשירות הקיים בבתי חולים פרטיים ואינו נכון רפואית.
3. העובדה שחלק ניכר מכוח האדם העובד במערכת הפרטית עובד גם במערכת הציבורית מייצרת מעצם טיבה סימן שאלה לגבי הפרדה ברורה זו.

■ **צמצמה משמעותית את ה"רפואה השחורה" ויצרה שקיפות ובהירות בכל המערכת**

1. האלטרנטיבה שיש כיום לרופאים הבכירים לפעול באופן מסודר במערכת הפרטית נתפסת כגורם העיקרי לצמצומה.
2. הלגיטימציה שנותן הציבור לתופעה מצטמצמת אם כי התופעה עדיין קיימת.
3. ניתן לשער שרמת השליטה של מס-הכנסה בנתונים כיום מצמצמת גם היא את ממדי התופעה.

■ **השפעת הביצוע במערכת הפרטית על ההוצאה הלאומית לבריאות מגוונת**

1. בתחומים מסוימים מושכת המערכת הפרטית את הסטנדרט הרפואי (משתלים, טכנולוגיות וטכניקות מתקדמות) כלפי מעלה, לעיתים באופן לא יעיל. עם זאת יש לא מעט תחומים בהם דווקא המערכת הציבורית היא זו המשדרגת מטעמי מחקר, יוקרה ותחרותיות בין בתי החולים.



2. אלטרנטיבת ההשתכרות, בעיקר של המנתחים, במערכת הפרטית מאלצת עליות שכר בסקטור הציבורי.
3. קיימת טענה כי ללא אלטרנטיבה זו קיים חשש לאובדן משמעותי של כישרונות להם אלטרנטיבה כלכלית טובה מחוץ לישראל.
3. גם בסיעוד ובהרדמה קיימת בעיה אך כאן מקורה בראש ובראשונה במחסור חמור במקצועות אלו בישראל.
5. מאידך - יעילות ביצוע הניתוחים האלקטיביים במערכת הפרטית גבוהה משמעותית, ניצול משאבי התשתיות וכוח האדם טוב יותר וכתוצאה מכך מתקיים ניצול יעיל יותר של כספי ההוצאה הלאומית לבריאות (יותר פעילות לשקל).

■ **העלייה בשימושים בסקטור הפרטי נובעת מחוסר זמינות שלהם (בד"כ בצורת תורים ארוכים) במערכת הציבורית**

1. העובדה שאין עליה בסך שימושים לאוכלוסייה מצביעה על כך שאזרחים "נדחקים" להחליט להינתח באמצעות שב"ן/ביטוח.
2. תופעת התורים נצפית במדינות מערביות רבות ופתרון ההסטה למערכות פרטיות נבחר ברבות מהן (בריטניה, אוסטרליה, ניו זילנד ועוד).
3. תחומים יוצאי דופן הם צנתורים וניתוחי לב - בהם אין תור במערכת הציבורית. הגורם לביצועם במערכת הפרטית הוא כנראה הקריטיות שלהם והחשיבות שמייחסת האוכלוסייה למנתח/מצנתר המומחה.
4. קיימת שאלה בסיסית של ביצה ותרנגולת - האם חוסר הזמינות של פעולות מסוימות במערכת הציבורית הוא תוצאה של אפשרות ההשתכרות של הרופאים במערכת הפרטית.

■ **ביצוע חלק מהניתוחים במערכת הפרטית מקצרת את התורים לנעדרי השב"ן/ הביטוח המסחרי**

1. באופן תיאורטי מתמטי זה נכון אך לא ניתן להוכחה.
2. באופן מעשי בישראל אין אינדיקציה כי זה נכון.
3. במדינות אחרות בהן זה נבדק (אוסטרליה, ניו זילנד) לא הוכח קיצור התורים. ניתן להסביר זאת גם בשל התכונה במערכות בריאות של השפעת שיפור ההיצע על צמיחת הביקושים. ההסברים האפשריים לתופעה מרובים וכוללים עלייה במורכבות הניתוחים הנדרשים בציבורי, עלייה בתוחלת החיים ובהפיכת חלק מהמחלות ממחלות לטאליות למחלות כרוניות שממשיכות לצרוך משאבים.
4. עובדה נוספת המקשה על ההוכחה היא היעדר צמיחת "משאבי ייצור" (חדרי

ניתוח וצוותים) אל מול גדילת האוכלוסייה בישראל.

### ■ ביצוע ניתוחים אלקטיביים בסקטור הפרטי פוגעת בהכשרת המתמחים

1. קיום חלק מהפרוצדורות התמעט במערכת הציבורית.
2. עובדה זו נכונה גם לתחומים חשובים רבים ברפואה הפנימית המתנהלים באופן מלא כיום בקהילה (איזון סוכרת, אי ספיקת לב, יתר לחץ דם ועוד). כנ"ל בתחומים כמו מעקב הריון, התפתחות הילד, רפואה מונעת ועוד הנעדרים לחלוטין מבתי החולים.
3. יש מקום לבחון ביצוע חלק מההכשרה בקהילה ו/או במערכת הפרטית.

### ■ אזרחים בפריפריה נהנים פחות מיתרונות השב"ן

1. גם הרפואה הציבורית בפריפריה נחותה ביחס לזו שבמרכז הארץ.
2. רוב חדרי הניתוח והמיטות הפרטיות הכירורגיות נמצאות במרכז.
3. משרד הבריאות, כמדיניות, מונע פיתוח חדרי ניתוח פרטיים נוספים בפריפריה.
4. גם מצבם הכלכלי הממוצע והרגלי הצריכה של תושבי הפריפריה שונים.

### ■ קיימת זליגת כוח אדם מקצועי מבתי החולים הציבוריים לפרטיים

1. הבסיס הוא מחסור חמור באחיות ובמרדמים בכלל מערכת הבריאות.
2. אחיות - בבתי החולים הפרטיים עובדות כ-2.5% מהאחיות בישראל. במקצועות ספציפיים יכולה להיות זליגה. עם זאת - את הניתוחים הללו צריך לבצע והתפוקות במערכת הפרטית של אותו כוח אדם גבוהות משמעותית.
3. מרדמים - תפוקות גבוהות משמעותית במערכת הפרטית, אצל חלק גדול מהם עבודה נוספת. מעדיפים עבודה נוספת בתוך בתי החולים הציבוריים אם מקבלים.
4. שכר המרדמים במערכת הציבורית גבוה במיוחד בעיקר לאחר הסכם הרופאים האחרון וכחלק מעידוד (מבורך) של המדינה לפנות למקצוע זה.

### ■ קיום מערכת פרטית מפותחת בתחומי הכירורגיה והפרוצדורות משפיעה על

#### בחירת ההתמחות על יד הרופאים

1. המצב קיים בכל המקצועות במשק ומוכתב מסדרי עדיפויות חברתיים.
2. מצב הפוך בו נמנעים מהתמחויות כירורגיות (כפי שקרה/קורה) בשל הקושי הכרוך בהן, חמור לא פחות.

## ■ **לצמיחה בסטנדרט הטיפולי ושימוש בטכנולוגיות חדשות יש השפעה דו כיוונית על המערכת**

1. מכיוון ששיפור הסטנדרט מוכתב במקור ע"י הלקוחות (מערכות הבריאות בעולם המערבי, המבטחים וכ"ו) הוא בד"כ מקדם בריאות, מונע סיבוכים, מקצר אשפוז ומשפר איכות חיים.
2. תוספת האפקטיביות לא תמיד משתווה לתוספת העלות למערכת.
3. שיפור בסטנדרט המלונאי והשירותי יוצר עלויות נוספות וקיים גם במערכת הציבורית. האפשרות לרכוש שירותים נוספים מעלה עלויות אך מתבקשת שכן היא קיימת בכל יתר תחומי החיים.
4. גידול בסטנדרט שאינו מנוהל (גם במערכת הפרטית וגם בציבורית) לצד כשלי השוק הייחודיים לעולם הבריאות (היצע יוצר ביקוש, חוסר סימטריה במידע) עלול להוביל לגידול לא יעיל בהוצאה הלאומית לבריאות.

### **דילמה:**

## **האם השגשוג של המערכת הפרטית הוא תוצאה של תת-תקצוב ותמרוץ לא נכון של המערכת הציבורית? או שהסיבה והמסובב הפוכים - כלומר: שגשוג המערכת הפרטית הוא הגורם למחסור במשאבים במערכת הציבורית?**

על פניה, הסטת פעילות כירורגית מהסל אל מימון הביטוחים הינה הרחבה של הסל. יש מקום לשאול אם הסטה זו נובעת מתקצוב חסר בסל או מתמריצים כלכליים אחרים.

1. תמרוץ נכון של בתי החולים הציבוריים צריך לשקף סדרי עדיפויות רפואיים, בריאותיים וחברתיים.
2. תפקידם של בתי החולים הציבוריים בישראל כמקדמי המחקר, האקדמיה והרפואה בישראל לא ישופר או ייפגע בשל קיום/אי-קיום ניתוחים אלקטיביים פשוטים בהם.
3. נראה ששגשוג המערכת הפרטית הוא תוצאה של חסר בשירותים אותם יש יכולת לבצע במערכות פחות מורכבות ויקרות.

### **סיכום הטיעונים של המערכת הפרטית:**

אספקת השירותים ע"י המערכת הרפואית הפרטית מייצרת הפרדה ברורה בין המטופל הציבורי לזה הפרטי, ושגשוגה נובע בעיקר מחוסר הזמינות במערכת הציבורית. עם זאת אזרחי הפריפריה נהנים פחות מיתרונותיה. ביצוע פרוצדורות אלקטיביות בטוח יותר במערכת פרטית שאינה משרתת גם חדרי מיון ותחלואה כרונית.

קיומה של מערכת פרטית ראויה ושקופה צמצמה במידה רבה את הרפואה השחורה אך השפעותיה על ההוצאה הלאומית לבריאות מגוונות ומורכבות.

ביצוע חלק מהניתוחים האלקטיביים במערכת הפרטית מוריד עומס מהמערכת הציבורית ומאפשר לה להתמקד בעיקר ייעודה שהוא טיפול מציל חיים, פעילות חירום וטראומה, מחלקות פנימיות וגריאטריה. עם זאת, לא הוכח שביצוע הניתוחים במערכת הפרטית מקצרת את התורים לאותן הפעולות במערכת הציבורית. קיימת בעיה בהכשרת המתמחים בפעולות אלו אך היא פתירה בתכנון נכון של ההכשרה. קיימת זליגה של כוח אדם מקצועי מהמערכת הציבורית וכן השפעה על עליית השכר בשל קיום האלטרנטיבה. גם לעליה בסטנדרט, שנגרמת בשתי המערכות יש השלכות חיוביות ושליליות אך חלקן בלתי נמנעות ונדרשות.

נראה כי מערכת הבריאות הפרטית בישראל כיום, בהיקפיה הנוכחיים ולאור גדילת האוכלוסייה, תוחלת החיים והתחלואה, היא סבירה וראויה, משרתת את המטרה ואינה מהווה איום או מכשול להמשך התפתחות מערכת בריאות ציבורית ראויה ואיתנה.

### **רפואה פרטית ורפואה ציבורית - שאלות שעלו לדיון במהלך הכנס:**

1. לשמור על הפרדה בין פרטי לציבורי או לא? האם יש לאפשר לשב"ן לרכוש בבתי החולים הציבוריים, ואם כן באילו תנאים?
2. האם ראוי שהשב"ן לא יכלול שירותים הקיימים בסל? האם יש להרחיב את הסל ואת מקורותיו כך שיכלול תחומים הניתנים כיום בשב"ן (בחירת מנתח)?
3. האם יש צורך בהרחבת הרגולציה על השב"ן ואו על המערכת הפרטית?

## 6. פתרונות והמלצות

### המלצות המערכת הציבורית:

#### חלופות לפתרונות

מס"ד	החלופה	תיאור החלופה	יתרונות	חסרונות
א.	שימור החומה בין המערכת הפרטית למערכת הציבורית, והגברת הרגולציה.	השארת מבנה השוק הנוכחי, קרי פרטי ומערכת ציבורית עם חומות סיניות ביניהם, תוך טיפול בכשלים מקומיים ע"י רגולציה (כדוגמא): 1. איסור על חברות הביטוח להמיר כיסוי ביטוחי בפיצוי כספי. 2. הגבלה על השתכרות/ היקף משרת הרופאים במערכת הפרטית. 3. הכפפת היקף הפעילות והתעריפים במערכת הפרטית לרגולציה.	הקטנת כפל הביטוחים. הקטנת האפשרות לעבודה במערכת הפרטית.	העלאת פרמיות הביטוח הפרטי. אין הגדלת פעילות משמעותיות במערכת הציבורית. שימור הבעיות כפי שנוסחו בסעיף ט'. בעיה משפטית בחקיקה מגבילה על הביטוח הפרטי.
ב.	ביטול החומה בין השב"ן למערכת הציבורית.	מתן אפשרות לקיום שר"פ במערכת הציבורית. תוך מתן אישור לשב"נים לרכוש בבי"ח הציבוריים <sup>4</sup> .	הגדלת הכנסות בי"ח הציבוריים והקטנת גירעונותיהם. הגדלת נוכחות מנהלי מחלקות ורופאים בכירים במשך שעות ארוכות במחלקה נוכחות זו מאפשרת זמינות טובה גם למטופלים הציבוריים. שמירה ואף הרחבה של הכשרות כ"א מקצועי בבי"ח. קיצור תורים במערכת הציבורית. ניצול טוב יותר של תשתיות המערכת הציבורית.	הגדלת ההוצאה הלאומית לבריאות עקב הגדלה משמעותית בפעילות בשל זמינות רבה של השר"פ בבתי חולים ציבוריים. הגדלת ההוצאה הלאומית על בריאות בגין העלאת תעריפי שב"ן (בעקבות הגדלת הפעילות בשב"ן); כתוצאה מכך אוכלוסיות חלשות שמבוטחים כיום בשב"ן לא תוכלנה להמשיך ולממן את עלויות השב"ן. סכנה לאפליית מבוטחים המאושפזים ו/או פגיעה אפשרית בזמינות מנתחים בכירים לחסרי ביטוח משלים או לאלו שאינם מעוניינים בהפעלתו. סכנה להסתת תפוקות מהבוקר לשר"פ ע"י שידול לקוחות ואו ע"י הקטנת הזמינות בבוקר.

4 למותר לציין שפתרונות ב' ו-ג' הם פתרונות שגוררים שינויים עמוקים במערכת הבריאות ולכן יישומם חייב להיות הדרגתי לדוגמא רצ"ב נספח א' לגבי חלופה ב'.

מס"ד	החלופה	תיאור החלופה	יתרונות	חסרונות
ג.	הרחבת סל הבריאות.	הרחבת הסל הציבורי בזכויות הניתנות כיום בשב"ן (כגון: בחירת מנתח או חו"ד שניה) תוך צמצום השב"ן בדומה לרפורמה בשיניים לילדים. ובמקביל הפחתת תשלומי הפרמיות לשב"ן לטובת הגדלה (קטנה יותר) של דמי ביטוח בריאות.	חיזוק המערכת הציבורית והבטחת נגישות שיוויונית לכלל האוכלוסיות. <b>ברמה הלאומית - כסף</b> ציבורי דמי ביטוח בריאות יכול ליצור יותר "בריאות" - לייצר בחירת מנתח בסל הציבורי בעלות נמוכה מכסף פרטי ולכן סה"כ הוצאה הלאומית תקטן. <b>ברמת בי"ח - הגדלת</b> תפוקות המערכת הציבורית והקטנת גירעונותיה, הקטנת יכולת המערכת הפרטית להציע שכר גבוה יותר עקב הקטנת המקורות. שיוויונית בין מאושפזי המחלקה	תווית בעיית כפל הביטוחים. בחירת מנתח עלולה ליצור בעיה בתוך המחלקות ולהחמיר פערים בין בי"ח באזור המרכז לאלו בפריפריה. <b>ברמה הלאומית - קיים</b> סיכון שכתוצאה מהכנסת בחירת מנתח לסל והקטנת ההשתתפות יגדלו הביקושים כך שההוצאה הלאומית על בריאות תגדל. סכנה להכשרת כ"א מקצועי עקב מחסור בנייתוחים בגלל דרישה המבוטח למנתח ספציפי.

### האם שר"פ יכול להיות דגם לכלל מערכות הבריאות?

לאור הרגישות הרבה הקיימת סביב נושא הרפואה הפרטית במסגרת הציבורית נדונו מספר חלופות:

#### חלופה ראשונה - חיזוק הרפואה הציבורית במטרה לצמצם ההזדקקות למערכת הפרטית:

משרד הבריאות יקצה משאבים למערכת הציבורית לחיזוק ופיתוח שירותים כך שאותם ניתוחים אלקטיביים הזולגים למערכת הפרטית יחזרו ויבוצעו במערכת הציבורית בזמינות טובה.

יפותחו תמריצים למערכת הציבורית על מנת ליישם זאת באופן הבא:

- נדרשת השקעה מיידית ומשמעותית בתשתיות במטרה לחזק ולהרחיב פעילות ומימנות הפרוצדורות האלקטיביות בבתי חולים ציבוריים - במיוחד אלו שעברו למערכת הפרטית.
- משכי המתנה לפרוצדורות האלקטיביות ינוטרו.
- יקבעו יעדים רב שנתיים למישיכי המתנה מירביים לפרוצדורות האלקטיביות.
- בית החולים יקבל תמריץ כלכלי על עמידה ביעדי ביצועים בפרוצדורות האלקטיביות.
- הרגולציה תותאם לעידוד עשייה זו (יש לזכור שמדובר בפרוצדורות שבסל (בציבורי)

הקטנת הפעילות במערכת הפרטית בשל הגדלת הפעילות במערכת הציבורית תאפשר הקטנת הפרמיות על השב"ן ולמעשה תתאפשר עצירה של העלייה הלא-מתוכננת בהוצאות במערכת הפרטית וויסותה לפי מדיניות ותכנית רב שנתית.

#### חלופה שנייה - יישום הדרגתי של מודל השר"פ בכלל בתי החולים הציבוריים:

**שלב ראשון** - ניתן לאפשר ביצוע התייעצות בלבד במסגרת בתי חולים הכלליים ולאחר שעות העבודה, זכות זאת תינתן למועסקים במשרה מלאה שיוותרו על מרפאתם מחוץ לבית החולים ובכפוף לביצוע מרפאה ציבורית בהיקף שיקבע. התייעצויות אלו יתקיימו אך ורק לאחר שעות העבודה ללא חריגים (למרות קיומו של יום עבודה גמיש בהסכם השכר האחרון של הרופאים).

**שלב שני** - ביצוע פרוצדורות שונות אף הם לאחר שעות העבודה. מדובר לדוגמא באנדוסקופיות ובניתוחים כמו בקע מפשעתי, כריתת כיס מרה, רחם, מעי גס, ודומיהם מבחינת מורכבות וצריכת משאבים. בשלב המוצעים לעיל ניתן גם לקבוע היקף שיהיה מוחלט או יחסי לפעילות המחלקה.

**שלב שלישי** - אישור ביצוע פרוצדורות מורכבות או ארוכות במיוחד אף בשעות העבודה הרשמיות תחת בקרה הן לגבי הצורך בביצוע בשעות העבודה והן לגבי היקפם (דעה זו אינה מקובלת על כלל הצוות).

גישה אחרת מוגבלת יותר הינה לאפשר ביצוע טיפולים פרטיים בתיירים בלבד במסגרת המתגמלת את הרופאים המעורבים. בכך ניתן יהיה לנסות את שילוב הרפואה הפרטית בציבורית במסגרת מוגבלת יחסית וללא מעורבות של מטופלים מקומיים. גישה זו בעייתית במידה והרופא יעבוד הן בבית החולים הציבורי עם תיירים והן בבית חולים פרטי עם אזרחי המדינה וספק אם ניתן יהיה לפקח על המידתיות של הסדר כזה.

**חלופה שלישית** - לאפשר שר"פ רק בבתי החולים בפריפריה, ובהיקף מוגבל על מנת לחזק בתי חולים אלו ועל מנת לצמצם את העליה בסך ההוצאה על בריאות הצפויה בגין הרחבת מודל השר"פ.



## המלצות המערכת הפרטית:

### מה הלאה?

מוצגים להלן מספר תובנות ואפשרויות למצב הקיים ודרכים אפשריות לפתרון.

החלופה	סך ההוצאה הלאומית לבריאות	סך ההוצאה הפרטית לבריאות	
1	השארת המצב הקיים ללא שינוי. המשך קיום שיווי המשקל הקיים כיום בין צריכת השירותים הפרטית ומימונם לבין זו הציבורית.	העובדות מצביעות על כך שלמרות העלייה בצריכת שירותים דרך המערכת הפרטית אין עליה בהוצאה הלאומית מתוך התוצר. כשמתעמקים בנתונים מזהים הוצאה הולכת וגדלה בפעילות הכירורגית והקטנה בכל השאר. בנוסף, עקב צמיחה מהירה בישראל בחומש האחרון הגידול הגבוה בהוצאות הבריאות בישראל לא משתקף כגידול בהוצאה מתוך התוצר.	עלייה בהוצאה הפרטית לבריאות המושפעת בעיקר מגידול הוצאות משקי הבית על פרמיות הביטוחים הפרטיים.
2	בלימת המגמה של מעבר פעולות למערכת הפרטית. הכוונה לבלימה ברגולציה כמו למשל השתתף קאפיטציה על רכש מבתי"ח פרטיים או קביעת פעולות מותרות/אסורות בפרטי.	ההשפעה על ההוצאה הלאומית לא ברורה אך צפויה ירידה במתווה הגידול בהוצאה על ניתוחים. פגיעה בשירות הפרטי עלולה לגרום לנשירה מהשב"ן (חוסר תועלת) שקרוב לוודאי תאופיין ב"נשירת הבריאים" << עלייה בפרמיה >> נשירה נוספת ולחץ חוזר על המערכת הציבורית.	עצירת מתווה הגידול או ירידה בשיעור ההוצאה הפרטית לבריאות. יש לציין שהמדובר על ההוצאה הפרטית "הרשמית" כאשר לחץ הביקוש עלול ליצור הוצאה פרטית "לא רשמית" כדי לקדם תורים (רפואה שחורה).
3	עידוד בתי"ח הציבוריים לבצע פעולות אלקטיביות דרך עידוד מחיר.	במידה ובתי"ח יעמדו במשימה, יקוצרו התורים ותעלה ההוצאה (בהנחה שהמערכת הפרטית תמשיך פעול ללא שינוי ומגמת הגידול תיעצר).	להוצאה הפרטית יש פוטנציאל לרדת אם כי במידה ומקור הניתוחים יהיו רשימות ההמתנה היא לא תרד.
4	רגולציה על סוגי הניתוחים המבוצעים בפרטי. למשל דרך הגדרת דרגות חומרה או לפי סף המתנה. רגולציה מסוג זה תדרוש משאבים מרובים לניהולה ומתאימה רק לשוליים ולא לרוב העשייה.	ללא שינוי. הניתוחים המורכבים יותר בכל מקרה יבוצעו ולא ייכנסו לתור (במערכת הציבורית).	תקטן בשל העברת פעולות יקרות יחסית חזרה אל תוך המערכת הציבורית.
5	רגולציה על רמת השירות והסטנדרט הרפואי/טכנולוגי.	פוטנציאל שימור רמת ההוצאה הלאומית. בלימת מתווה הגידול.	ללא שינוי. אולי תהיה בלימה של מגמת הגידול.
6	ניהול רגולטורי של בחירת ההתמחויות לפי תכנית רב שנתית.	בטווח הרחוק יעילות גבוהה יותר במקצועות הבריאות.	בלימה פוטנציאלית בטווח הרחוק.
7	רגולציה על ההתחשבות בין הגורמים המשלמים לרופאים - התחשבות רק דרך המוסד בו מתבצעת הפרוצדורה.	קרוב לוודאי ללא שינוי.	פוטנציאלית תהיה בלימה בעליית השכר של הרופאים בשל מעורבות בתי החולים הפרטיים המוגבלים בכמות אמצעי הייצור שלהם.

שוויון כערך	איכות השירות	
<p>מחד מצב בו לכ-80% מהציבור יש שב"ן מעיד בעצמו על אלמנט של שוויוניות והעובדה שחלק מהפעולות מבוצעות מחוץ למערכת הציבורית מקצרת את התור הפוטנציאלי לאלו שבחרו לבצען בתוך בתי"ח הציבוריים, מאידך, מצב שבו הפעילות האלקטיבית מתבצעת במימון פרטי והדחופה במימון ציבורי מסיטה את גורמי הייצור מהדחוף לאלקטיבי באופן לא יעיל.</p>	<p>קיום אלטרנטיבה זמינה ואיכותית בשוק הפרטי מייצרת אפשרות בחירה מחד ותחרות בריאה לבתי"ח הציבוריים מאידך - ע"י כך השירות לאזרח משתפר. קיים חשש לפגיעה באיכות השירות במערכת הציבורית בשל צמצום משרות מומחים עם מעבר שלהם למערכת הפרטית.</p>	
<p>מחד יגדל השוויון עקב מתווה של גידול במערכת הציבורית. מאידך לחץ הביקושים עלול לגרום לאיתור דרכים חלופיות לקבלת השירות בתוך המערכת הציבורית. בכל מצב. שאלה לגביי היקף הרפואה השחורה שתוביל לכך שבעלי אמצעים ימצאו את הדרך לקבל את השירות.</p>	<p>פגיעה משמעותית ומידית באיכות השירות. עליית הלחץ לפעולות על המערכת הציבורית ללא הקצאה חדשה של משאבים אליה תגרום לירידה משמעותית ברמת השירות.</p>	
<p>שיפור הזמינות מאזן השוויון אם כי כאמור עלול להיות זמני בלבד.</p>	<p>בשלב ראשון צפוי שיפור ברמת השירות (דרך זמינות). מכיוון שהמערכת הציבורית נמצאת באופן קבוע בתת תקצוב צפוי שלאחר תקופה קצרה של שיפור ישוב המצב לקדמותו בעיקר בשל הלחץ בבתי"ח הציבוריים לביצוע פעולות דחופות, מצילות חיים וטראומה.</p>	
	<p>בהנחה שאמצעי הייצור לא יגדלו, תידחקנה פעולות אחרות לתור או החוצה. השירות ייפגע.</p>	
<p>תיאורטית - שימור השוויון. מעשית - בעולם בו המידע חופשי זמין, היכולת לבלום חדשנות נמוכה ביותר.</p>	<p>פגיעה בחופש הבחירה בטכנולוגיות חדשות &lt;&lt; פגיעה משמעותית בשירות לחלק מהמטופלים.</p>	
<p>שיפור בטווח הרחוק.</p>	<p>במקצועות בהם חסר כיום צפוי שיפור עתידי.</p>	
<p>ללא שינוי.</p>	<p>קיימת אפשרות של צמצום אפשרויות הבחירה.</p>	

## מסקנות והמלצות משתתפי כנס ים-המלה:

1. **קיימת הסכמה רחבה כי פריחת הביטוחים הנוספים, מכל סוג, היא על רקע החלשה שיטתית של מערכת הבריאות הציבורית (תשתיות, סטנדרטים, יעילות, איכות ושירות) ולכן צריך לחזק את המערכת הציבורית.** מקורות המימון לחיזוק המערכת: הוספה - שינוי סדרי עדיפות לאומיים במימון מערכת הבריאות - מיסוי נוסף והרחבת השירותים בסל ע"י הגדלת תקציב משרד הבריאות, או הסטה - הסטת מקורות מהשב"ן לסל במנגנון של הרחבת פעילות ושיפור הזמינות של שירותים בסל הממלכתי באופן שיקטין ההזדקקות לשירותים בשב"ן ויביא להפחתת פרמיות בשב"ן.
2. **הוסכם כי יש לחזק את הסל באופן הדרגתי ע"ח הסטת הפעילות מהשב"ן וכי השב"ן יכול לשמש לפעילויות בתקופת מעבר עד הכנסתם לסל, כל זאת יעשה במנגנון של תעדוף התועלת השולית.**
3. **עליות השכר במערכת הפרטית גורמות גם הן להחלשה של המערכת הציבורית וללחץ מתמיד מצד הרופאים והאחיות לעליות שכר.** קיים קושי בהגדלת תפוקות בפעילות אחר הצהריים במערכת הציבורית בשכר הקיים ולכן קצב הגידול בתפוקות גדול במערכת הפרטית ע"ח הציבורית - חשוב לקבוע מנגנון תמרוץ לפי יעדים והתאמה בין המערכת הפרטית לבין עבודה אחר הצהריים של רופאים.
4. **קיימת הסכמה רחבה כי ביטוח בריאות הוא וולנטרי, אך יחד עם זאת לביטוחים של הקופות יש אופי יותר ציבורי ובשל כך נדרש כי ביטוח זה יהיה בעל אופי שוויוני יותר.**
5. **קיימת הסכמה רחבה כי משרד הבריאות חייב להבטיח: תכנון של תשתיות, הקמת מערכות מידע ותשתיות נתונים למעקב וקבלת החלטות לשיפור המערכת, סטנדרטים של שירות (זמינות, מענה וכו'), סטנדרטים של איכות, תקצוב הולם ותכנון כ"א לשנים הבאות על מנת לחזק את מערכת הבריאות הציבורית.**

6. רוב המשתתפים סברו כי חשוב לשמור על הפרדה בין המערכת הפרטית לציבורית, הן בהיבט המימון והן בהיבט אספקת השירותים (כולל שר"פ) וכי הדבר יבטיח שוויוניות ובקרה על ההוצאה הלאומית לבריאות.

7. לסיכום: ההתפתחויות בענף הביטוח הפרטי מחייבות חשיבה חדשה וחדשנית של המדינה, לגבי מדיניות המערכת ואסדרת הענף. מהלך זה מחייב הגדרת המטרות החברתיות/כלכליות והגעה לאיזון בינן ובין תחרות וחופש בחירה.

## מקורות

1. ניראל, נ.; שירום, א.; איסמעיל, ש. 2003, **רופאים מומחים בישראל: מאפייני העסקה והשלכות על חיי העבודה שלהם**, דמ-418-03, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
2. ברמלי-גרינברג, ש.; קידר, נ.; קיי, ר. 2012, **ביטוחי בריאות פרטיים, נייר רקע לדיוני כנס ים-המלח 2012**.
3. משרד הבריאות, האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, 2011, **דוח מסכם על תכניות לשירותי בריאות נוספים - שב"ן של קופות החולים לשנת 2010**, ירושלים.
4. ברמלי-גרינברג, ש.; גרוס, ר. 2003 **שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל, 2001**, דמ-403-03, ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
5. שמש, ע.; חקלאי, צ.; חורב, ט. (יפורסם בקרוב), **מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל**, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, תל השומר.



## **נספח 2: אופן חישוב שעות עבודה מחוץ למערכת הציבורית, לרופא, לשבוע, בשנת 2010**

- חישוב שעות העבודה מחוץ למערכת הציבורית בשנת 2010 נסמך על נתוני הסקר הארצי שערכו ניראל ואח' בשנת 2001 [1].
- מנתוני הסקר חישבנו את מספר שעות העבודה במגזר הפרטי (בי"ח פרטי/מתקן פרטי) שדווחו במסגרת עבודה שניה או שלישית בשנת 2001<sup>5</sup>. מהחישוב עלה כי רופאים שעבדו אז במגזר הפרטי בעבודות הנוספות שלהם (40% מהרופאים בשש ההתמחויות שעבדו 3607 שעות במגזר הפרטי) עבדו 10.2 שעות שבועיות בממוצע במסגרות אלו.
- על מנת להחיל זאת על כל הרופאים במדגם של סקר 2001 חילקנו את סך מספר השעות שרופאים עבדו במגזר הפרטי בסך מספר הרופאים במדגם. קבלנו כי על כל רופא מומחה במדגם היו 4 שעות עבודה בשבוע במגזר הפרטי.
- בין שנת 2000<sup>6</sup> ל-2010 עלה היקף התביעות בגין ניתוחים במסגרת הביטוחים המשלימים והמסחריים ב-175%.
- הנחנו כי גידול דומה חל בהיקף מתן השירות (במונחי שעות עבודה) ע"י רופאים במסגרות אלו, וכי מספר שעות העבודה של כלל הרופאים בששת מקצועות ההתמחות הללו מחוץ למערכת הציבורית עלה באותו שיעור.
- מספר הרופאים המומחים בששת מקצועות ההתמחות הנבדקים עמד בשנת 2010 על 3,257 רופאים. מספר שעות העבודה לרופא לשבוע מחוץ למערכת הציבורית עלה מ-4 שעות לשבוע (ב-2001) ל-11 שעות שבועיות (ב-2010)<sup>7</sup>.

5. ממוצע משוקלל של: 140 איש שציינו בסקר כי בעבודה שניה הם עובדים במגזר הפרטי X ממוצע שעות עבודה שבועיות בעבודה שניה (14 שעות) ועוד 183 רופאים שציינו שעבדו במגזר הפרטי בעבודה שלישית X ממוצע שעות עבודה בעבודה שלישית (9 שעות).

6. לא היה בידינו נתון על שנת 2001, אנו נסמכים על נתון משנת 2000 מתוך מחקרן של גרוס וברמלי-גרינברג [4].

7. לפי החישוב: 4 שעות בשנת 2001 + 4 שעות X 175 (התוספת של 2010) \ 100.

ולפיכך אומדן סך שעות עבודת רופא לשבוע במגזר הפרטי בשנת 2010 עומד על 35,827 שעות שבועיות, ובמונחים של משרות רופא על **865.4** משרות רופא לחודש.

■ בשנת 2010 עמד סך מספר הרופאים המומחים (להוציא רפואת משפחה, רפואה פנימית, רפואה דחופה, בריאות הציבור, רפואה תעסוקתית, גריאטריה, ומנהל רפואי) על 10,709. באומדן מאד גס, אם מניחים אותו מספר שעות עבודה מחוץ לרפואה הציבורית לכל המומחים הנזכרים, הרי בשנת 2010 סך שעות רופא לשבוע במגזר הפרטי עמד על 117,799 שעות עבודה לשבוע ובמונחים של משרות רופא על **2,843** משרות רופא לחודש.





## צוות 2

### מעורבות המדינה באסדרה (רגולציה) של ביטוחי הבריאות הוולונטריים

#### 1. הקדמה

הדיון שהתקיים בקבוצת אסדרת ביטוחי הבריאות הוולונטריים (תוכניות השב"ן שמפעילות קופות החולים וביטוחי בריאות מסחריים) התמקד בכלים העומדים לרשות הרגולטורים של שני השווקים והעקרונות המרכזיים שעשויים להנחות את הרגולטור הרלוונטי של כל אחד מהשווקים.

נקודת המוצא שלנו בבואנו לפתח את הדיון בנושא האסדרה של ביטוחי הבריאות הוולונטריים הינה כי ישנה חשיבות לקיומם של ביטוחים אלו במדינת ישראל, וכי ביטוחים אלו עונים על צרכים הקיימים בקרב הציבור ואשר אינם זוכים לקבל מענה במסגרת סל השירותים שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

כאשר דנים בכלים ובעקרונות האסדרה של ביטוחי הבריאות הוולונטריים, יש לזכור כי קיימים גורמים נוספים אשר משפיעים על השוק. גורמים אלו כוללים בין היתר את המטרות החברתיות שהמדינה שמה לעצמה בהקשר של שוק ביטוח הבריאות הוולונטרי. גורמים נוספים קשורים למטרות החברתיות בתחום הכיסוי אותו הביטוח מכסה (למשל, שינויים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, רפורמה במימון הטיפול הסיעודי, טיפולי שניים, בריאות הנפש), מדיניות כללית לגבי מערכת הבריאות (מספר מיטות פרטיות, הגבלות על עבודה פרטית של רופאים וכדומה), כל הקשור למדיניות הרחבת סל הבסיסי ומימונו, ורגולציה בתחומי ביטוח אחרים הנושקים לתחום ביטוח הבריאות (למשל, ביטוח סיעודי, ביטוח חיים, ביטוח פנסיוני). כמו כן, השווקים עצמם ביחסי תלות הדדיים, רגולציה בשב"ן משפיעה על ביטוח הבריאות המסחרי ולהפך (אחת הדוגמאות המרכזיות לכך הייתה ההוצאה של תרופות מצילות ומאריכות חיים מהשב"ן).

יש לציין כי אסדרה הקשורה **לסיכוני כושר הפירעון** (solvency) של המבטחות או **אסדרה פיננסית** היא מהתפקידים המרכזיים של הגופים המפקחים אך לא נדונה בכנס או תידון במסמך הנוכחי. כמו כן לא נדון במסמך ברגולציה של הגבלים עסקיים בהקשר של ביטוח וכן לא יידונו במסמך מאפיינים מרכזיים של "ביטוח" אשר מהם נגזר צורך ברגולציה ספציפית ומפורטת אך הם לא מהווים "כשלים" או "בעיות".

במסמך זה, חילקנו את ההתייחסות לסוגיית האסדרה של ביטוחי הבריאות הוולונטריים לארבעה חלקים מרכזיים בהם דנו בכנס, תוך התבססות על פרק הנתונים המופיע בתחילת החוברת. בחלק הראשון, נסקור את כשלי השוק שיש לבחון את הצורך באסדרה בגינם או התערבות אחרת של הרגולטור בביטוחי הבריאות הוולונטריים ונציין את עמדות המשתתפים בכנס אודות הימצאותם של כשלי השוק הללו בביטוחים הוולנטרים. בחלק השני נקיים סקירה אודות המידע הנדרש לצורך ביצוע אסדרה אפקטיבית והחשיבות של שקיפות וגילוי נאות. החלק השלישי יעסוק בגבולות האסדרה ואילו החלק הרביעי יעסוק בממשקים בין הרגולטורים השונים ובין הרגולטורים לחברות הביטוח וקופות החולים (בהקשר השב"ן בלבד).

בסיומו של כל חלק, מובאות ההמלצות כפי שגובשו ע"י משתתפי הכנס.

בהזדמנות זאת, אנו רוצים להודות לחברי הצוות אשר תרמו לכתיבת הנייר (לפי סדר א'-ב'): קרן גפן, דן גרינברג, לי דגן, חניאלה וילנר, רויטל טופר-חבר טוב, יעל נבון ואורית קרמר. כמו כן, תודתנו נתונה גם לאליק אבירם, אריאלה אדיג'ס תורן, מתן אונגר, גבי בן-נון, חיים דורון, יואב יונש, זיוה ליטבק ומאור שטיינמן שלקחו חלק בפגישות הצוות ולכל המשתתפים בדיוני הצוות בכנס.

## 2. כשלי השוק המחייבים אסדרה

### העקרונות הכלכליים לרגולציה של ביטוח (כשלים ובעיות בשוק)

הרציונל הכלכלי לאסדרה של שוק הוא הקיום של כשלים בפעילותו של השוק ("כשלי שוק"). מטרתה של האסדרה הינה לצמצם כשלים אלו ולפעול לקידום היעילות והרווחה החברתית. אסדרה מיטבית צריכה בעיקרה לעודד תחרות הוגנת, לשמור על האינטרסים של הצרכן, לספק תמריצים מתאימים למבטחות, לקופות ולמפיצים ולקבוע כללים ברורים לשקיפות מידע ולגילוי נאות, כל אלו תוך שמירה על יציבותם של הגופים המפוקחים. (המבטחות והקופות).

כשל שוק מוגדר כמצב בו הקצאת המשאבים או אספקת השירותים והמוצרים אינה יעילה ולמעשה קיימת אפשרות להטיב עם פרטים בשוק במשאבים הקיימים, ללא צורך בפגיעה בפרטים אחרים. מעורבות ממשלתית נכונה יכולה לפתור את הכשל ע"י אסדרה המאפשרת לשוק לתפקד ביעילות.

קיומם של כשלי השוק נמדדים כנגד הפגיעה שלהם ברווחה החברתית וביעילות. כשלי שוק פוטנציאליים בשוק ביטוחי הבריאות כוללים בעיות של מידע א-סימטרי (מהם נגזרים כשלי השוק - סיכון מוסרי וברירה שלילית) וקונפליקטים הקשורים ליחסי סוכן מנהל (principal-agent). קבוצה נוספת של כשלים נובעת מהיתרונות לגודל הקיימים בשוק היוצרים ריכוזיות גבוהה.

**כשל השוק סיכון מוסרי:** בעבור הפרט המבוטח בביטוח בריאות, המחיר השולי של השימוש בשירותי בריאות נמוך מהמחיר האמיתי (עד אפס), כלומר, בגלל הביטוח עלול לגדול הביקוש לשירותי הבריאות ללא צורך ממשי, זאת בהנחה שקיימת דרגה של גמישות לביקוש לשירותי בריאות.

**כשל השוק - ברירה שלילית:** כשל שוק זה מופיע כאשר המבטחות אינן יכולות או אינן רשאיות לקבוע את הפרמיות על בסיס הגורמים המשפיעים על השימוש בביטוח (ומכאן על ההוצאה הצפויה שלהן). מחקרים רבים בדקו את הימצאות כשל השוק הנ"ל בשווקי ביטוח. הממצאים מצביעים על כך שככל שהשוק יותר תחרותי ופחות מפוקח התוצאה היא פגיעה ביעילות ומתבטאת בכך שאנשים רוכשים תוכניות שלא בהכרח עונות על הצרכים שלהם (Cohen and Siegelma, 2010; Glazer and McGuire, 2009). כדי להתגבר על כשל השוק הזה, המבטחות מנסות

לבצע גריפת שמנת (Skimming Cream) באופן ישיר ע"י חיתום רפואי והחרגות או באופן עקיף ע"י עיוות סל השירותים המכוסה כך שיהיה פחות אטרקטיבי לפרטים בעלי סיכון גבוה, "משחק" במכניזם ה-cost sharing, הסכמים עם נתני שירותים מסוימים/חלוקת הסיכון עם נתני השירותים, איכות ירודה של שירותים לקבוצות בהן יש ריכוז של בעלי סיכון גבוה ועוד. לדוגמא ניתן לטעון כי הכנסת שירותים עם פוטנציאל משיכה של "לקוחות רווחיים" לתוכניות הביטוח יוצר סל שירותים עשיר לאוכלוסיות צעירות ובריאות ודל לאוכלוסיות מבוגרות וחולות.

### קונפליקט יחסי סוכן-המנהל: נוגעות לסוגי שחקנים שונים בשוק:

1. ניגוד אינטרסים בין חברות הביטוח המסחריות לתוכניות השב"ן של קופות החולים. כאשר התוכניות מספקות כיסוי ביטוחי לאותם שירותים יש אינטרס לחברות המסחריות שמבוטחים ינצלו את הזכויות הביטוחיות באמצעות תביעתם מתוכניות השב"ן של קופות החולים; ולהיפך - יש אינטרס לקופות חולים שמבוטחים ינצלו את הזכויות הביטוחיות באמצעות תביעתם מתוכניות הביטוח אצל חברות ביטוח.
2. לרופאים שעובדים במגזר הציבורי והפרטי יש אינטרס להסיט חולים מהמגזר הציבורי לפרטי. לעניין זה יש חשש לפגיעה ביעילות התפקוד של המוסדות הציבוריים וכן לפגיעה בזכות הציבור לקבלת שירות במסגרת הציבורית ללא הוספת השתתפויות עצמיות.
3. קופות החולים מודעות לכניסת שירותים לסל הבסיסי באמצעות "חניית ביניים" בתוכניות השב"ן ועל כן לעיתים נמנעות מהכנסת שירותים לגביהן קיים חשש כזה. מן הצד השני, קיימת טענה כי הקופות מכלילות שירותים בשב"ן גם כדי לקדם את כניסתם לסל הציבורי (לדוגמא - טיפולי השיניים לילדים).

כשל נוסף הקשור **לתפיסות של המבוטחים** לגבי הצורך בביטוח מעבר לביטוח הבסיסי. כשל זה כולל, למשל, את חוסר הידע לגבי מה כלול בסל הבסיסי, את הפחד מחרטה, את הפחד מקבלת שירות לא טוב במערכת הציבורית וחוסר אמון במערכת הציבורית ובמשרד הבריאות. כשל זה גם קשור במידה מסוימת אם כי לא באופן מלא לפערי המידע בשוק.

מעבר לכשלי השוק, יש קבוצה של "בעיות בשוק" והשפעות חיזוניות אשר יכולות ליצור תוצאות שאינן רצויות כגון, מחירים גבוהים, בעיות נגישות, בעיות של איכות בשירות וכו'. בעיות בשוק יכולות לכלול למשל הוצאות הנהלה ומשרדיות גבוהות (מיד).

בגלל ההבדלים באופי של שני סוגי הביטוח מתמודדות קופות החולים וחברות הביטוח בדרכים שונות בכשלי השוק הקיימים בדרגות שונות בשב"ן ובביטוחים המסחריים.

את כשלי השוק בשוק המשלב ביטוחי בריאות פרטיים עם ביטוח ציבורי אפשר לסווג לשתי קטגוריות עיקריות: כשלים הקשורים לגורמים מצד הביקוש וכשלים הקשורים לגורמים מצד ההיצע. סוג נוסף של כשלים, הינו כשלים מתוך מבנה השוק הספציפי, בתחום זה ניתן למנות ניגוד עניינים מובנה בין חברות ביטוח המוכרות ביטוחי בריאות פרטיים ובאותו זמן מנהלות במיקור חוץ תביעות תוכנית שב"ן מסוימת. דוגמה נוספת הינה העדר שקיפות בפעילות הנעשית באמצעות כתבי השירות. מתווכי שירותי הבריאות הניתנים במסגרת כתבי השירות אינם נתונים לפיקוח של הרגולטור.

כפי שתואר בהרחבה במסמך הרקע לחוברת זו על פניו, השב"ן והביטוח המסחרי הם שני מוצרים שונים אך הם פועלים באותו השוק ובעלי אותו תפקיד. התפקיד בשוק הן של השב"ן והן של הביטוח המסחרי הוא להרחיב, להשלים ולשפר את הניתן בסל הבסיסי. אולם בעוד שאת השב"ן מציעות ומנהלות קופות החולים הרי שאת ביטוח הבריאות המסחרי מציעות חברות הביטוח והוא נרכש ישירות מחברות ביטוח מסחריות.

בגלל ההבדלים באופי של שני סוגי הביטוח מתמודדות קופות החולים וחברות הביטוח בדרכים שונות בכשלי השוק הקיימים בדרגות שונות בשב"ן ובמסחרי. משתתפי הכנס התבקשו לדרג את מידת הימצאותו של כל אחד מהכשלים הללו בכל אחד מסוגי הביטוחים הוולונטריים (שב"ן ומסחרי), את התוצאות ניתן לראות בטבלה מס' 1.

בדיון על כשלי השוק יש לשים לב בין היתר גם לכך ששוק ביטוחי הבריאות אחראי במידה מסוימת על כשל השוק "היצע יוצר ביקוש" בשוק שירותי הבריאות. ומכאן

נגזרות שורה של בעיות כגון, ייקור שירותי הבריאות הפרטיים, יצירת ביקוש עודף עבור שירותי בריאות מסוימים. כשלים אלו נידונים בקבוצה הראשונה של הכנס הדנה בהשפעת הביטוחים על אספקת השירותים ולכן לא יידונו כאן.

**טבלה 1:** עמדת משתתפי הכנס בנושא כשלי השוק בשוק ביטוחי הבריאות  
הוולונטריים בישראל (אחוזים מתוך כלל העונים לסקר)

מסחרי			שב"ן			
לא קיים	קיים במידה חלקית	קיים	לא קיים	קיים במידה חלקית	קיים	
3	2	1	3	2	1	
14%	43%	38%	14%	56%	25%	מידע א-סימטרי/פערי מידע סיכון מוסרי (moral hazard)
8%	16%	71%	33%	41%	19%	מידע א-סימטרי/פערי מידע ברירה שלילית (Adverse Selection) כולל "גריפת שמנת" ישירה
8%	29%	57%	30%	35%	29%	מידע א-סימטרי/פערי מידע ברירה שלילית ע"י "גריפת שמנת" עקיפה הכנסת שירותים עם פוטנציאל משיכה של "לקוחות רווחיים" ליצירת סל שירותים עשיר לאוכלוסיות צעירות ובריאות ודל לאוכלוסיות מבוגרות וחולות.
3%	19%	71%	30%	29%	35%	קונפליקט סוכן-מנהל ניגוד אינטרסים בין חברות הביטוח המסחריות לתוכניות השב"ן של קופות החולים.

מסחרי			שב"ן			
לא קיים	קיים במידה חלקית	קיים	לא קיים	קיים במידה חלקית	קיים	
3	2	1	3	2	1	
2%	16%	75%	3%	25%	65%	קונפליקט סוכן-מנהל לרופאים שעובדים במגזר הציבורי והפרטי יש אינטרס להסיט חולים מהמגזר הציבורי לפרטי
לא רלוונטי			22%	33%	38%	קונפליקט סוכן-מנהל קופות החולים מודעות לכניסת שירותים לסל הבסיסי באמצעות "חניית ביניים" בתוכניות השב"ן
1%	16%	73%	0%	32%	60%	תפיסות של המבוטחים לגבי הצורך בביטוח מעבר לביטוח הבסיסי (כולל חוסר הידע לגבי מה כלול בסל הבסיסי, פחד מחרטה, פחד מקבלת שירות לא טוב במערכת הציבורית וחוסר אמון במערכת הציבורית ובמשרד הבריאות)

הגוף המפקח על תוכניות השב"ן הוא משרד הבריאות באמצעות סמנכ"ל קופות חולים ושב"ן. המוצר נתפס כחלק מהמערכת הציבורית שכן הוא משווק ומסופק ע"י קופות החולים האחראיות גם על הספקת שירותי הסל הבסיסי וחלים עליו עקרונות שוויוניים בדומה לסל הציבורי (אין חיתום והחרגה, אסור להפלות על רקע מצב רפואי, גיל או מצב כלכלי, מחיר אחיד לכל קבוצות גיל, הפעלה באמצעות מלכ"ר ועוד). יש לשים לב כי אחד מיסודות הרפורמה במערכת הבריאות היה קיומה ועידודה של תחרות בין קופות החולים. אחד התפקידים המרכזיים של השב"ן במערכת הוא קידום תחרות זאת, תפקיד אשר נלקח בחשבון בפעילות הסמנכ"ל.

לעומת השב"ן, הביטוח המסחרי איננו ביטוח חברתי ולא חלות עליו הגבלות החלות על השב"ן (כגון איסור החרגות וחיתום רפואי). הביטוח המסחרי נתפס כמוצר פרטי הגוף המפקח עליו הוא אגף שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר. בנספח



א' של הנייר ניתן למצוא את תפיסת התפקיד של הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר, כפי שהוא רואה אותו. בנספח ב' ניתן לקרוא אודות תפיסת האסדרה על תוכניות השב"ן של אגף הפיקוח על קופות החולים ושב"ן במשרד הבריאות.

### 3. השיבות השקיפות והגילוי הנאות

השקיפות היא אחד הכלים החשובים לאסדרת שוק החשוף לכשלים פוטנציאליים. בשוק ביטוחי הבריאות קיימות שתי רמות לכשלים:

ברמת הפרט, היעדר שקיפות המתבטאת בא-סימטריה ביחסי הכוחות בין היצרן/מבטח לבין הצרכן/מבטח העלולה לגרום לשימוש יתר בכוחו של צד אחד הפוגע כלכלית בצד השני. למשל, הסתרת מידע על מצב רפואי קודם ע"י המבטח המביא לכך שהמבטח לוקח על עצמו סיכון במחיר שאיננו תואם את תוחלת עלותו ומצד שני המבטח עלול לנסח את התחייבותו הביטוחית כך שהיא לא תובן ע"י המבטח ובקורת מקרה הביטוח המבטח יחמוק מתשלום הנזק. הגברת השקיפות והגילוי הנאות בין היצרן לצרכן היא אחד הכלים המסייעים לרגולטור להתגבר ככל הניתן על הכשלים בשוק אולם יש לזכור כי עודף מידע עלול להוביל לתגובה הפוכה של השוק ולהגברת הכשלים.

ברמת השוק, שזו הרמה במוקד הדיון של נייר זה, היעדר שקיפות עלולה להתבטא ברמת יעילות נמוכה של היצרנים ו/או בהיעדר תחרות ביניהם. שקיפות רבה ככל הניתן ביחסים בין הרגולטור לחברות ברמת השוק מאפשרת איתור מוקדי חוסר יעילות ותיקונם, שיפור רמת הבריאות של הציבור על כל מגזריו ומחלותיו ולשימוש מושכל במשאבים העומדים לרשות מערכת הבריאות על כל מרכיביה הציבוריים והפרטיים כאחד. אולם, לא בהכרח מה שגלוי ושקוף לרגולטור צריך להיות שקוף וגלוי גם לציבור הרחב ובכלל זה גם לחברות המתחרות ביניהן בשוק. מבלי להמעיט מחשיבותה של השקיפות ברמת הפרט, נתמקד בדיון בקבוצה זו בסוגית השקיפות ברמת השוק.

השימוש המקורי והנרחב בשקיפות ובגילוי נאות נעשה בתחומי הכלכלה והיא אחת מהמטלות החשובות של רואה חשבון, המבקר את הפעילות החשבונאית של תאגיד כלשהו. על רואה החשבון מוטלת הדרישה לצרף גילוי נאות לדוח הכספי של התאגיד

המבוקר על ידו ובו כל העובדות המהותיות והחשובות על מצבו הכספי של התאגיד. השימוש בשקיפות ובגילוי נאות נפוץ גם בחקיקה המשפטית על כל תחומיה. הדרישות לגילוי נאות משובצות בחוקי הכנסת ובתקנות נלוות, בעיקר בכל הנוגע למערכת יחסים שבין הצרכן לבין הגופים המספקים לו שירותים.

כוחם של השקיפות והגילוי הנאות מתבטא, מחד גיסא, בהגברת הפיקוח על פעילותו של כל תאגיד ומאידיך גיסא, מדרבן את התאגיד להתייעל באותם נושאים אשר הוא מוצא את עצמו פחות יעיל ממתחריו לאור הניתוח ההשוואתי המתבצע על ידו. נכונות התאגיד לשקיפות ולגילוי נאות של תופעות הקשורות לפעילותו מבטאת במידה רבה תרבות אירגונית נאותה, המתבססת על יושרם וכנותם של נושאי המשרה בתאגיד ועל תשתית אנושית מקצועית הקיימת בו המסוגלת להתמודד עם האתגרים עמם התאגיד מתמודד.

אחת הדרכים הבולטות המאפשרת לתאגיד כלשהו, לרכוש את אמון הציבור בו ולשמרו, וכן להחזיק את "היד על הדופק" ולחוש בכל בעיה המתעוררת מוקדם ככל האפשר, היא השקיפות כלפי בעלי העניין בתאגיד (stakeholders) וקיומו של דיאלוג מתמיד איתם. בעלי העניין הם כל מי שהתאגיד משפיע עליהם או מושפע מהם: עובדים, ספקים, לקוחות, בעלי מניות ועוד. במקרה של קופות החולים בעלי העניין העיקריים הם: חברי הקופות (מבוטחים), הרופאים ובעלי המקצועות האחרים העובדים בכל אחת מהן וספקי השירותים הרפואיים הציבוריים והפרטיים. בעלי העניין העיקריים בחברות הביטוח הם המבוטחים, העובדים, בעלי המניות וספקי השירותים השונים.

שקיפות התאגיד כלפי בעלי העניין מתבטאת בדוחות הציבוריים שהתאגיד מפרסם מעת לעת, אשר העיקריים שבהם הם הדוחות הכספיים התקופתיים והדוחות הנלווים אליהם. הדוח הכספי והדוחות המצורפים אליו אמורים להקנות לקורא תמונה מאוזנת על מצב התאגיד, הישגיו, עוצמותיו וחולשותיו ולהציף גם אילוצים, כישלונות וקשיים שונים שהתרחשו בתקופה שהדוח מתייחס אליה.

שקיפותן של קופות החולים וחברות הביטוח הוא תנאי הכרחי לקיומו של פיקוח ציבורי נאות על הגופים הללו, ולשמירה על האינטרסים של כל הנהנים משרותיהם. השקיפות היא כלי מרכזי בידי הרגולטור לחשוף את הכשלים ולפעול לתיקונם. השקיפות משמשת כתמרור בעל חשיבות עליונה לאיתור מוקדם ככל הניתן קיומן

של סטיות מהוראות רגולטוריות, אשר עלולות לפגוע באינטרס הציבורי במשמעותו הרחבה ביותר. בנוסף, השקיפות היא כלי חשוב מאוד לצרכי קבלת החלטות מדיניות בידי הרגולטורים וקובעי המדיניות השונים.

שקיפותן של קופות החולים וחברות הביטוח תהא אפקטיבית יותר ככל שהפרטים הנחשפים רחבים יותר, עדכניים יותר ומתפרסמים בתדירות קבועה תוך פיקוח של הרגולטור הנוגע בדבר על איכותם ואמינותם.

יצירת שקיפות אפקטיבית כרוכה בעלויות כספיות משמעותיות. הניסיון בכל העולם מלמד שעלות זו בטלה בשישים בהשוואה לתועלת שמפיק ממנה הציבור הרחב.

מן הראוי לציין שביחס למידע הנמסר ע"י חברות ציבוריות, שקיפותם של בתי החולים על כל סוגיהם, ציבוריים ופרטיים כאחד, בבעלות הממשלה, קופות החולים וגורמים אחרים לוקה בחסר.

### **שקיפות תוכניות השב"ן שמופעלות ע"י קופות החולים<sup>1</sup>**

כללי השקיפות המוטלים בחוק על תוכניות השב"ן של קופות החולים, נגזרים מתוך חוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר קובע את הכללים בנוגע לשקיפות בכל הקשור לפעילותן של קופות החולים. בחלק זה נסקור את הכללים הללו ונמפה חסרים במידע.

שר הבריאות הכיר בחשיבות השקיפות ונתן לכך ביטוי בתקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה פיננסים על קופות החולים) התשנ"ו-1995. תקנות אלו מאמצות במידה רבה את כללי הדיווח של חברות ציבוריות כמפורט בחוק ניירות ערך ובתקנות לחוק זה אך במספר שינויים משמעותיים:

- אין חובת דיווח בחוק לציבור הרחב אלא ל"מנהל" המוגדר כמנהל הכללי של משרד הבריאות או מי שהוא הסמיכו לעניין התקנות הנ"ל. בפועל, פרסם משרד הבריאות חוזר המחייב את הקופות לפרסם את הדוחות הכספיים לציבור הרחב.

1 ראה הדוחות הציבוריים על הקופות ועל שירותי השב"ן שלהן באתר האינטרנט של משרד הבריאות.

■ לא הוגדרה בחוק תדירות הדיווח, החובה לדווח בסמיכות רבה ככל הניתן לתום התקופה לגביה מתייחס הדיווח וכן לא הוגדרה הפלטפורמה באמצעותה יובאו הדיווחים התקופתיים הללו לידיעת הציבור. כן נקבעה חובת הדיווח של קופות החולים בחוזרים של משרד הבריאות ובתקנות חוק ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה פיננסית על קופות החולים) התשס"ו 2006.

■ התקנות הנ"ל לחוק ביטוח בריאות ממלכתי לא אימצו את סעיפי העונשין בחוק ניירות ערך למי שאיננו מקיים את הוראות החוק הזה ותקנותיו. מקורות האכיפה של משרד הבריאות נובעים בעיקר מסעיף 37 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

■ למשרד הבריאות לא הוענקו סמכויות חקירה, הטלת עיצומים וקנסות ברמה דומה לזו שניתנה לרשויות רגולטוריות אחרות, כמו המפקח על הביטוח, המפקח על הבנקים, הרשות לניירות ערך והממונה על הגבלים עסקיים. הסמכויות שניתנו עוסקות בעצירת כספים לקופות, קיזוז תקציבים, מינוי חשב מלווה ועוד. סמכויות דומות לאלו הקיימות לרשויות אחרות הן הכרחיות כדי לאפשר למשרד הבריאות לאכוף על כל הגופים במערכת הבריאות ובעיקר על קופות החולים קיומו של משטר תאגידי המתבסס על ציות להוראות החוק ושקיפות מלאה לציבור.

יחסית למועדי פרסום הדוחות של החברות הציבוריות, הדוחות הכספיים של הקופות והדוחות הציבוריים הנלווים אליהם הם חלקיים ומתפרסמים באיחור. בשנים האחרונות חל שיפור ניכר ברמת השקיפות הציבורית של קופות החולים והדוחות הכספיים מתפרסמים באתר האינטרנט של משרד הבריאות, אולם עדיין קיים מרחק בין השקיפות המצויה לשקיפות הנהוגה בחברות ציבוריות.

המידע המפורסם לציבור אודות תוכניות השב"ן של קופות החולים מתבצע החל משנת 2006 בדוח מיוחד אשר מפורסם ע"י משרד הבריאות ומשווה נתונים בין קופות החולים השונות. יש לציין, כי בדוחות של משרד הבריאות מפורטים הנתונים הבאים, אשר אינם מהווים חלק מהדוחות השוואתיים של הממונה על הביטוח במשרד האוצר: תשלומי פרמיה לפי תוכניות השב"ן והבחנה בין קופות החולים, ניתוח סעיפי ההוצאה המרכזיים בתוכניות השב"ן, מספר המבוטחים בתוכניות השב"ן וחלוקה לגילאים ומידע נוסף אשר משתנה מדי שנה.

החסרונות העיקרים בדיווח הינם בכל הנוגע לתדירות הדיווח (חברות הביטוח המסחריות מדווחות לציבור מדי רבעון), מידע אודות הסבסוד הצולב בין הסל לבין תוכניות השב"ן, יחסים בין תוכניות השב"ן לבתי חולים פרטיים שבבעלות קופות החולים שמפעילות את תוכניות השב"ן (נתונים אלו מדווחים למשרד הבריאות, אך לא לציבור) ועוד. כמו כן, מועד פרסום הדוח ההשוואתי של משרד הבריאות אודות תוכניות השב"ן הינו רק לקראת סיום השנה שלאחר השנה המדווחת (בניגוד לדוחות הממונה על הביטוח המתפרסמים ברבעון השלישי של השנה העוקבת).

על אף השקיפות החלקית הרי גם ברמתה הקיימת ניתן לעמוד על תופעות רבות במערכת הבריאות ולהפיק לקחים רבים. לדוגמא: בסוגיות של היקף השימוש בבחירת מנתח לאורך השנים.

### שקיפות חברות הביטוח

שקיפותן של חברות הביטוח, על פי הנחיות רגולטוריות הינה זהה לזו של חברות ציבוריות<sup>2</sup>, כלומר, הן חייבות בדיווח מידי לידיעת הציבור על כל מידע פנימי ועל כל אירוע משמעותי במהלך עסקיהן הרגילים. כמו כן, הדוחות הכספיים שלהן מתפרסמים מדי רבעון ודוח מפורט מתפרסם בסוף כל שנה<sup>3</sup>. הדוחות הרבעוניים מתפרסמים כחודש לאחר גמר הרבעון והדוח השנתי כשלושה חודשים לאחר גמר שנה. לדוח הכספי השנתי מצורף דוח תקופתי מפורט, בן מאות עמודים, המנתח את הפעילות העסקית של חברת הביטוח לפי מגזרים (ביטוח כללי, ביטוח חיים וביטוח בריאות). בנוסף יש את הדוח השנתי של הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון, הכולל את פירוט הפעילות השוטפת של האגף וכן את התוצאות העסקיות של חברות הביטוח שהיו במהלך אותה שנה, בין היתר, בתחום ביטוחי בריאות.

שקיפות נמוכה בביטוחי בריאות מסחריים אינה מאפשרת להשוות את רווחיותן של חברות הביטוח ברמת החברה הבודדת בסוגים השונים של הביטוחים הללו ולעמוד על כשלי השוק הספציפיים הקיימים בכל אחד מהם. גם בדוח השנתי של הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון הפירוט על הפעילות המצרפית של חברות הביטוח בתחום חלקי והוא מתפרסם באמצע השנה.

2 ראה הנחיות המפקח על הביטוח.

3 ראה באתר רשות נירות ערך מערכת "מגנא".

יש לזכור שהשקיפות החלקית של חברות הביטוח בפעילותן בתחום הבריאות המפורסמת לציבור היא לא בהכרח זו שרואה לפניו המפקח על הביטוח ועולה השאלה עד כמה מהמידע הנאסף צריך להתפרסם בציבור ו/או להגיע למשרד הבריאות.

**טבלה 2:** השוואה בין שקיפות המידע המפורסם לציבור בדיווחים של תוכניות השב"ן והביטוחים המסחריים

ביטוחים מסחריים	שב"ן	סעיף השוואה
✓	✗	פרסום דוחות רבעוניים ושנתיים מקיפים
✓	✓	פרסום דוח השוואתי שנתי ע"י הרגולטור
✓	✗	סמיכות רבה של הדוח לתום התקופה לגביה הוא מתייחס
✗	✓	פרסום מספר המבוטחים לפי סוג ביטוח, בהשוואה בין חברות ובכלל הענף
✓	✓	פרסום סך תשלומי הפרמיות לפי ענפי פעילות
✗	✓	פרסום תשלומי הפרמיות לפי חברות ותוכניות
✗	✓	פרסום השימושים והוצאות רפואיות בתוכניות השונות
✗	✗	פרסום מספר המבוטחים שהשתמשו בפוליסה בשנה האחרונה
✗	✓	פרסום נתוני הצטרפות ועזיבה של התוכניות
✓	✓	פרסום יחס התביעות לפי ענפים
✗	✓	פרסום יחס התביעות של התוכניות השונות לפי חברות
✗	✓	פרסום מידע הוצאות הנהלה וכלליות בנפרד לתחום הבריאות
✗	✗	מידע אודות כפל ביטוחי בין הביטוחים השונים

## מסקנות והמלצות

א. **חסר מידע לצרכי קבלת החלטות במערכת ותכנון מדיניות.** חלק מהמידע לא נאסף ע"י גורמי האסדרה וחלק אינו זמין לשאר קובעי המדיניות הקשורים (הגורם המאסדר השני, חברי כנסת ועוד)

ב. יש צורך להבחין בין מידע שצריך להיות נגיש לרגולטור המפקח, קובעי מדיניות (כולל הרגולטור הרלוונטי) והציבור. לא כל מידע שנאסף ע"י הרגולטור צריך להיות זמין ונגיש לכל.

ג. יש להתאים את דרישות המידע לגידול העצום בשוק והתפתחותו לאורך השנים. יתכן כי בקשת מידע מהגורמים המבטחים שהייתה נכונה ומספקת כאשר השוק היה קטן ולא משמעותי כבר לא עדכנית ורלוונטית לאור התפתחותו של השוק.

ד. איזה מידע צריך לאסוף?

1. צריך לאסוף מידע בר השוואה, מדוייק ואיכותי
2. לדוגמא - איסוף מידע אודות השימושים הספציפים בפרוצדורות הרפואיות (קודים)
3. מידע אודות התפלגות הפוליסות/תוכניות שב"ן - (לדוגמא - בביטוחים המסחריים - פוליסות "שקל ראשון- משלים לשב"ן").
4. איכות הטיפול בתביעות מבוטחים
5. איכות השירות בביטוחים

ה. **מסירת המידע לציבור** - צריך לברור את המידע שנמסר לציבור - מידע רב מדי יכול לבלבל אותו. כמו כן, יש לחשוב היטב על אופן מסירת המידע לציבור והנגשתו.

### ו. איסוף ושיתוף המידע

1. נציגי השב"ן בדיוניום טענו כי הרגולטור מפרסם לעיתים מידע רב מידי על תוכניות השב"ן בניגוד לביטוחים המסחריים, דבר שפוגע בתחרות מול חברות הביטוח.
2. צריך להרחיב את המידע אודות הביטוחים הפרטיים על מנת לאפשר השוואה בנושאים ברי השוואה בין הביטוחים.
3. סודות מסחריים יכולים להוות טיעון לאי-פרסום מידע מסויים.

#### 4. תפקידי האסדרה

כפי שציינו בחלק השני של הנייר, יש כשלי שוק הקיימים בשוק ביטוחי הבריאות הוולונטריים בישראל אשר מחייבים אסדרה או התערבות אחרת של המדינה. האסדרה יכולה להתבצע בשלושה צירים מרכזיים:

- א. אסדרה - הוראות לגבי תוכן המוצרים, מחירי המוצרים, שקיפות מידע וגילוי נאות.
- ב. פיקוח - לוודא כי כל הדברים שנקבעו ע"י הרגולטור מתקיימים.
- ג. כלים שניתנים לציבור - אוריינות, פרסום מדריכים, מחשבוני.

הרחבה אודות הכלים הן של המפקח על הביטוח והן של המפקח על קופות החולים ושב"ן ניתן למצוא בנספחים א' ו-ב'.

בחלק זה, נבחן אילו שיקולים מנחים את הרגולטור בבואו לקיים אסדרה בשוק. אין בסוגיות השונות שיוצגו בחלק זה לאמור כי האסדרה צריכה להתחשב בכל השיקולים הללו. כמו כן, יתכן וישנם שיקולים נוספים, עם זאת, הכנס בחרנו להתמקד בשיקולים אלו.<sup>4</sup>

#### א. אסדרה של מחירים

רגולציה על המחירים יכולה לכלול מגוון רחב של הגבלות ותנאים על קביעת המחירים. למשל בישראל בתוכניות השב"ן הרגולציה על המחירים קובעת כי המחיר יקבע לפי קבוצות גיל בלבד והיא נגזרת של העלויות הצפויות לתוכנית. הרגולציה על המחירים בביטוח המסחרי כוללת עמידה ביעדים אקטואריים וראיית סך תמהיל תחומי הכיסוי הביטוחיים של חברת הביטוח (בניגוד להסתכלות על כל סוג ביטוח בנפרד).

יש לזכור כי כל רגולציה על המחירים יכולה להיקלע לקשיים עד כדי זעזוע היציבות של השוק. מצב של עלייה בהוצאות של תוכניות הביטוח וגירעונות של המבטחות

4. נושא שקיפות המידע וגילוי נאות ברמת המקרו אשר מהווה כלי מרכזי של המפקחים בשוק (שב"ן ומסחרי) נידון בנפרד בחלק הקודם של הנייר. גילוי נאות ברמת המיקרו נדון בקבוצה שדנה בהשפעה על הצרכנים.



יכול להוביל ללחץ לעליות מחירים או אף לפרישה של מבטחות מהביטוח. הספרות אף מזהירה מפני מצב של "downward spiral" של השוק כתוצאה מרגולציה כזו. מצד שני, רגולציה כזו יכולה למנוע מצב של רווחים והוצאות הנהלה ומשרדיות "מוגזמים" בשווקים.

כמובן שההשפעה הפוטנציאלית של רגולציה המגבילה את המחירים או קובעת תקרה ליחס הסיכונים (Loss-ratio) או ליחס תביעות/מחירים על השוק יכולה להיות דרמטית ושונה מחברה לחברה, מתחום כיסוי לתחום כיסוי אחר, ובכל מקרה לא יכולה להיחזות מראש במדויק (Abraham & Karaca-Mandic, 2011).

### **ב. רגולציה של המוצר ותחומי הכיסוי**

ההתערבות של המפקח בשלב מוקדם יותר של תהליך פיתוח תוכנית, נספח לתוכנית או הרחבה של תוכנית (יותר מתאים למקרה של השב"ן). פיקוח על המוצר ותחומי הכיסוי נחשב לקפדני ומפורט יותר וכולל התערבות ברמת המוצר.

הרגולציה של המוצר ותחומי הכיסוי יכולה להיות ברצף בין רגולציה על הגדרות של תחומי הכיסוי (למשל, מהי מחלה קשה, מהי תרופה) והתנאים של התוכנית (תקופות המתנה ואכשרה, החרגות וכדומה) ועד ההנחות של המבטחת בקביעת הפרמיה וקהל היעד, הערכת הסיכונים של החברה וההנחות של החישוב האקטוארי, החלטות לגבי אסטרטגיות הפצה ועוד. רגולציה כזו על האסטרטגיה הניהולית והשיווקית של המבטחת נחשבת לרגולציה מתערבת וקפדנית ולעיתים אף פוגענית.

יש טענות נגד ובעד מידת ורמת ההתערבות בתחום הרגולציה של המוצר (האם על הרגולטור לאשר כל מוצר שקיים בשוק):

יתרונות של אישור מקדים של הרגולטור לגבי כל מוצר:

1. התוויית מדיניות - אישור מקדים של מוצרים מאפשר לרגולטור להתוות מדיניות, החשיבות של נושא זה עולה כאשר מדובר בתחום שלא הוסדר באמצעות הנחיות רוחביות. לדוגמה: אי מתן אישור לתנאים חיתומים בפוליסה, ביטול במהלך תקופת הביטוח וכו'.

2. שליטה טובה יותר על מוצרים חדשניים - לאישור הרגולטור מגיעים לא אחת

מוצרים חדשניים, שמתגלים כגימיק, אשר יוצרים מצג שווא בפני המבוטח (לדוגמה: שילוב סיעוד וביטוח חיים עד גיל 65, פוליסה המכסה רק טכנולוגיות רפואיות שעדיין לא קיימות וכו') או שרותים שאינם בעלי תוכן ממשי בשל ההחרגות או מימון נמוך של התוכנית. גישת האישור המקדים מסייעת למנוע שיווק של מוצרים כאמור, או לקבוע תנאים לשיווק מוצרים כאלה (פוליסת סיעוד עם תקופת המתנה שנה).

3. הפחתת השכיחות של התערבות הרגולטור בדיעבד - התערבות הרגולטור בדיעבד אינה דבר מובן מאליו, בפרט כאשר מדובר בחוזי ביטוח שקשה מאוד, אם בכלל, לבטלם או לעשות בהם שינויים. מובן מאליו שאם יש צורך והצדקה ניתן להתערב אולם חובת קבלת אישור מקדים מסייעת לרגולטור להיקלע למצב זה.

חסרונות של אישור מקדים של הרגולטור לגבי כל מוצר:

1. אי לקיחת אחריות על נוסח תנאי המוצר מצד הגופים המפוקחים - האחריות על יישום הוראות הדין והוראות החוזרים של הרגולטור בתנאי המוצר מוטלת על הגופים המפוקחים. בפועל, עצם אישור המוצר ע"י הרגולטור גורם בפועל להסרת האחריות מבעלי התפקידים בחברה והופך את הרגולטור ל"שומר הסף" של הוראות אלה, במקום לחייב את אותם בעלי תפקידים במילוי תפקידם, למשל באמצעות הטלת סנקציות. אישור הרגולטור משמש לעתים כ"עלה תאנה" לגופים וכחותמת לתנאי הפוליסה.

2. חוסר יעילות - החובה לתת אישור מקדים למוצרים מחייבת את הרגולטור להתייחס מיידית ופרטנית לכל מוצר שמתקבל לאישור. לעומת זאת בדיקה מרוכזת של מוצרים לפי ענפים, מאפשרת בחינה מקצועית יותר של המוצרים תוך ראייה כוללת של אופי המוצרים בשוק, וגם מאפשרת להגיע לכלל המוצרים בשוק (כאשר המפקח בודק רק מוצרים שמוגשים לאישורו, יכולים להיות מוצרים בעייתיים שאושרו ע"י הרגולטור לפני שנים רבות וממשיכים להיות משווקים).

3. מנגנון ביורוקרטי שמקשה על המפקח ועל הגופים המפוקחים - החובה לאישור מקדים של כל המוצרים הביטוחיים יוצרת עומס על עבודת הרגולטור

וכתוצאה מכך עשויים להיות לעתים עיכובים באישור המוצרים שלא לצורך.

בדרך כלל נהוג בשוק ביטוחי בריאות פרטיים לתת למבטחות מידה רבה של חופש פעולה עם כמה נושאים ספציפיים שהמפקח מתערב בהם על פי המדיניות שנקבעת מראש. בהתאם לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, על המבטחות להגיש לממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון כל תכנית או שינוי בה, טרם שיווקה אולם, המפקח לא מאשר כל תוכנית או שינוי בה לשיקולו. נציגי המפקח על הביטוח בקבוצה מציינים כי בכל המדינות בהם ישנו שוק ביטוח משוכלל (למשל מדינות ה-OECD) המפקח איננו מאשר מוצרי ביטוח של הגופים המוסדיים. יש לציין כי חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי כל שינוי בתוכניות השב"ן דורש אישור מקדים של שר הבריאות.

### ג. התערבות ספציפית במוצרים "בעייתיים"

יש רגולציה אשר איננה בדרך כלל רגולציה קפדנית ומתערבת אך המפקח מתערב בפיקוח על מוצרים הנחשבים "בעייתיים" ולהם נדרשת תשומת לב יתרה.

#### אינדיקטורים אפשריים להגדרת מוצר לו נדרשת תשומת לב של המפקח:

- תוכניות מורכבות הכוללות גם "חבילות"/מספר רב של תחומי כיסוי שונים.
- ההחלטה לקנות היא משנית ולא עיקרית (למשל, קוראת כתוצאה מרכישה של מוצר אחר).
- המוצר מסבסד מוצרים אחרים.
- יש ניגוד אינטרסים מובנה היכול לפגוע בצרכנים.
- משיכת הצרכן ע"י פרמיה נמוכה יחסית וכבילתו בהסכם.
- קביעת גורמים המגבילים את הזכאות לתביעה.
- תהליך תביעה מסובך ומסורבל.

### ד. אסדרת התחרות בין השחקנים השונים

סוגיה נוספת לה נדרשים הרגולטורים היא מידת התחרות בין הקופות ובין חברות הביטוח. אחת המטרות המרכזיות של התחרות בין הספקים השונים, הינה לשכלל את השוק ולהשיא את התועלת של הצרכן. בתחום השב"ן קיימות 8 תוכניות בלבד, 2 לכל קופת חולים. כאשר בהתאם לחלקה בסך המבוטחים, תוכניות השב"ן של כללית הינן הגדולות ביותר וכוללות יותר 50% מהמבוטחים בתוכניות השב"ן. יש לציין כי אם מבוטח בתוכנית שב"ן מעוניין לעבור לתוכנית שב"ן של קופה אחרת,

עליו גם לעבור לאותה הקופה בעבור השירותים הקיימים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בקרב ביטוחי הבריאות המסחריים, אין כאמור מידע על נתח השוק של המבוטחים בקרב חברות הביטוח והמידע הקיים עוסק בהיקף, תשלומי הפרמיות לחברות הביטוח. מן הנתונים שמפרסם הממונה על הביטוח במשרד האוצר עולה כי שלוש חברות הביטוח הגדולות מחזיקות בנתח שוק של 78% מתשלומי הפרמיות בפוליסות של הוצאות רפואיות.

לאור הסוגיות הללו עולה השאלה עד כמה מדובר בשווקים תחרותיים. כידוע אחוז המעברים בין קופות החולים עומד על כאחוז אחד וחצי בלבד בשנה. כלומר, אחוז המעברים בין תוכניות שב"ן לא עולה על אחוז זה. בקרב המבוטחים בביטוחי בריאות מסחריים, לא קיים מידע על מעבר בין חברות ביטוח. ככל שעולה הדעה כי יש מקום להגביר את התחרות בשווקים, יש לבחון מה תפקידו של הרגולטור בנושא זה.

### ה. זווית הראייה של הרגולטור

האסדרה בשווקי ביטוח הבריאות נובעת מגבולות הגזרה שמציבים לעצמם הרגולטורים השונים. טווח השיקולים שיכול להנחות את הרגולטורים השונים הינו רחב מאוד ויכול, במידת הצורך, לכלול בין היתר את השיקולים הבאים: יציבות חברת הביטוח, הגנה על זכויות המבוטחים, יצירת תחרותיות בשוק, השפעה על ביטוחי בריאות וולונטריים אחרים, השפעה על הסל הציבורי, השפעה על מערכת הבריאות הציבורית, שיקולים חברתיים רחבים ועוד.

### מסקנות והמלצות

א. חלק מתפקידי הרגולטור הוא לבחון את החלטותיו לאור הקורה במערכת הבריאות וההשפעות של הביטוחים על המערכת.

ב. בעת ביצוע אסדרה יש להבחין בין סוגי המוצרים השונים (כולל קבוצתי ופרט ורבדים בשב"ן) ולהתאים את האסדרה לכל אחד מהם.

ג. יש לשתף את הצדדים השונים בתהליכים עוד טרם פרסום טיוטת החוזרים

ד. יש לבחון אפשרויות שונות לפיקוח על מחירי תשומות שירותי הרפואה הפרטיים

ה. אסדרה של מחירים

1. יש למנוע מחירי הפסד לצורך משיכת לקוחות והעלאת פרמיה בעתיד (פגיעה בצרכן)
2. אסדרה על אופן קביעת המחירים - דרושה בין היתר במקרים של חוסר תחרותיות, חשש לסינון מבוטחים, או כשהפרמיה משתנה לאורך זמן.
3. יש להתחשב בשיקולים של הוצאה לאומית בעת האסדרה של המחירים.

ו. אסדרה של מוצרים<sup>5</sup>

1. גם כשיש פיקוח ואישור על המוצרים צריך להבטיח כי האחריות תישאר על המבטח
2. יש לקיים אישור מראש של המוצרים בביטוחים הוולנטרים.
3. צריך לוודא כי האסדרה לא מונעת חדשנות רצויה ופוגעת במידה קשה בתחרות
4. יש לבחון את הרולוונטיות של הפוליסות גם לאחר שנים רבות כדי למנוע מצב בו משלמים לריק או שהפוליסה לא צפתה הוצאות בלתי צפויות שהתרחשו.

ז. השפעה על הסל הציבורי

1. יש לקחת בחשבון את ההשלכות על הסל הציבורי בעת ביצוע אסדרה על ביטוחי הבריאות הוולנטרים.
2. לא כדאי שהכללת שירותים בשב"ן תשפיע על הכללת שירותים בסל.

ח. זווית הראייה של הגורם המאסדר, בעת קבלת החלטותיו, צריכה להיות רחבה ככל הניתן.

5 אגף שוק ההון ביטוח וחסכון סבור כי ככלל יש לאמץ תקינה בינלאומית בכל הקשור לענפי הביטוח. בהתאם לכך יהיה צורך להודיע לממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון על כל המוצרים, טרם שיווקם, אולם לא יהיה צורך לקבל אישור מפורש למוצרים לפני שיווקם. הממונה יתנגד למוצרים בכל מקרה שבו התכנית תכלול תנאים שעלולים לפגוע מבוטחים ושאינם עולים בקנה אחד עם הוראות, כללים וקווים מנחים שנתן המפקח.

## 5. "גבולות הגזרה" והתיאום בין הרגולטורים

בחוק ההסדרים 1998 הוחלט על אופן הפעלת תוכניות השב"ן, ובכך הוחלט על מבנה שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל. בהחלטה זו ניסו קובעי המדיניות לאזן בין הערכים של חופש בחירה ותחרות ובין אלה של שוויון וסולידריות. בחינת המאפיינים של תוכניות השב"ן מלמדת כי לשב"ן אופי של ביטוח חברתי המבוסס על סיבסוד צולב בין מבוטחים בתוך קבוצות הגיל; לעומת הביטוח המסחרי אשר אינו ביטוח חברתי ולא חלות עליו אותן הגבולות של השב"ן (כגון איסור החרגות וחיתום רפואי). תוכניות השב"ן הן תוכניות לא למטרות רווח לעומת הביטוחים המסחריים והקופות כספקיות ומבטחות של תוכניות השב"ן המהוות חלק מהמערכת הציבורית. הבדלים אלו ואחרים בין השב"ן לביטוחי הבריאות המסחריים הם משמעותיים ובעלי רגולציה נפרדת. נראה שאף שקיימים ממשקים בין שני סוגי ביטוחים אלו הרי הפתרון לכשלים הנובעים מיחסי הגומלין ביניהם איננו בדרך של הכפפת הרגולציה לסמכות אחת אלא בדרך של תיאום בין שני הגופים המפקחים. בפתיחת הדיון בנושא זה ראוי להביא את דבריו של ראש הממשלה, בנימין נתניהו בפגישה עם ראשי הארגונים הכלכליים (13.08.12): *"הגענו לא אחת למצב שבו רגולטור אחד נלחם ברגולטור שני; אסור שעודף הרגולציה תשלוט על המשק"*.

בעת הדיון בממשקים בין הרגולטורים השונים חשוב להדגיש את אופי הפעולה השונה של הרגולטורים. הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר רואה לנגד עיניו את כלל המערכת הביטוחית הפרטית במדינת ישראל ולא רק את שוק הבריאות. בנוסף, עקב אופיין של תוכניות הביטוח, המבטחות נדרשות לבצע הערכות אקטואריות ארוכות טווח. משרד הבריאות, מבצע את הרגולציה על תוכניות השב"ן באמצעות אותה יחידה אשר מבצעת את הפיקוח והבקרה על השירותים שנותנות קופות החולים במסגרת סל השירותים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. תוכניות השב"ן אינן נדרשות לביצוע הערכה אקטוארית מקיפה ברמה של חברות הביטוח, עקב היכולת לשנות את התקנון או את הפרמיות כאשר חלים שינויים.

למרות השוני באופי הפעילות של הרגולטורים השונים, שניהם עוסקים בביטוחי בריאות וולונטריים אשר מציעים מוצרים בעלי אופי דומה (עיקר ההוצאה בשני סוגי הביטוחים הינו בחירת מנתח וחוות דעת שנייה). בחלק זה נבחן עד כמה צריך להיות ממשק בין שני הרגולטורים בבואם לקבל החלטות אשר משפיעות על שוק ביטוחי הבריאות הוולונטריים ועל מערכת הבריאות במדינת ישראל.

במסגרת הדיונים בכנס עלו מספר נושאים אשר ממשק בין הרגולטורים היה מקדם בצורה ניכרת את האינטרס של הציבור. בין הנושאים שהוזכרו:

- סוגיית כפל הביטוח
- מוצרים המשותפים לשני הרגולטורים (השירותים שנותנת הראל לשב"ן של כללית)<sup>6</sup>
- השפעה הדדית בין הביטוחים (לדוגמא - נושא תרופות מצילות חיים)
- השפעות הביטוחים על הסל הציבורי ומערכת הבריאות הציבורית.

סוגיה נוספת שעלתה ודורשת ליבון ודיון היא כיצד משרד הבריאות ומשרד האוצר יכולים לאגם משאבים בתחום ביטוחי הבריאות? למשל, האם משרד הבריאות צריך להיות היועץ המקצועי של משרד האוצר בכל הנושאים הרפואיים, ועד כמה ההמלצות הרפואיות של משרד הבריאות צריכות להילקח בחשבון ע"י הפיקוח על הביטוח בעת אישור פוליסות ביטוח או בעת קביעת אמות מידה רפואיות להתנהלות שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים. ולהפך, האם הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון צריך להיות יועץ מקצועי של משרד הבריאות בכל הקשור לפיקוח על תוכניות השב"ן?

### מסקנות והמלצות

- א. אחריות - חלק מהמשתתפים העלו את הטענה כי אחריות משותפת משמעותה חוסר אחריות וחלק אחר טענו כי שני גורמים אחראיים שאינם פועלים בתיאום גם כן גורמים למצב של חוסר אחריות. על כן הצוות ממליץ כי אחריות וסמכות של הגורמים המאסדרים חייבים להיות שלובים זה בזה ובתאום.
- ב. אין הסכמה בין הרגולטורים על גבולות הגזרה לגבי המעורבות של הרגולטור האחר לצורך הגדרת התכולה של הכיסויים בביטוחים הוולנטרים.
- ג. כל הצדדים מסכימים כי יש להגביר את שיתוף הפעולה בין הרגולטורים ולקיים דו-שיח שוטף בניהם.
- ד. נקודות מרכזיות לשיתוף הפעולה - התייעצות, העברת מידע, קיום השיח בין המשרדים ולא על גבי התקשורת.
- ה. יש לשפר את השיתוף והתיאום בצעדים השונים הקשורים למערכת הבריאות. רוב המשתתפים טענו שנדרש אף מיסוד של התהליך.

6 יש לציין כי המוצר המשותף "לאומית מקסימום" כבר לא קיים בשוק המבוטחים עברו לפוליסת פרט אם ביקשו לממש את ההמשכיות.

## מקורות

1. Abraham, J.M., Karaca-Mandic, P. 2001. "Regulating the Medical Loss Ratio: Implications for the individual Market" *American Journal of Managed Care* 17(3):211-218.
2. Buchmueller, T., 2008. "Community Rating, Entry-Age Rating and Adverse selection in Private Health Insurance in Australia" *The Geneva Papers* 33:588-609.
3. Cohen, A., Siegelman, P., 2010. "Testing Adverse Selection in Insurance Markets" *The Journal of Risk and Insurance* 77(1):39-84.
4. Financial Services Authority. UK. 2011. "Product Intervention" *Discussion Paper DP11/1* [http://www.fsa.gov.uk/pubs/discussion/dp11\\_01.pdf](http://www.fsa.gov.uk/pubs/discussion/dp11_01.pdf).
5. Grace, Martin and Robert Klein (2008). "Insurance Regulation: The Need for Policy Reform". In *The Future of Insurance Regulation*, forthcoming Brookings Institution Press (Martin Grace and Robert Klein, Editors).
6. [http://www.pfp.gsu.edu/insurance\\_regulation/rel\\_papers/graceklein\\_reform\\_7-5-08.pdf](http://www.pfp.gsu.edu/insurance_regulation/rel_papers/graceklein_reform_7-5-08.pdf).
7. Neudeck, W., Podczeck, K., 1996. "Adverse Selection and Regulation in Health Insurance Markets" *Journal of Health Economics* 15:387-408.
8. Sage, W., 1999. "Regulation Through Information: Disclosure Laws and American Health Care" *Columbia Law Review* 99:1701-1825.
9. Stoltzfus-Jost, T., 2009. "The Regulation of Private Health Insurance" the National Academy of Social Insurance.



## נספחים

### נספח א' - תפקידו של המפקח על הביטוח בדגש על שוק ביטוחי הבריאות - עמדת הממונה על הביטוח

תפקיד המפקח על הביטוח<sup>7</sup> (להלן - המפקח) הוא להבטיח רמה אופטימלית של ביטחון פיננסי לצרכנים. כדי לקיים זאת, המפקח פועל בשלושה מישורים:

1. **מישור מפקח ↔ גופים מוסדיים** - המפקח דואג לשמור על יציבות גופים מוסדיים, כך שיוכלו לעמוד בעתיד בהתחייבויותיהם השונות. תפקיד זה חשוב במיוחד בביטוחים לטווח ארוך, כגון ביטוחי בריאות, שבהם עשויות לעבור עשרות שנים מרכישת הביטוח ועד לתביעה (דוגמה בולטת היא ביטוח סיעודי). כדי להשיג יציבות, מפרסם המפקח הנחיות בנושאים שונים כגון: הון עצמי מינימאלי, ניהול השקעות, שמירת עתודות ועוד. בנוסף, המפקח עוקב בצורה שוטפת אחר מצבם הפיננסי של גופים מוסדיים.

2. **מישור גופים מוסדיים ↔ צרכנים** - המפקח דואג לשמור על שוק ביטוח תחרותי, משוכלל והוגן. במסגרת זו, הוא גם פועל לצמצום הפערים בידע ובמשאבים בין צרכנים לבין גופים מוסדיים. כדי להגשים את מטרותיו במישור זה, המפקח פועל במספר דרכים:

2.1 אסדרה<sup>8</sup> ואכיפה בנוגע ל**גילוי** שעל גופים מוסדיים להעניק ללקוחותיהם בנושאים מהותיים (למשל, חריגים בפוליסה, קשר בין ביטוח מסחרי לשב"ן

וכדומה) כדי להקל על צרכנים להבין תנאי פוליסות ולהשוות מוצרים בשוק.  
2.2 אסדרה ואכיפה של **תנאים** בתכניות ביטוח (למשל, קביעת הגדרה אחידה למקרה ביטוח בביטוח סיעודי) כשנדרש להסדירם, למשל כאשר גילוי איננו מספיק.

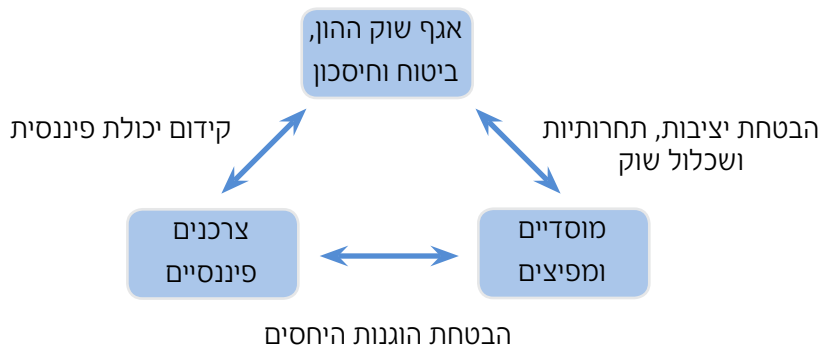
2.3 אסדרה ואכיפה של **התנהלות** של גוף מוסדי לצרכן (למשל בשלב יישוב תביעה, או חיתום).

7 בהתאם לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, הממונה על שוק ההון הוא גם המפקח על הביטוח.

8 באמצעות חוקים, תקנות, חוזרים, הכרעות עקרוניות, ניירות עמדה והבהרות.

3. **מישור מפקח ↔ צרכנים** - המפקח פועל להגברת מודעות ציבורית והבנת מוצרים שונים (למשל, ע"י פרסום מדריכים מתאימים). הוא מספק כלים להקל על הצרכן לבחור מוצר ביטוחי המתאים ומשתלם לו (למשל, במחשבונים להשוואת תכניות), ולממש את זכויותיו (למשל ע"י פרסום מדריכים מתאימים).

ניתן להמחיש את תפקידיו של המפקח באמצעות התרשים הבא:



## נספח ב' - תפיסת הרגולציה של אגף הפיקוח על קופות החולים והשב"ן במשרד הבריאות

**הסביבה החוקית אשר במסגרתה פועלות התוכניות לשירותי בריאות נוספים:**  
 סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן: "החוק") קובע כי קופת חולים רשאית להציע לחבריה תוכנית לשירותי בריאות נוספים (שב"ן - ביטוח משלים) שאינם כלולים בסל השירותים הממלכתי (להלן: "הסל הבסיסי"), למעט שירותי סיעוד, בחירת רופא מנתח לביצוע ניתוח, ללא השתתפות עצמית (מותר לכלול בתוכנית בחירת מנתח עם השתתפות עצמית) ותרופות מצילות חיים או מאריכות חיים (תיקון לחוק משנת 2008 במסגרת חוק ההסדרים).

### עקרונות פעילות התוכניות כפי שנקבעו במסגרת סעיף 10 לחוק:

- אין התוכנית יכולה לכלול מתן פיצוי כספי לעמית כתחליף לשירות. שירותי הביטוח המשלים ניתנים אך ורק לחברי הקופה אשר הצטרפו מרצונם לתוכנית ומשלמים לה דמי חבר באופן רציף. היינו, ביטוח וולונטרי.
- על קופת החולים לצרף לתוכנית כל חבר קופה המבקש להצטרף ללא קשר לגילו או למצבו הבריאותי או הכלכלי.
- חל איסור על הקופה להתנות או להגביל את הצטרפותו או את זכויותיו של העמית בין בעת הצטרפותו או בין במתן השירותים במסגרת התוכנית. למעט תקופות אכשרה סבירות.
- כל קופה רשאית לקבוע תקופות אכשרה שונות כאמור, לפרקים שונים בתוכנית עד ל- 24 חודשים. בתום תקופות אכשרה אלו יהיה העמית זכאי לכל השירותים והזכויות הניתנות במסגרת התוכנית בה הוא חבר.
- סעיף 10 (ב) (2) לחוק מתיר לקופה לשנות מעת לעת את זכויות העמיתים בתוכנית ואת תשלומיהם. שינוי כאמור צריך אישור שר הבריאות מראש.
- על דמי החבר של התוכנית להיות אחידים לכל קבוצת גיל ללא תלות במצבו הבריאותי או הכלכלי וללא קשר למספר שנות חברותו בתוכנית.

- אחד העקרונות הבסיסיים שהחוק קבע לפעילותן של התוכניות הוא כי הקופה תיתן את שירותי הביטוח המשלים באופן שהוצאותיה בכל שנה לא יעלו על הכנסותיה מתשלומי העמיתים. דהיינו, על התוכניות להיות מאוזנות ברמה שנתית.  
כל עודף שנצבר חוזר ישירות לתוכנית - בצורת עתודות למקרי קטסטרופה (עפ"י הנחיות משרד הבריאות); בצורה של הרחבת/הוספת שירותים. הפחתה בגובה ההשתתפות העצמית/קיצור תקופת האכשרה או בצורת הפחתה של הפרמיה (באישור משרד הבריאות מראש).
- בשנת 2009 בוצע תיקון לחוק שהסדיר את רצף תקופות האכשרה במעבר מתוכנית של קופה אחת לתוכנית של קופה אחרת על מנת שהחברות בתוכנית השב"ן לא תהווה חסם למעבר מבוטחים בין הקופות.

### **כללי הרגולציה על תוכניות השב"ן כפי שנקבעו בסעיף 10 לחוק:**

כבר בתחילת סעיף 10 לחוק המסדיר וקובע את כללי הפעילות של תוכניות השב"ן נקבע במפורש כי:

*"(א) קופת חולים רשאית להציע לחבריה תכניות לשירותי בריאות נוספים שאינם כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה (להלן - תכנית לשירותים נוספים), בין בעצמה ובין באמצעות חברה-בת בשליטה מלאה (להלן בסעיף זה - הקופה); תכנית לשירותים נוספים, וכל שינוי בה, טעונים אישור שר הבריאות".*

### **אישור תוכניות השב"ן ושינויים בהן**

כאמור סעיף 10 (ב) (2) לחוק מתיר לקופה לשנות מעת לעת את זכויות העמיתים בתוכנית ואת תשלומיהם. שינוי זה מצריך אישור משרד הבריאות מראש.

כאשר קופה מגישה בקשה לשנות זכות מהתוכנית, שיקולים רבים עומדים בפני משרד הבריאות. במסגרת האגף לפיקוח על קופות החולים נעשית בדיקה מקיפה ומעמיקה במספר מישורים, בטרם אישור השינוי, הכוללת בין היתר:

- בדיקה מהותית של השירות המבוקש והיקף הכיסוי המבוקש, לרבות היחס בינו לבין השירותים הכלולים בסל הבריאות הממלכתי - האם הכיסוי המבוקש כלול בסל (ואז הוא לא יאושר במסגרת השב"ן כאמור בסעיף 10(א) לחוק), האם הוא חלופי לכיסוי הקיים בסל, האם הוא מרחיב כיסוי קיים או לחלופין האם מדובר

בכיסוי חדש שאין לו זיקה לשירותים הקיימים בסל, בחינה של הצורך והביקוש לשירות, בחינה של אופן ויכולת המימוש של השירות במידה ויכלל בשב"ן ועוד.

■ בתוכניות השב"ן קיימים שני רבדים (לאחרונה במכבי אוחדו הרבדים "מגן כסף" ו"מגן זהב" לרובד אחד והתוכנית "מגן כסף" נסגרה למצטרפים חדשים). הרובד התחתון נותן תוספת של כיסוי ושירותים מעבר לכיסויים במסגרת הסל הבסיסי. הרובד העליון מוסיף זכויות או מרחיב זכויות מעל הרובד התחתון ומעל הסל הבסיסי. יש לשים לב כי בקופת חולים לאומית תוכניות השב"ן מקבילות ואינן מתנהגות כרבדים (תחתון ועליון) המתווספים אחד על השני. במסגרת הבחינה להכללת כיסוי חדש או להרחבת כיסוי קיים נבחנת השאלה באיזה רובד יש לאפשר את השינוי המבוקש.

■ בדיקה בליווי משפטי של נוסח הזכות במסגרת תקנון התוכנית. תמחור הזכות בהתאם להיקף הכיסוי לרוב בליווי אקטואר (בייחוד בכיסויים נרחבים וגדולים בעלי היקף כספי ואי וודאות גדולים) הכוללת בין היתר, בחינת צפי שימושים ומחירי רכש, פריסה על פני קבוצות הגיל בהתאם לעלויות הצפויות בגין הכיסוי בכל קבוצת גיל והתחשבנויות בין רבדי תוכניות השב"ן במידת הצורך. שיקולי עלות תועלת של התוספת או ההרחבה בתוכנית לעמית השב"ן. הוספה של זכות או הרחבת זכות ברובד קיים עשויה לחייב עמה העלאת תעריף ואז נכלל גם השיקול של כדאיות השינוי לכלל המבוטחים.

■ בדיקת תעריפי התוכנית כמכלול (הנעשית גם כן בעזרת אקטואר וכלכלן/רו"ח) והשפעת הכללת הכיסוי על יציבותה הכלכלית של התוכנית לרבות ההשפעה על הכנסותיה, הוצאותיה ותזרים המזומנים שלה בטווח הקצר ובטווח הארוך.

■ בנוסף, קיים אינטרס כי התוכנית תכלול כיסויים שהינם בעל מקדם חיוניות גבוהה על מנת שתינתן תמורה ממשית לפרמיה שמשלם החבר.

### **שיקולים לאישור שינויים במסגרת תוכנית קיימת או במסגרת רובד חדש:**

בנוסף לאמור לעיל, במסגרת שיקולי העלות תועלת עולה השאלה האם יש לאפשר שינוי מבוקש במסגרת תוכנית שב"ן קיימת או האם יש לאפשר תוכנית חדשה ובעצם פתיחת רובד חדש. כאמור, הוספה של זכות או הרחבת זכות ברובד קיים עשויה לחייב עמה העלאת תעריף ואז נכלל גם השיקול של כדאיות השינוי לכלל

העמיתים שכבר חברים בתוכנית קיימת.

עם זאת, אין לשלול ביצוע השינוי במסגרת הרובד הקיים בשל העלאת תעריף אלא יש לבחון כל מקרה לגופו - מהו היקף השינוי, מהות הזכויות, מה חשיבותן ומשקלן וכמובן מהי התוספת הנדרשת לדמי החבר ומה השפעתה על נגישות המבוטחים לתוכנית.

ככלל, מדיניות המשרד היא כי אין מקום להתנות תוספת כיסוי חדש בתוספת רובד חדש, הדבר יוצר סרבול במבנה התוכנית, עלול לנוון תוכניות קיימות שלא יעודכנו בשיפורים טכנולוגיים רפואיים, מייצר חשש להסטת שירותים לרבדים עיליים, יוצר בעיית פיקוח על שיווי המשקל בין הרבדים השונים ועלול לייקר את הכיסויים ע"י צמצום קהל היעד ואיבוד היתרון לגודל.

המצב הקיים לפיו מתייצבות התוכניות על שני רבדים הוא המצב שלדעת המשרד ראוי לשמר כאשר כל אחד מהשירותים שיתווספו בעתיד ישתלב באחד מהרבדים הקיימים. במצב כזה שינוי משמעותי ברובד השני תמיד יאפשר למבוטח "לרדת" לרובד הראשון ולא להישאר ללא כל ביטוח משלים.

כאמור אין מניעה על פי החוק להוסיף שירות כנגד תוספת פרמיה. ואף יותר מכך, ייתכן מצב בו תידרש תוספת של פרמיה לשם מימון כיסויים קיימים אף ללא תוספת או הרחבה של זכויות כמו במקרה של גרעון בתוכנית בשל גידול בשימושים או יציאה מאסיבית של מבוטחים מתקופת אכשרה.

המבחן איננו רק בשאלה האם נדרשת תוספת פרמיה אלא האם תוספת פרמיה זו היא סבירה ביחס לשירות הנוסף ואינה פוגעת בנגישות לתוכנית.

סוגיה נוספת שעולה בעת אישור הרחבה של תוכנית שב"ן היא הצירוף האובליגטורי של מבוטחים להרחבת התוכנית. צירוף זה משמעותו מצד אחד העלאת תעריף למספר רב של מבוטחים, מצד שני משמעותו הרחבה והוספה משמעותית של שירותים לעמיתי התוכנית בלא שיצטרכו להמתין את תקופות האכשרה וכן תעריף נמוך יותר לעומת התעריף שהיה נקבע אילו היה מדובר ברובד חדש נוסף.

כאמור לכל שינוי בתוכניות השב"ן יש השלכות על מספר רב של עמיתים ועל המערכת

כולה, ועל כן נעשית במשרד הבריאות בדיקה מקיפה מתוך מחשבה מעמיקה של השינוי מכל היבטיו וכמכלול בטרם אישור שינוי כלשהו.

### **פיקוח ובקרה על תוכניות השב"ן**

בהתאם לאמור בסעיף 10(ז) ו-10(ח) לחוק ולאור הכללים הייחודיים לפעילות תוכניות השב"ן כמפורט בחוק, הפיקוח על תוכניות השב"ן, מעבר לאישור השיניים בתוכניות, כולל בין היתר:

- פרסום תקנות.
- קביעת קווי יסוד, חוזרים והנחיות לקופות להפעלת תוכנית אלו, לרבות, הוראות בדבר הניהול הכספי והחשבונאי של התוכניות, דרכי צרוף מבוטחים, דרכי שיווק התוכניות, כללים להפעלת התוכניות (חובת הכרעה תוך זמן סביר, מועדים למתן החזרים, הפסקת חברות פטור מתקופות אכשרה וכיוצ"ב), קביעת מנגנון ערר, הנחיות בדבר הכללת תרופות וציוד רפואי בתוכניות, פרסום רשימות של תרופות, רופאים, ספקים, במסגרת התוכניות ועוד.
- איסוף וניתוח נתונים כספיים וכמותיים, לרבות פרסום דוח שנתי המסכם את פעילות תוכניות השב"ן לציבור הרחב כאשר הדוח מתרחב משנה לשנה במטרה להרחיב ולהנגיש את המידע לעמיתי התוכניות ולציבור הרחב.
- בקרה ופיקוח שוטף על יציבותן ואיתנותן של תוכניות השב"ן.
- בקרות כספיות ותקציביות שוטפות על התוכניות, לרבות מעקב אחר עלויות של כיסויים חדשים שאושרו, בדיקת המידודים של דמי החבר וההשתתפויות העצמיות בתוכניות, בחינת סעיפי הוצאה שונים כגון תפעול, הנהלה וכלליות ועוד.
- בקרות שטח בקופות ו"לקוח סמוי".

## צוות 3

### השפעת התפתחות הביטוחים הפרטיים (משלים ומסחרי) על הצרכנים

#### 1. תקציר מנהלים

בפרק זה נתמקד בשלושה מימדים של השפעת הביטוחים הפרטיים על הצרכן:

המימד הראשון - **המידע** העומד לרשות הצרכן והיכולת שלו לקבל החלטה מושכלת על בסיס מידע זה, הן בעת רכישת הביטוח והן בעת קרות מקרה הביטוח, והצורך במימוש הזכויות מכוח הפוליסה;

המימד השני - **כפל ביטוח** אשר קיים לעיתים בין פוליסות ותוכניות ביטוח שונות שקיימות ברשות המבוטח. השפעת החפיפה הקיימת לעיתים בין הכיסויים הביטוחיים על הצרכן וכיצד מבטיחים שההחלטה לרכוש מוצר כפול התקבלה באופן מודע וכיצד מוודאים שבמצבים אלה בעת קרות מקרה הביטוח, מיצוי הזכויות של הצרכן יהיה מיטבי;

המימד שלישי - **התמורה**. כיצד מבטיחים תמורה הולמת להשקעה של הצרכן בשוק ביטוחי הבריאות הפרטיים.

**הערה: במסגרת תקציר המנהלים הנוכחי, יוצגו היבטים עיקריים שנדונו בנושאים הנ"ל. המלצות הצוות מוצגות במרוכז בעמ' 193.**

#### 1. מידע, גילוי נאות ומימוש הזכויות

תחום שירותי הבריאות וביטוחי הבריאות הינו אחד המורכבים והקשים ביותר להתמצאות, אשר הפרט נדרש להתמודד עמו. מדובר בתחום שבו מגוון הבעיות והפתרונות האפשריים הינו עצום ומתעדכן בהתמדה. הציבור זקוק לתיווך של איש



רפואה ו/או איש ביטוח כדי להתמצא בתחום (אפילו כדי לדעת אילו בעיות רפואיות יש לו או צפויות לו). כמו כן, קיימים רבדי ביטוח במערכת הבריאות הנותנים מענה לצרכים הרפואיים, לעיתים תוך חפיפה ביניהם.

במקביל, החלטות הציבור בתחום מושפעות גם מהחשש מהתדרדרות בריאותית והנטל הכלכלי שעלול להיות כרוך בכך: בשונה מתחומים אחרים בביטוחי בריאות המשמעות של הביטוח מבחינה נפשית בעלת תפקיד מכריע בהחלטות הפרט.

לאור מורכבות התחום, קיימת תלות גדולה של הפרט במידע שהוא מקבל ממערך שירותי הבריאות והמוסדות המבטחים אך, לא בהכרח קיים מתאם בין האינטרסים שלהם לאלו של המטופל.

גם כאשר הגורמים המטפלים מעוניינים לספק את מלוא המידע הרלוונטי למטופל בהתאם למצבו, לא תמיד עומד לרשותם מידע זה באופן נוח למסירה (למשל, לידע את המטופל אילו תרופות באילו תנאים מסחריים הוא יכול לקבל לטיפול במחלתו בהתאם למצב הביטוחי שלו).

חשיבות הגילוי לצד חוסר במוטיבציה מצד השוק לתת מידע מספק מיוזמתו, מחדדים את תפקיד הרגולטור בקביעת הסדרי הגילוי בתחום הבריאות ובאכיפתם. השאלה היא מהי הדרך הנאותה לכך ובאיזו דרך אפקטיבית ניתן לנקוט כדי להביא לכך שהפרט יוכל לקבל החלטות מושכלות מלאות ומקיפות בתחום ביטוחי הבריאות הן בשלב ההצטרפות לתוכנית הביטוח, הן במהלכה והן בשלב הגשת תביעה.

לאור האמור לעיל, ראוי לקבוע עקרונות מנחים לפיהם יתבצע גילוי נאות אשר יתרמו למסירת מידע אפקטיבי למבוטח:

#### **א. התאמת הגילוי לקבוצות השונות של צרכני שירותי הבריאות**

##### **ב. הבטחת האפשרות להשוות בין הסדרי הביטוח החלופיים:**

בהקשר זה השאלות לעניין אופן ההגנה המיטבית על הצרכן מתייחסות לנקודות הבאות:

1. הגדרות רפואיות שונות בביטוחים שונים: האם שימוש בהגדרות שונות

- לאותו מצב רפואי/טיפול בביטוחים שונים שולל את הבסיס האפשרי להשוואה בין הביטוחים?
2. שימוש בהגדרות כלליות מדי.
  3. מתכונת ההשתתפות העצמית וכן תקרות השתתפות של המבטח.
  4. הצגה ברורה של הסדרי הבחירה ומגבלות זמינות.

### ג. גילוי לתפר בין רבדי הביטוח השונים:

- כיוון שהביטוחים הפרטיים (הן השב"ן והן הביטוחים המסחריים) מצויים בחפיפה מסוימת עם מערכת הבריאות הציבורית, יש קושי רב למבטח בהבנה אילו שירותים כלולים באיזה רובד ביטוחי ובהערכת כדאיות הביטוחים הנוספים. לפיכך, קיים צורך להביא לגילוי מכסימלי כדלהלן:
1. גילוי הזכויות לפי רובד הביטוח הממלכתי.
  2. גילוי התפר בין סל הבריאות לשב"ן.
  3. גילוי הכפל בין הביטוח הפרטי לסל הבריאות הבסיסי ו/או לשב"ן.

### ד. גילוי בהליכי מימוש זכויות בקרות מקרה הביטוח:

- במערכות הבריאות והביטוח נחוץ גילוי לדרכים להפעיל את שירותיהן לצד הגילוי למהות השירותים. לעיתים, אדם אשר הוא או בני משפחתו מצויים במצב רפואי קשה מתקשה לתפקד ויכולתו להתמודד עם סרבול בירוקראטי ואי-וודאות נמוכה במיוחד. יש חשיבות לבהירות מרבית על התהליכים למימוש זכויות לשירותים רפואיים וביטוח רפואי לגילוי אפקטיבי בנושאי דוגמת אלה שלהלן:
1. גילוי הפרוצדורה הרלוונטית: מידע על הסדרים ואישורים הדרושים לפי פרוצדורות.
  2. גילוי הסטנדרטים לביקורת על החלטות המובטח: לוחות הזמנים שנקבעו למענה לתביעה, קריטריונים לקבלת החלטה, אופן מסירת החלטה ואופן נימוקה.
  3. גילוי הזכות להשיג על החלטות המוסד.

### ה. מידע נוסף המשמעותי בשלב מימוש הזכויות:

1. בקרת תיחור ההשתתפות העצמית - לאור התחרות המוגבלת בשוק ביטוחי הבריאות, הצרכן אינו יכול ליצור לחץ מחירים מול הגורמים המבטחים, במיוחד כשמדובר בסכומי ההשתתפות העצמית אשר לרוב הפרט מתמודד עמם באופן מושכל רק כאשר מתרחש אירוע המצריך הפעלת הביטוח. דבר

- זה פוגע באפשרות ליצור תחרות בין המבטחים על גובה ההשתתפויות העצמיות של המבוטחים.
2. **בקרת השליטה בהגדרת המצב הרפואי של המבוטח** - המבוטח אינו אמור להיות צד בקביעת הזכאות התלויה בהגדרה כזו או אחרת. בהקשר זה נשאלת השאלה כיצד לבקר הגדרות רפואיות והאם יש מקום לסטנדרטיזציה המוכתבת ע"י הרגולטור.
3. **מענה לחסמים כלכליים למימוש זכויות** - לתביעות כנגד חברות ביטוח בעניין ביטוחי בריאות יש עלויות גבוהות שיכולות להקשות על המבוטח ואף להרתיעו מלעמוד על זכויותיו (כגון: אגרת ביהמ"ש, ההכרח בחו"ד רפואית, שכ"ט עו"ד וכד").
4. **חשיבות המימוש המהיר של הביטוחים** - מבוטח שנקלע למצב רפואי המצריך הפעלת ביטוח או שב"ן נמצא לעתים בלחץ נפשי וכלכלי כבד. שיהיו משמעותי בהפעלת הביטוח יכול להציבו במצוקה ולא לצו להסכים לקבל רק חלק מהכסף ו/או השירות ובלבד שיקבלם במהרה. נשאלת השאלה אם לפתח מנגנונים למניעת שיהוי.

על רקע האמור לעיל, התמקדו הדיונים בכנס, בין היתר, בשאלת הגילוי הרצוי לצרכן, הן בשלבים שקודמים להחלטה על רכישת ביטוח בריאות והן בשלבים של מימוש הביטוח (פנייה לחברת הביטוח לשם קבלת תגמולי ביטוח).

## 2. השפעת כפל ביטוח על הצרכנים

'כפל ביטוח' מתייחס למצב בו בהתקיים מקרה ביטוח מסוים, קיים למבוטח כסיו ביטוחי המקנה לו זכויות לקבלת תגמולי ביטוח מיותר מאשר מבטח אחד. מצב זה עלול להתקיים בין אם מדובר במחויבות של שתי חברות ביטוח לאותו מבוטח בגין אותו מקרה ביטוח, ובין אם מדובר במחויבות של חברת ביטוח ושל קופת חולים בגין אחריותה כמבטח של הסל הבסיסי או כמבטח של תוכניות השב"ן. הדיון בנושא כפל ביטוח כלל התייחסות למצב הנוכחי מבחינת חבויות המבטחים במצבי כפל ביטוח; ניתוח הסיבות העיקריות התורמות להיווצרות הכפל; והמשמעויות העיקריות של השלכות מצב זה על הצרכן.

### א. חלוקת הוצאה והחבויות כלפי הצרכן במצבי כפל ביטוח:

1. **כפל בין שתי חברות ביטוח** - כאשר קיים כפל כסיו בגין אותו מקרה ביטוח לאותו מבוטח המכוסה בפוליסות של חברות ביטוח שונות, קיימת הגדרה

ברורה שהוסדרה ע"י המפקח על הביטוח. חלוקת החבויות במקרה כזה משתנה לפי סוגי הכיסוי של כל אחת מהפוליסות - **שירות בעין / שיפוי /**

### **פיצוי כספי.**

#### **2. כפל בין חברה מסחרית לבין תוכנית השב"ן של אחת מקופות החולים -**

החוק לא מתייחס לקופת החולים כחברת ביטוח והמבוטח רשאי לדרוש את מלוא זכויותיו מכל אחד מה"מבטחים". בחלק מהפוליסות ו/או ובחלק מתקנוני השב"ן יש הגדרות/הגבלות לחבות החברה/השב"ן כאשר קיים כפל ביטוחי שכזה ואז המימוש של הפוליסה הוא בהתאם לפוליסה.

#### **3. כפל בין תוכנית השב"ן לבין הסל הציבורי -** קיים במקרים חריגים ובהיקף

מצומצם.

#### **4. כפל בין ביטוח מסחרי לבין הסל הציבורי -** קיים במקרים חריגים ובהיקף

מצומצם.

מהאמור לעיל עולה כי במצבים של כפל כיסוי המבוטח מקבל מכל אחת מהחברות שביטחו אותו החזר בגובה שהוא נמוך מסכום החזר המצרפי של הכיסוי משתי החברות לו היו מבטחות יחידות - סכום שהוא נמוך יחסית לזה לו ציפה המבוטח מלכתחילה. מצב שכזה וכן חופש הפעולה שיש למבטח מסחרי להגיע ל"פשרות" שעניינן בין היתר מתן פיצוי כספי גם כאשר לא הוגדר מלכתחילה בפוליסה, מהווה יתרון עצום למבטחים המסחריים.

### **ב. נסיבות התורמות להיווצרותו של כפל ביטוח:**

בין הגורמים התורמים להיווצרותו של כפל ביטוח ניתן למנות את:

1. אי הכרת התנאים והזכויות הכלולים ברבדים השונים של הפוליסות/השב"ן/ הסל הבסיסי.

2. אי הכרת מגוון הפוליסות הקיימות בשוק שתאפשרנה לבחור רק את הכיסוי הנדרש.

3. חוסר ידיעה מהן הפוליסות שיש בבעלות המבוטח באופן פרטי ו/או דרך הקופות ו/או דרך מקום העבודה.

4. האינטרס הכלכלי של הגורם המשווק (מכירת פוליסות) הוא בדרכי למכור פוליסה יקרה גם אם משמעותה היא לעיתים כפל ביטוחי.

5. הרצון של האדם להיות מוגן מפני כל הסיכונים והחשש מהלא נודע.

6. פוליסות הביטוח המסחרי והשב"ן משווקים פחות או יותר כמוצרי חבילה עם אפשרות קטנה יחסית לפיצול. כתוצאה מכך, האפשרות לרכוש השלמה

דרך תכנית השב"ן לפוליסה פרטית לא קיימת כלל.  
 7. חוסר מודעות של הציבור לפוליסות מסוג משלים לשב"ן, האמורות "לשדרג" ולהשלים את השירותים הניתנים בשב"ן לכיסוי מלא.

### ג. משמעויות עיקריות של כפל ביטוח על הצרכן:

1. הוצאה כספית מיותרת - חוסר אפשרות לקבל תמורה מלאה לפרמיות ששולמו.
2. קושי בניהול התביעה - תעייה של המבוטח בין הפוליסות וחוסר ידיעה את מי וכיצד לתבוע כל אחד מהמבטחים.
3. אי מיצוי זכויות וטרטור המבוטחים.

על רקע האמור לעיל, התמקדו הדיונים בין היתר בשאלות כגון: כיצד מונעים או מצמצמים את הנסיבות התורמות לכפל ביטוח, כיצד מוודאים שקימו של כפל ביטוח הינו תוצאה של החלטה מושכלת של המבוטח, וכיצד ניתן למזער את ההשפעה השלילית של כפל ביטוח על הצרכן.

### 3. החזר השקעה למבוטחים

מספר המבוטחים בשב"ן ובביטוחי הבריאות המסחריים גדל בהתמדה בעשור האחרון. מחד, קיומם של ביטוחי בריאות משלימים מסייע להורדת נטל המימון מהמערכת הציבורית, מאפשר בחירה חופשית של הפרט ועשוי לשפר את היעילות. מאידך, קיומם מגדיל את היקף השימוש בשירותים, מבלי שבהכרח הושגה תמורה ממשית במונחי בריאות וכן הוא עלול להוביל להעמקת פערים בנגישות לשירותי בריאות. מגמת הגידול בהיקפי המבוטחים בביטוח המשלים מחייבת בחינה של החזר ההשקעה בביטוחים אלה.

אחד האינדיקטורים המלמדים על החזר ההשקעה מסתמך על מידת הניצול של המבוטחים את הביטוח כפי שהוא נמדד ביחס בין היקף התביעות ששולמו למבוטחים ע"י חברת הביטוח לבין תשלומי הפרמיה ששולמו ע"י המבוטחים לחברת הביטוח (להלן: יחס תביעות). אופן החישוב של יחס זה שונה בין השב"ן לבין הביטוחים המסחריים. בתוכניות השב"ן (בכלל הקופות ובכלל הרבדים) יחס התביעות בשנת 2011 הוא 82% וקיימת שונות בין הקופות ובין רבדי הביטוח השונים. בביטוחים המסחריים הקבוצתיים יחס התביעות בשנת 2010 הוא 84%. לעומת זאת, יחס התביעות בפוליסות הביטוח מסוג פרט בשנת 2010 הוא 38%, והינו נמוך הן בהשוואה

לשב"ן, הן בהשוואה לביטוחים המסחריים הקבוצתיים והן בהשוואה לנתונים ממדינות מערביות אחרות. הסיבות לפערים אלה נעוצות בעובדה: שבניגוד לתכניות השב"ן ולפוליסות הביטוח המסחרי הקבוצתי, פוליסות פרט הן תכניות ארוכות טווח, ובמועד החתימה עליהן מקובעים התנאים כך שהמבטח נדרש להגן על עצמו מפני שינויים עתידיים; שבביטוח קבוצתי ובשב"ן המבטח חוסך בהוצאות שונות למשל בגין גבייה או שיווק וכן עמלות סוכן ועמלות היקף; שבפוליסות הפרט יכולת המיקוח של המבטח נמוכה בהשוואה לזו של בעל הפוליסה (המעביד) בפוליסות הקבוצתיות; ושבניגוד לפוליסות קבוצתיות ולשב"ן, פוליסות הפרט מחייבות חיתום רפואי וכך מגנות על עצמן מפני ה- *adverse selection*.

פירוט תמהיל עלות התביעות בשב"ן בשנת 2011 מעלה כי 42% מהן הוא בגין ניתוחים ובחירת מנתח, 13% בגין חוות דעת שניה, 8% בגין חיסונים/תרופות, 10% בגין שירותי הריון ולידה ו-9% בגין רפואת שיניים. מידע בגין תמהיל התביעות בביטוחים המסחריים אינו זמין.

יחס תביעות גבוה אינו מעיד בהכרח על החזר השקעה גבוה למבטח, כיוון שעשוי לנבוע מרכישת שירותים רפואיים בתשתיות פרטיות יקרות. מידע משלים ליחס התביעות הוא תמהיל הוצאות התוכנית ומצבה התקציבי. בשב"ן קיימת שונות בהיקף הוצאות התפעול (כאחוז מסך ההוצאות) בין הקופות. יתכן שפער זה נובע מיתרונות לגודל ומהמודל החשבונאי לפיו מועמסות הוצאות התפעול בתוכניות השונות, אולם עצם השונות מחייב בקרה על מנת לוודא כי אכן התוכנית מנתבת ביעילות את הכנסותיה לטובת כיסוי שירותי הבריאות של עמיתה. באשר למצבן התקציבי של תוכניות השב"ן - למעט מכבי כל הקופות מציגות עודף תקציבי בשנים האחרונות. יתכן שהעודף התקציבי העקבי יאפשר העלאה של יחס התביעות בתוכניותיהן מבלי לפגוע ביציבותן הפיננסית. מידע דומה, גם אם ברמה אגרגטיבית בלבד, אינו זמין לגבי תוכניות הביטוח המסחריות.

תיאור תמונת המצב העלה מספר שאלות שסביבן התקיימו הדיונים שעסקו בין היתר בנושאים כגון: מידת התאמתו של יחס התביעות כמדד להחזר השקעה; מידת הצורך לקבוע אמת מידה לגבי יחס התביעות; במידת הבקרה שיש להחיל על הוצאות הניהול בשב"ן ובביטוח המסחרי; מידת הצורך להתאים בין הפרמיות לבין זמינות היצע השירותים המכוסים בתוכנית הביטוח; מידת הפיקוח הרצוי על המוצרים/השירותים הנכללים במסגרת הביטוחים המשלימים; ומהי תשתית המידע

שיש להבטיח את זמינותה ושקיפותה על מנת לסייע למבוטחים לקבל החלטות מושכלות.

## **המלצות הצוות בנושאים: מידע גילוי נאות ומימוש זכויות; השפעת כפל הביטוח על הצרכן; והחזר השקעה למבוטח - מוצגות במרוכז בעמ' 193 להלן.**

### **2. מבוא כללי**

ביטוחי הבריאות בישראל מהווים שכבת הגנה נוספת למבוטחים החפצים בכך, מעבר לסל השירותים הבסיסי המוצע לכלל תושבי המדינה מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ההצטרפות אליהם היא וולונטארית והם מחייבים תשלומי פרמיה (דמי ביטוח) שאינם תלויי-הכנסה אלא קשורים לגיל המבוטח ו/או למצבו הרפואי ו/או מינו. כידוע, קיימות שתי מערכות המספקות את הכיסוי הביטוחי האמור. האחת, מערכת ביטוחית "טהורה" המנוהלת ע"י חברות הביטוח. הגורם המסדיר מערכת זו הוא הממונה על שוק ההון הביטוח והחיסכון (המפקח על הביטוח). מערכת זו מבוססת על חוק הפיקוח על עסקי ביטוח וחוק חוזה הביטוח (1988). המערכת השנייה, נועדה לספק שירותי בריאות נוספים (שב"ן), מעבר לסל השירותים הבסיסי, באמצעות קופות החולים. אין זו מערכת ביטוח "טהורה" היות והיא מבוססת על עקרונות שהותו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ומנוהלת ע"י קופות החולים. הרגולטור של מערכת זו הוא משרד הבריאות.

לשתי המערכות מטרות שונות והן פועלות לפי כללים שונים ועל בסיס משפטי וחקיקתי שונה. לדוגמא, בתוכניות השב"ן חל איסור לברור מבוטחים או לשנות את גובה הפרמיה עקב מצב רפואי, יש רציפות זכויות במעבר מקופה אחת לשנייה, חל איסור לספק במסגרת התוכנית פיצוי כספי אלא להעניק שיפוי או שירות בעין, חלה חובה לגבות השתתפות עצמית בגין מימוש הזכאות לבחירת רופא מנתח לביצוע ניתוח ועוד. השב"ן אינו "ביטוח" והחוק בישראל גם לא מתייחס אליו ככזה.

ניתן לומר שתוכניות השב"ן נמצאות בתווך שבין ביטוח הבריאות הציבורי לבין הביטוח המסחרי. מחד, בשב"ן מופעלים, בין היתר, עקרונות שקיימים גם בביטוח הציבורי. תוכניות אלה מופעלות ע"י גופים שאינם פועלים למטרות רווח, ומתבססות על עקרונות חברתיים של ערבות הדדית (לדוגמא: אין אפשרות ל"סינון" של מבוטחים, בתוך קבוצות הגיל לא ניתן להפלות בתשלומי הפרמיה, קיים סבסוד

צולב ורצף זכויות במעבר בין קופות). קיימת מעורבות גבוהה של הרגולטור בכיסויים המוצעים לדוגמא: איסור להכליל שירותים מסוימים (כגון: תרופות מצילות חיים, ניתוחים פרטיים ללא השתתפות עצמית ופיצוי כספי). התוכניות כוללות גם שירותים ששכיחות השימוש בהם גבוהה יחסית כגון: שירותי התפתחות הילד, חוות דעת שנייה וכד', ואין מיקוד דווקא במצבים של קטסטרופה רפואית. החקיקה הייעודית מכוחה פועלות תוכניות אלה היא חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תשנ"ד, 1994), הערכאה השיפוטית היא ביה"ד לעבודה (עם המאפיינים של פסיקה וחקיקה סוציאלית)<sup>1</sup> והרגולציה מתבצעת באחריות משרד הבריאות. מאידך, בשב"ן מופעלים גם עקרונות שאינם מקובלים בסל הבסיסי הנהוג מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי וקיימים בהם קווים משותפים עם עולם הביטוח הפרטי. לדוגמא: סל השירותים בשב"ן אינו מוכתב ע"י המדינה אלא מוצע ע"י ה'מבטח'<sup>2</sup>, ההצטרפות וולונטרית, האקטואריה דומה לזו המבוצעת בביטוחי בריאות מסחריים קבוצתיים והשירות מותנה בתשלום 'פרמיה' שאינה מביאה בחשבון את רמת השכר של המבוטח אלא את גילו בלבד. מאחר והשב"ן מופעל ע"י גופים שאינם למטרות רווח (כאמור, קופות החולים) ומבוסס על עקרונות סוציאליים שנגזרים מחוק ביטוח בריאות ממלכתי - לעיתים קיימת ציפייה טבעית מתוכניות אלה להגיש שירותים חיוניים שאינם כלולים בסל, ולפעול בהמשך למערכת הבריאות הציבורית ובהרמוניה עימה. מערך ביטוחי הבריאות המסחרי לעומת זאת, מופעל ע"י גופים למטרות רווח שאינם מחויבים בהכרח לפעול בתאום עם המערכת הציבורית - חברות ביטוח מסחריות<sup>3</sup>. תוצאה אפשרית למצב בו קיימות שתי מערכות שונות כל כך הפועלות ב"אותו מגרש" לפי כללים משפטיים ומנהליים שונים היא הסכנה לחפיפה בין כיסויים ביטוחיים, לפעילות של מבטחים שמצמצמים את מחויבותם כלפי המבוטח ולהעמסת חלק מחובותיהם על המערכת האחרת מקום בו הדבר אפשרי. מצב זה עלול להביא לפגיעה בצרכן ולקושי ביכולתו לפעול למיצוי מלא של זכויותיו. עולם הרפואה הוא תחום מורכב מאוד.

מתחייב מכך כי בפוליסות ובתקנונים למיניהם נעשה שימוש רב במונחים רפואיים, כלכליים ובמונחים מעולם הביטוח, שהמבוטח הממוצע אינו בקיא בהם. אם נוסף

1 עוד על היבטים משפטיים וחוקיים בהקשר למערך הביטוחים הפרטיים בישראל - ראה נספח א'.

2 אך, מחייב מראש אישור של הרגולטור.

3 יש להדגיש כי גם בביטוח הבריאות הפרטי המסחרי קיימות גישות שונות לעניין דרך הפעולה ותפקיד הרגולטור. להרחבה בנושא זה ראה - חורב, קידר 2012.



לזאת את ההבדלים בין המערכות המבטחות לבין כללי הפעולה ואת החפיפה שלעיתים קיימת ביניהן, נבין את הפוטנציאל לסכנה הטמונה בכך מההיבט של הדאגה לצרכן (הנושא יורחב בהמשך). על רקע המתואר לעיל והפוטנציאל הקיים לפגיעה בצרכנים, השאלות העומדות בפנינו הן - מה תפקידה של המדינה? כיצד באמצעות הגורמים המופקדים על כך בממשלה, מבצעים הסדרה שתכליתה העיקרית היא הגנה על הצרכן? האם ההסדרה כיום יעילה מספיק? האם צריך לצמצם או להרחיב אותה? וכיצד ניתן לשפרה? כל אלו ואחרות הן השאלות שעמדו בפני חברי הצוות ואלו גם הנושאים שיוצגו להלן.

הדיונים בצוות התמקדו בשלושה היבטים עיקריים של ההגנה על הצרכן: האחד, בכל הקשור למידע, לחובת הגילוי הנאות ולחסמים אפשריים במימוש הזכויות; השני, מצבים אפשריים של כפל ביטוח, הדרך לצמצמם ככל הניתן ולמיצוי הזכויות של הצרכן במצבים אלה. השלישי, דן בשאלה האם כיום מקבל הצרכן תמורה הולמת להשקעה שלו וכיצד ניתן יהיה להבטיח תמורה אופטימלית להשקעה של הצרכן בתחום ביטוחי הבריאות.

**הערה:** יש להדגיש כי חברי הצוות היו ערים לכך שמדובר כאמור בשתי מערכות "ביטוחיות" הפועלות על-פי כללים שונים ולכן מבקשים להדגיש כי הנתונים שיוצגו להלן משקפים פעמים רבות את אופי הפעולה השונה של המערכות ואת ההבדלים ביניהן, בין היתר בשקיפות הנתונים. כל זאת הובא בחשבון בעת ההתייחסות לנתונים.

### **בפרק זה יינתנו למונחים הבאים המשמעויות שלצידם:**

**כפל ביטוח:** מצב בו בהתקיים מקרה ביטוח מסוים, קיים למבוטח כסוי ביטוחי המקנה לו זכויות לקבלת תגמולי ביטוח משני מבטחים שונים (בין אם מדובר בשתי חברות ביטוח שונות או בחברת ביטוח ובתוכנית שב"ן).

**מקרה ביטוח:** מכלול התנאים שהוגדרו בפוליסה שרק בהתקיימותם זכאי המבוטח לקבל את תגמולי הביטוח שפורטו בפוליסה (או בתקנון) בגין אירוע ספציפי כגון מחלה או רכישה של שירות רפואי.

**תגמולי ביטוח:** תגמול לו זכאי המבוטח שנמצא כי עמד בתנאים הנקובים בפוליסה/ בתקנון. התגמול יכול להינתן במתכונת של שירות בעין, פיצוי או שיפוי, בהתאם להוראות הפוליסה/התקנון.

**פיצוי:** פיצוי כספי, בלתי מותנה, הניתן למבוטח בהתקיים מקרה הביטוח, ללא תלות בהוצאה שהייתה לו ואם הייתה כזו בגין המחלה או האירוע שהקנה לו את הזכאות.

**שיפוי:** תגמול כספי הניתן בהתאם לתנאי הפוליסה לכיסוי הוצאות שהיו למבוטח בגין מקרה הביטוח. השיפוי יינתן כנגד הצגת קבלות.

### **ההתייחסות שלהלן תתמקד ביחסי הגומלין, מהיבט הצרכן, בשלושה מרכיבים / רבדים של ביטוח הבריאות בישראל:**

א. **סל השירותים הבסיסי - מכוח ביטוח בריאות ממלכתי - הרובד הראשון**  
 סל השירותים והתרופות הבסיסי, נקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (תשנ"ד) והוחל מינואר 1995, וכן עדכונים מעת לעת. המבטחת היא מדינת ישראל וספקיות השירותים הן קופות החולים. מדובר בביטוח חובה החל על כל תושבי המדינה ובמסגרתו הם זכאים לקבל סל שירותים בסיסי אחיד.

ב. **שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן) - הרובד השני**  
 תוכנית וולונטרית לאספקת שירותים שאינם כלולים בסל הבסיסי באמצעות קופות החולים. עקרונות התוכנית הותוו בסעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. קיימת חובת קבלה לתוכנית של כל פונה. התשלום מתבצע בהתאם לקבוצות גיל ואין הגבלות על בסיס מצב רפואי. יש להדגיש כי כיום בקופות קיימים שני רבדים של תוכניות שב"ן.

ג. **ביטוחי בריאות פרטיים של חברות הביטוח - הרובד השלישי**  
 פוליסות ביטוח המוצעות באמצעות חברות ביטוח מסחריות. קיימות פוליסות אישיות (פרט) וכן פוליסות קבוצתיות. אין חובה לקבל כל פונה וקיימת אפשרות לבצע חיתום רפואי (ברירת מבוטחים לפי מצב בריאותי). התשלום מתבצע על פי רמת הסיכון האישית או הקבוצתית כתלות בסוג הפוליסה.

**הערה:** המושג רבדים עלול להטעות מאחר ולא מדובר כאן בתוכניות ביטוח הבנויות זו על גבי זו ומשלימות אחת את רעותה אלא, בסל בסיסי-ציבורי שמעליו קיים מערך של ביטוחים משלימים מסוגים שונים - חלקם מתחרים אחד בשני ולמעשה נמצאים באותו הרובד (לדוגמא, שב"ן מול פוליסות מסחריות 'מהשקל הראשון') וחלקם נבנים אחד על גבי השני. כך, שלמעשה מדובר בשלושה סוגים של ביטוח: סל בסיסי, סל שב"ן וביטוחים מסחריים. אך, למען הנוחות ועקב השימוש הנפוץ במושג זה, נשתמש בפרק זה גם במושג רבדים, על פי ההגדרות לעיל.

### 3. מידע, גילוי נאות ומימוש הזכויות

#### א. רקע כללי

תחום שירותי הבריאות וביטוחי הבריאות הינו אחד מתחומי הביטוח המורכבים והקשים ביותר להתמצאות אשר הפרט נדרש להתמודד עמו:

1. מדובר בתחום שבו מגוון מקרי הביטוח האפשריים והפתרונות האפשריים הינו עצום ומתעדכן בהתמדה.
2. הציבור זקוק לתיווך של איש רפואה/ביטוח כדי להתמצא בתחום (אפילו כדי לדעת אילו בעיות רפואיות יש לו או צפויות לו).
3. איש אינו יכול לצפות מראש אלו בעיות רפואיות תהיינה רלוונטיות לו ולמשפחתו בעתיד.
4. קיימים שלושה רבדים למערכת הבריאות הנותנים מענה לצרכים הרפואיים, לעתים תוך חפיפה ביניהם.

לצד גורמים אלה, משפיע בנוסף החשש מהתדרדרות במצב הבריאותי. חשש זה הינו אחד הפחדים הגדולים ביותר עבור רוב הציבור, הן בהיבט של עצם החשש מחולי קשה והן בהיבט של נטל כלכלי גדול שעלול להיות כרוך בהתמודדות עם בעיה בריאותית. בהתאם, בשונה מתחומים אחרים, בביטוחי בריאות המשמעות של הביטוח מבחינה נפשית הינה בעלת תפקיד מכריע בהחלטות הפרט.

לאור המורכבות המהותית והפרוצדוראלית של שירותי הבריאות, המפגשים של הציבור עם ביטוחי הבריאות מאופיינים באי וודאות גדולה במיוחד לכל אורך חיי הביטוח: הן בשלב המקדים של ההחלטה על הצטרפות לביטוח בתשלום נוסף

(שב"ץ<sup>4</sup>, ביטוח פרטי או גם וגם) והן בשלב של מימוש זכויות המוקנות לפרט במסגרת הביטוח הנוסף.

אי הוודאות משפיעה גם לאורך חיי הביטוח, כאשר מעת לעת הפרט עורך השוואה של הכיסוי הביטוחי שלו לחלופות (למשל כאשר משתנה המצב הבריאותי/משפחתי).

לכאורה, בשלב מימוש הזכויות אי הוודאות אמורה להיות פחות גדולה אך, בפועל אפילו כאשר המבוטח קיבל מידע על מצבו הרפואי ועל החלופות הטיפוליות, לרוב אין לו את היכולת הממשית לקבל החלטות מושכלות בתנאי וודאות: קשה לו להתמצא בהסדרים הבירוקרטיים ולהבין למה הוא זכאי במסגרת סל הבריאות הבסיסי, תקנוני השב"ץ ופוליסות הביטוח, וקשה לו להפריד בין הגורמים המטפלים לבין האינטרסים שהם מייצגים (לדוגמא: האם המוסד שהוצע לניתוח/התרופה שהוצעה לו, אכן המתאימה/ביותר עבורו או שההמלצה נובעת מאינטרסים של הקופה, הרופא או חברת הביטוח?).

לאור מורכבות התחום, קיימת תלות גבוהה במיוחד של הפרט במידע שהוא מקבל ממערך שירותי הבריאות ומהמוסדות המבטחים. יחד עם זאת, לספקי השירותים אין בהכרח אינטרס לספק את המידע הרלוונטי למטופל: מפגש של המטופל עם הרפואה הציבורית מתנהל לרוב מול קופת החולים. יש הטוענים כי מבנה המערכת והתמריצים שקיימים בה כיום אינם מעודדים את הקופה להבחין ולשקף בפני המבוטח את הגבול בין שירותים שהיא מספקת דרך סל הבריאות הממלכתי לבין שירותים הניתנים במסגרת השב"ץ. בנוסף, לחלק מהרופאים המועסקים במערכת הציבורית יש לכאורה עניין בעידוד מטופלים לפנות אליהם באופן פרטי. לבסוף, חברות הביטוח מעוניינות ליצור ביקוש לרכישת ביטוח אך, הן לא בהכרח מעוניינות להגביר מימוש זכויות לפי הפוליסות.

בנוסף, גם כאשר הגורמים המטפלים מעוניינים לספק את מלוא המידע הרלוונטי למטופל בהתאם למצבו, לא תמיד עומד לרשותם מידע זה באופן נוח למסירה (למשל, לידע את המטופל אילו תרופות ובאילו תנאים מסחריים, הוא יכול לקבל לטיפול במחלתו בהתאם למצב הביטוחי שלו).

4 בעניין זה ראה נספח בעמוד 218 - תמצית סקר שבחן בין היתר את הידע של הציבור בנוגע לשב"ץ.

לנוכח החשיבות העליונה של הגילוי, ולצד החוסר במוטיבציה מספקת מצד השוק לתת את המידע מיוזמתו, יש לרגולטור תפקיד חשוב במיוחד בקביעת הסדרי הגילוי בתחום הבריאות ובאכיפתם. השאלה - מהי הדרך הנאותה לכך? ובאיזו דרך אפקטיבית ניתן לנקוט כדי להביא לכך שהפרט יוכל לקבל החלטות מושכלות מלאות ומקיפות בתחום ביטוחי הבריאות הן בשלב ההצטרפות לתוכנית הביטוח, הן במהלך תקופת הביטוח והן בשלב הגשת תביעה.<sup>5</sup>

## ב. דוגמאות לניסיונות לטפל בסוגיית הגילוי

### 1. גילוי בנושאים הקשורים לניהול תביעות

**מה קיים:** המפקח על הביטוח הוציא חוזר לעניין "בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור" שקבע כללים בניהול התביעה.

**התייחסות:** אין בחוזר סעיף המתייחס לסוגיית ניהול תביעות שמתאפיינות בכפל ביטוח עם השב"ן לדוגמא. בשב"ן אין נוהל מחייב בניהול התביעה ואין אחידות בהתייחסות למצבי כפל ביטוחי מול חברות ביטוח מסחריות.

### 2. הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוחי בריאות

**מה קיים:** המפקח על הביטוח הוציא חוזר המגדיר פרוצדורות רפואיות בביטוחי בריאות (ניתוח, ניתוח אלקטיבי, השתלה וכו') ובימים אלה הוא מעדכן אותו. ההחלטה על ההגדרות היא באחריות המפקח, ללא מעורבות של משרד הבריאות.

**התייחסות:** על מנת למנוע כפל, חייבים שהגדרות אלה תהיינה זהות בשב"ן ובכל פוליסות הבריאות, שכן אחרת כל אחד יהווה מוצר שונה, המבוטח לא יבין את ההגדרות וודאי שלא יוכל להשוות בין מוצרי הביטוח.

## ג. עקרונות מנחים לגילוי ומתן מידע אפקטיבי

### 1. התאמת הגילוי לקבוצות השונות של צרכני שירותי הבריאות

קיימות קבוצות שונות של צרכני שירותי בריאות אשר נבדלות זו מזו בצורכי המידע שלהן ובהתאמות הדרושות להן באופן הגילוי. כך למשל, למבוטחים

5 לרשימת החוזרים וההנחיות שיצאו בשנים האחרונות מטעם הרגולטורים הרלוונטיים, הנוגעים להיבטים של הגנה על הצרכן, בהקשר של ביטוחי הבריאות לסוגיהם (שב"ן וביטוח פרטי), ראה נספח ב'.

המתגוררים במרכז אין צורך במידע על זמינות שירותים בפריפריה. לעומת זאת, עבור מבוטחים הגרים בפריפריה מידע על זמינות שירותים במרכז הינו מהותי. קיימת שונות כאמור בצורכי הגילוי בין קבוצות צרכנים הנבדלות גיאוגרפית (בעיקר בפריפריה), קבוצות גיל ומצב משפחתי (עם/בלי ילדים), קבוצות בעלות מצב בריאותי חריג וקבוצות הנבדלות ברקע תרבותי ובשפה. בנוסף, קיים הבדל ברגישות של בעלי הכנסה נמוכה לכשלי גילוי, לאור נגישותם הנמוכה למידע ולמתווכים מקצועיים (למשל פניה לרופא באופן פרטי או היוועצות בעו"ד). את אפקטיביות הסדרי הגילוי שמגבשים הרגולטורים יש לבחון בנפרד עבור כל קבוצה ולראות האם הם נותנים מענה לצרכיה.

## 2. הבטחת האפשרות להשוות בין הסדרי הביטוח החלופיים

צריכה מושכלת של כל שירות או מוצר מתחילה ביכולת להשוות בין החלופות הרלוונטיות. לשם כך נדרש בסיס אחיד להשוואה, שכן ללא בסיס אחיד לא ניתן להשוות. כיוון שמדובר בתחום מורכב ומגוון במיוחד, קל ליצרנים בשוק ליצור מגוון עצום של הצעות, השונות זו מזו בשורה ארוכה של פרמטרים ובכך למנוע מהציבור את יכולת ההשוואה ביניהן. מאידך, יש הטוענים כי האפשרות לגיוון מעודדת תחרות בין המוצרים דבר שעשוי לפעול לטובת הצרכן. לכן, השאלות לעניין תפקיד הרגולטור נגעו בנקודות הבאות:

א. הגדרות רפואיות שונות בביטוחים שונים: האם במצב בו ביטוחים שונים עושים שימוש בהגדרות שונות לאותו מצב רפואי/טיפולי, נשלל בסיס להשוואה בין הביטוחים ונמנעת היכולת להשוות בין הצעות שונות? והאם מול מגבלה זו קיים יתרון לעניין הגברת התחרות על המוצר?<sup>6</sup>

ב. שימוש בהגדרות כלליות שמונעות אף הן אפשרות השוואה, כיוון שלא ברור לפרט כיצד תפורש ההגדרה. למשל, חריג בביטוח שלפיו הפוליסה "לא תכסה כל בעיה רפואית הקשורה באופן ישיר או עקיף לסוכרת" יוצר מצב שבו המבוטח לא יכול לדעת מה יכוסה ע"י הביטוח שלו וממילא לא יוכל להשוות לחלופות שונות.

6 קיים פיקוח רגולטורי על פוליסות ביטוחי הבריאות ובימים אלה מתקיים דיון בתיקונים להגדרות של מחלות קשות בביטוחים אך, ההסדרים הקיימים חסרים ולא יוצרים, נכון להיום, אחידות בהגדרות (ראו נספח ב' לפירוט).

ג. מתכונת ההשתתפות העצמית של המבוטח וכן תקרות ההשתתפות של המבוטח:

הציבור אינו יודע מה העלות של טיפולים שונים. לכן, ללא גילוי של מידע חיוני זה שישמש בסיס להשוואה בין הביטוחים, אין למבוטח את היכולת הממשית להעריך את כדאיות הביטוח.

**הערה:** קיימים חוזרים של המפקח על הביטוח ושל משרד הבריאות בנושא חובת פרסום מידע על עלויות ניתוחים אך, עולה השאלה האם די בהם כדי להנגיש את המידע הנדרש לציבור (ראה: נספח ב' רשימת ה"חוזרים").

ד. הצגה ברורה של הסדרי הבחירה ומגבלות זמינות: סעיף 23 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מתייחס להסדרי הבחירה בין נותני השירותים מכוח החוק. בכל הקשור לשב"ן ולביטוח המסחרי לא בהכרח ברור מה מרחב הבחירה של המבוטח ולפי אילו קריטריונים מוגבלת אפשרות הבחירה שלו (למשל, אילו רופאים ו/או מוסדות נמצאים "בהסדר" עם המבוטח).

ה. הגבלת מספר המוצרים בשוק: ריבוי כיסויים ביטוחיים לא יוצר מגוון אשר מוסיף לרווחת הצרכנים אלא פוגע בהם. הצרכנים לא מודעים להבדלים בניואנסים, כך שבשוק מורכב שכזה המגוון לא מגדיל את התחרות ולא פועל לטובת הצרכן אלא, מגדיל את הערפול ובכך מקטין למעשה את האפשרות לתחרות.

#### ד. גילוי לתפר בין רבדי ביטוח שונים

כיוון שהביטוחים בתשלום נוסף (הן השב"ן והן הביטוחים המסחריים) מצויים בחפיפה מסוימת עם מערכת הבריאות הציבורית, יש קושי רב למבוטח בהבנה אילו שירותים כלולים, באיזה רובד ביטוחי ובהערכת הכדאיות של הביטוחים הנוספים.

1. **גילוי הזכויות לפי רובד הביטוח הממלכתי:** בבסיס לכל החלטה לגבי הכדאיות של ביטוח בתשלום נוסף, עומדת ההבנה מה כלול בסל הבריאות הממלכתי, שכן אחת החלופות הברורות לכל ביטוח היא הימנעות מרכישת ביטוח נוסף לסל הבריאות הבסיסי. לאור המורכבות והגיוון של רכיבי סל הבריאות, גילוי אפקטיבי לגבי זכויות מכוח הסל חייב להיות מותאם למצב הבריאות של הפרט הבודק (קרי, יכולת להגדיר את המצב האישי והבריאותי של הבודק ולקבל רק את המידע

אודות שירותים וטיפולים הרלוונטיים עבורו). קיים חוזר<sup>7</sup> של משרד הבריאות המגדיר את המידע שקופות החולים חייבות לפרסם באתרי האינטרנט שלהם, כולל מידע לפי מחלות. אך, לא כולן עומדות בכך וממילא לא כל האוכלוסייה נגישה לאתרי האינטרנט, וגם מי שנגיש תיאורטית לאינטרנט לא בהכרח מודע למידע כאשר הוא מחליט אם להצטרף לשב"ן/ביטוח מסחרי.

2. **גילוי התפר בין סל הבריאות לבין השב"ן:** כיוון שהמבוטח מקבל את שירותי הבריאות הציבוריים ואת השב"ן מאותו הגורם (קופת החולים), לעיתים, אין לו יכולת ממשית להבחין בין השירותים שהוא מקבל במסגרת סל הבריאות לבין אלו הכלולים בשב"ן. לערפול זה מספר השלכות:
- א. המבוטח מתקשה לצבור ידע וניסיון בעניין האטרקטיביות של השב"ן מבחינתו. כל חוויית התועלת מהשב"ן תלויה לחלוטין במידע המוצג לו באמצעות קופת החולים.
- ב. חוסר אפשרות של המבוטח לזהות מגבלות של הרובד הבסיסי או של זמינות שירותי הסל, כיוון שמיד מציעים לו חלופה בשב"ן שמבחינתו "פותרת את הבעיה".
- ג. מעמדו של הרופא בשירות הציבורי, שלעיתים הוא עלול להיות 'בעל עניין', במתן המלצה האם להפעיל או לא שירות ביטוחי (בשב"ן/בביטוח הפרטי).
- ד. המפקח על קופות החולים והשב"ן במשרד הבריאות, הוציא בתאריך 19/1/2009 חוזר "פרסום מידע באתר האינטרנט לגבי זכויות מבוטחים ע"י הקופות" המחייב את הקופות לפרסם מידע על זכויות בסל הבריאות ובשב"ן. לכאורה, אין בחוזר זה חובה להציג מול כל אחת מהזכויות בשב"ן מה הזכאות בסל הבריאות ולהיפך, כך שלמבוטח אין תמונה מלאה מה הוא יקבל במסגרת הסל והשב"ן, אם חלילה יחלה במחלה מסוימת.

3. **גילוי כפל בין הביטוח הפרטי לבין סל הבריאות הבסיסי ו/או לשב"ן:** לכאורה, ההבחנה בין שירותי סל הבריאות לשירותים הניתנים באמצעות הביטוחים הפרטיים קלה יחסית, כיוון שלא מדובר באותו ספק של שירותים. עם זאת,

7 קיים פיקוח רגולטורי על פוליסות ביטוחי בריאות ובימים אלה מתקיים דיון בתיקונים להגדרות של מחלות קשות בביטוחים, אך ההסדרים הקיימים חסרים ולא יוצרים נכון להיום אחידות בהגדרות (ראו נספח ב' לפירוט).



בשלב ההצטרפות של הפרט לביטוח פרטי יש חשיבות רבה לגילוי ברור וממוקד של התועלת **העודפת** שמספק לו הביטוח מעבר לכלול בסל הבריאות או בשב"ן. כאן, קיימת בעיה קשה של עומס מידע. כיוון שביטוחי הבריאות כוללים לרוב מגוון רחב של כיסויים שונים, אפילו מסמך הגילוי שיש לצרף לפוליסה<sup>8</sup> הינו ארוך, מסורבל ובלתי שמיש לציבור (זאת משום שאין הבחנה במסמך בין הרכיבים המרכזיים בפוליסה לבין הרכיבים הפחותים בערכם וחשיבותם).

4. **גילוי כפל בין הביטוחים המסחריים לבין הסל הבסיסי ולשב"ן:** המפקח על הביטוח הוציא בתאריך 15/5/1991 חוזר "גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסות לביטוח בריאות", המחייב את חברות הביטוח להציג בכל פוליסה פרק של "גילוי נאות" המציג את עיקרי הפוליסה ואת הממשק שלה עם מערכת הבריאות הציבורית (חוק ביטוח בריאות ממלכתי והשב"ן)<sup>9</sup>.

המידע האמור מסייע אבל לא מספק. הוא לא מוצג כמידע השוואתי - אלא מגדיר את רק סוג הכיסוי. אולם, עצם הקביעה שהכיסוי הוא למשל מסוג "משפר" לשב"ן או לסל הבסיסי אין בה די מאחר והמבוטח לא ידע מה לעשות איתו. שהרי גם כאשר שירות נמצא בשב"ן, הוא ניתן לעיתים לפי קריטריונים אחרים (כגון השתתפות עצמית גבוהה, תחת מגבלות אחרות מאלה שהוגדרו בפוליסה המסחרית וכו'). קשה לשקלל במדויק מה המשמעויות של הפוליסה לעומת השב"ן. מעבר לכך, אין השוואה כאשר אדם רוכש פוליסה פרטית ויש לו גם פוליסה קבוצתית או שתי פוליסות מסחריות מאותו סוג.

#### ה. גילוי בהליכי מימוש זכויות בקרות מקרה הביטוח

מערכות בריאות וביטוח הינן מערכות בירוקרטיות סבוכות, ועל כן נחוץ גילוי לדרכים להפעיל את שירותיהן ולא רק גילוי למהות השירותים הזמינים. יתרה מזאת, במקרים רבים אדם אשר הוא או בני משפחתו מצויים במצב רפואי קשה מתקשה לתפקד ויכולתו להתמודד עם סרבול בירוקרטי ואי וודאות נמוכה במיוחד. בהתאם, יש חשיבות רבה לבהירות מירבית של התהליכים הכרוכים במימוש הזכויות

8 הממונה על קופות החולים במשרד הבריאות בתאריך 19/1/2009, "פרסום מידע באתר האינטרנט לגבי זכויות מבוטחים ע"י קופות החולים". לפי חוזר "גילוי נאות למבוטח בעת הצטרפות לפוליסות ביטוחי בריאות" של המפקח על הביטוח.

9 חוזר ביטוח 2001/9 "גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסות לביטוח בריאות".

לשירותים רפואיים ולביטוח רפואי. להלן דוגמאות לנושאים סביבם התקיים דיון בנושא זה:

1. **גילוי הפרוצדורה הרלוונטית:** לסוגים שונים של שירותים וטיפולים קיימות פרוצדורות שונות למימוש. למבוטח חשוב לקבל בשלב המוקדם ביותר האפשרי שבו נודע לו הצורך בטיפול מסוים את מלוא ההסדרים והאישורים הכרוכים בקבלתו. כיצד ניתן להבטיח זאת?

2. **גילוי הסטנדרטים לביקורת על החלטות המבוטח:** האם יש מקום להעמיד לרשות המבוטח מידע אודות: לוחות הזמנים שנקבעו למענה לתביעה שהגיש, הקריטריונים שלפיהם צריכה להתקבל ההחלטה, מלוא הנימוקים להחלטה ואופן מסירתה. קיימות בעניין זה הנחיות חלקיות אולם, גם לגביהן אין בידינו מידע האם הן נאכפות (ראה נספח ב' "רשימת חוזרים").

3. **גילוי מעמד המבוטח בעקבות הליך החיתום במעמד הגשת תביעה:** בפוליסות מסחריות קיים הליך חיתום רפואי (סינון מבוטחים בהתאם למצבם הרפואי במועד ההצטרפות). ההליך מתקיים בסמוך להצטרפות המבוטח לביטוח המסחרי. במעמד הגשת התביעה חותם המבוטח על ויתור סודיות רפואית והמבטח בודק שנית את תיקו הרפואי בתקופות שונות. חוסר התאמה בין הגילוי מצד המבוטח כפי שמשתקף בשאלון שמילא בעת ההצטרפות לביטוח לבין מצבו כפי שמשתקף בתיקו הרפואי - משמש לעיתים עילה לדחיית התביעה ואף להוצאתו של המבוטח מהביטוח. זאת, גם כאשר מבוטח שילם שנים רבות את הפרמיה. בעניין זה, השאלה שנדונה היא כיצד למזער את הסיכוי להישנות מקרים כגון אלה.

4. **גילוי הזכות להשיג על החלטות המוסד:** חלק בעל חשיבות מכרעת בגילוי הוא המידע על האפשרויות העומדות בפני המבוטח במקרה בו הגוף דחה את פנייתו לרבות, דרכי הפניה לרגולטור הרלוונטי. כאמור, קיימות הנחיות הקשורות באופן כללי לטיפול בפניות הציבור (נספח ב'). אולם, אין וודאות לגבי קריטריונים ונהלי פנייה בהקשר לתביעות ביטוח למגנונים כגון: וועדות ערר, וועדות חריגים וכד', והמקום בו הם קיימים.

**הערה:** המפקח על הביטוח הוציא חוזר "בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור", שקבע כללים בניהול התביעה. אין בחוזר סעיף המתייחס לסוגיית ניהול תביעות שמתאפיינות בכפל ביטוח עם השב"ן לדוגמא. בחלק מהתקנונים בשב"ן קיימת התייחסות לניהול תביעה במצב של כפל כיסוי אך, אין וודאות לגבי המימוש של הסעיף ואין אחידות בין תקנוני הקופות בהתייחסות למצבי כפל ביטוחי מול חברות ביטוח מסחריות.

## 1. התערבות נוספת במימוש הזכויות

### 1. בקרת תיחור ההשתתפות העצמית

שוק ביטוחי הבריאות מאופיין גם במגבלות ניכרות על רמת התחרות וגם בריבוי הסדרים להתערבות במחירים בשוק (מחירים מרביים לתרופות, ליום אשפוז וכד'). בהקשר זה חשוב להדגיש, שאין כל דרך שבה הצרכן יכול ליצור לחץ מחירים מול הגורמים המבטחים ולרסן את המחירים שהם קובעים, במיוחד כשמדובר בסכומי השתתפות עצמית אשר לרוב הפרט מתמודד עמם באופן מושכל רק כאשר מתרחש אירוע המצריך הפעלת הביטוח. מצב זה פוגע לכאורה בתחרות בין חברות הביטוח על גובה ההשתתפות העצמית של המבוטח.

בהתאם, נשאלת השאלה אם ראוי להותיר את הבקרה על סבירות סכומי ההשתתפות שקובעים המבטחים רק ל"כוחות השוק".

### 2. בקרת השליטה בהגדרת המצב הרפואי של המבוטח

למבוטח אין כלים לשיפוט בדבר מצבו הרפואי והוא לא אמור להיות צד בקביעת הזכאות התלויה בהגדרה כזו או אחרת. שאלה שעלתה לדיון היא כיצד מבצעים בקרה על ההגדרות הרפואיות? והאם יש מקום לסטנדרטיזציה המוכתבת ע"י הרגולטור?

### 3. מענה לחסמים כלכליים למימוש זכויות

במהלך הדיונים הועלה הקושי של מבוטחים בהגשת תביעות ובמיצוי זכויות מול חברות הביטוח. קושי הנובע לא רק מאי הכרת הזכויות אלא מחסם כלכלי בהגשת תביעה לבית משפט. לתביעות כנגד חברות ביטוח בעניין ביטוחי בריאות קיימות עלויות לא מבוטלות שיכולות להקשות מאוד על המבוטח ואף להרתיע אותו מלעמוד על זכויותיו במקרה בו חברת הביטוח מסרבת לשלם לו. דוגמאות

לחסמים הם: אגרת ביהמ"ש בעלות של 2.5% מסכום התביעה (סכום שיכול להיות גבוה מאוד בביטוחי בריאות); חוות דעת רפואית אותה נדרש המבוטח להגיש כבר בעת פתיחת התיק בבית המשפט (עלות שנעה בין 5,000 לבין 20,000 ₪); שכר טרחת עו"ד-בביה"ד לעבודה (הדן בתביעות הקשורות לשב"ן). אין החזר של עלות עו"ד גם במקרה של זכייה, כך שעלויות שכ"ט עו"ד עשויות גם כן להוות חסם משמעותי למיצוי זכויות של מבוטחים. בנוסף לכל אלה, קיימת תחושת חוסר אונים בקרב חלק מהמבוטחים שלתפישתם ישנו חסר במנגנוני אכיפה אפקטיביים של הרגולציה.

#### 4. חשיבות המימוש המהיר של הביטוחים

מבוטח שנקלע למצב רפואי המצריך הפעלת ביטוח או שב"ן נמצא פעמים רבות בלחץ נפשי וכלכלי כבד. בנסיבות אלה, שיהיו משמעותי בהליכי הפעלת הביטוח יכול להציב את המבוטח במצוקה כספית ולאליץ אותו להסכים לקבל רק חלק מהכסף ו/או השירות לו הוא זכאי ובלבד שיקבלם במהרה. במקביל, קיימת גם מגבלה למימוש הביטוח בדמות התיישנות תוך שלוש שנים בלבד, שגם היא מצריכה מענה מהיר למקרי מחלוקת בין המבטח למבוטח. שאלה שעלתה לדיון היא האם ניתן לפתח מנגנונים אשר מונעים שיהיו. להלן דוגמאות:

#### 1. דוגמא למודל הסדרה שנקבע בבריטניה לעניין תלונות על התנהלות מבטחים:

מדובר במודל של נציב הקבילות הפיננסיות The Financial Ombudsman Service (FOS). מודל זה יוצר רציפות מהטיפול המקדים בטענות המבוטח אצל הגורם המבטח עצמו, דרך בירור במוקד תלונות מתמחה המקבל את כל התיעוד הפנימי לטיפול המבטח במקרה, וקובע אם יש מקום להליך (באפשרותו ליישב את המקרה מול המבטח עוד לפני פתיחת תיק וכך לחסוך למבטח תשלום של £450 על פתיחת תיק), ועד לקביעה של נציב קבילות המחייבת את המבטח לשלם עד £100,000 (כשבמקביל המבוטח יכול גם לתבוע את המבטח בבית משפט). ההליך בנוי באופן שנועד לתמרץ את המבטחים עצמם לצמצם את מספר המקרים המגיעים לפתחו ולפתור את המחלוקות מבעוד מועד. בנוסף, ההליך משמש לניטור הדוק של התנהלות החברות המבטחות ולהתאמת הרגולציה לשינויים בפרקטיקות שלהן.

## 2. מודל לתמרוץ מבטחים לסלק תביעות ביעילות

הקושי במימוש זכויות בביטוחי בריאות הופך את המידע באיזו חברה קל יותר לסלק תביעת ביטוח למידע בעל חשיבות רבה עבור הצרכן. מצב בו המבטחים יודעים שהציבור יוכל להשוות ביניהם ולהעדיף מבטח שאינו מערים קשיים בסילוק התביעות יכול לתמרץ אותן לשפר את תפקודן בתחום זה<sup>10</sup>.

## 4. כפל ביטוח

### א. רקע כללי - בנושא כפל ביטוח

הגדרת 'כפל ביטוח' מתייחסת למצב בו בהתקיים מקרה ביטוח מסוים, קיים למבוטח כיסוי ביטוחי המקנה לו זכויות לקבלת תגמולי ביטוח משני מבטחים שונים. מצב זה עלול להתקיים בין אם מדובר במחויבות של שתי חברות ביטוח לאותו מבוטח בגין אותו מקרה ביטוח, ובין אם מדובר במחויבות שלהן לקופת החולים בגין פעילותה כמבטח<sup>11</sup> של הסל הבסיסי או כמבטח בתוכניות השב"ן.

על פי ההגדרות הבינלאומיות<sup>12</sup> קיימים בעולם ביטוחי הבריאות הפרטיים שלושה סוגים של כסויים ביטוחים על פי המתואר להלן<sup>13</sup>:

**ביטוח חלופי (Substitutive) -** תוכנית ביטוח שמספקת ביטוח רפואי לתושב שאינו מכוסה בביטוח הציבורי. לדוגמא, גרמניה, בה קיימת עד היום אפשרות

10 חוזר המפקח על הביטוח "איסוף מידע סטטיסטי לגבי יישוב תביעות" אמור ליצור תמריץ כזה אך, חסר מהותית (ראו נספח ב').

11 בהקשר זה, למען פשטות המונחים נגדיר את הקופה כ'מבטחת'. זאת, על אף שיש הרואים בה 'נותן שירות' (שירותי סל) הפועל מכוח סמכות שניתנה לה על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ובכפוף לתנאים והמגבלות שהוגדרו באותו חוק.

12 יש לציין כי החלוקה הנ"ל מבוססת על פרסומים של ה-EU. קיימת גם הגדרה מעט שונה של ה-OECD, שם מקובל לדבר על Duplicate private health insurance (PHI) (מתכונת משופרת של שירותים אשר כלולים בסל הציבורי. לדוגמא: בחירת רופא פרטי וקיצור תורים); Complementary PHI (סיוע במימון עלות שירותים שכלולים בסל הציבורי אך מחייבים תשלום השתתפות עצמית); ו-Supplementary PHI (כיסוי שירותים שלא כלולים בסל הציבורי). בכל מקרה, ההתייחסות לכפל ביטוח בהקשר האמור לעיל מתקיימת גם תחת הגדרות אלה. להרחבה ראה: Thomson & Mossialos 2009.

13 להרחבה ראה: חורב, קידר 2012.

לאנשים ברמות הכנסה גבוהות ולמועסקים עצמאיים "לוותר" על הכיסוי הציבורי (ולא לשלם גם את תשלומי ביטוח הבריאות למערכת הציבורית) ובמקום זאת לרכוש שירותי ביטוח חלופיים במערכת הפרטית (סל המינימום מוכתב ע"י המדינה).

**כיסוי מרחיב (Complementary)** - על פי החלוקה המקובלת ב-EU, בקבוצה זו קיימים שני סוגים עיקריים של כיסוי ביטוחי. האחד, מתמקד בעיקר בהרחבה של שירותים רפואיים שאינם מכוסים בסל הציבורי (לדוגמא, רפואת שיניים), והשני מתמקד בעיקר בכיסוי תשלומי ההשתתפות העצמית המחויבים במסגרת הסל הציבורי.

**כיסוי משלים/משפר (Supplementary)** - מציע בעיקר שיפור לכיסויים הקיימים בסל הציבורי. מדובר בעיקר בקיצור תורים, שיפור תנאי מלונאות והרחבה של האפשרויות העומדות בפני המבוטח לבחירת מנתח ספק השירות.

הביטוח הפרטי המוצע מהווה בדרך כלל תמהיל של כיסויים מהקבוצות השונות דלעיל. יחד עם זאת, ראוי להדגיש, הגם שפעמים רבות מדובר בשירות הקיים בסל הבסיסי במתכונת מסוימת והביטוח המשלים מספק אותו בתנאים אחרים - אין בעצם הרחבתו לפי כל אחד מהכיסויים הנ"ל להוות 'כפל ביטוח' מול הסל הבסיסי. ההתייחסות לכפל ביטוחי מהיבט הצרכן הוא כאשר אותו כיסוי משלים (מרחיב לדוגמא) ניתן ע"י שני מבטחים שונים.

## ב. חלוקת ההוצאה והחבויית כלפי הצרכן במצבים של כפל ביטוח

### 1. כפל בין שתי חברות ביטוח

כאשר קיים כפל כיסוי בגין אותו מקרה ביטוח לאותו מבוטח המכוסה בפוליסות של חברות ביטוח שונות, קיימת הגדרה ברורה שהוסדרה ע"י המפקח על הביטוח. חלוקת החבויית במקרה כזה משתנה לפי סוגי הכיסוי על פי הכללים כדלהלן:

#### א. כפל בין פוליסות שונות המבטיחות שירות בעין או שיפוי

במקרה כזה המבוטח יהיה זכאי לסכום השיפוי המצטבר מכל אחת מהפוליסות ובלבד שהסכום המצטבר לא יעלה על הסכום ששילם בפועל

בגין השירות. אם בגין אותו מקרה ביטוח זכאי המבוטח לסכום מצטבר (משתי הפוליסות יחד) הגדול מהעלות שהייתה לו בפועל, תכסה כל חברה רק את החלק היחסי שלה בהוצאה שהייתה למבוטח לפי שיעור חבותה על פי הפוליסה והוא לא יקבל את מלוא סכום השיפוי שצוין בפוליסה. לדוגמא, אם בגין ניתוח מסוים מבטיחה חברה אחת שיפוי עד תקרה של 30,000 ₪ והשנייה עד 10,000 ₪ ואילו ההוצאה של המבוטח עמדה על 20,000 ₪, תשלם חברה א' למבוטח סך של 15,000 ₪ והשנייה סך של 5,000 ₪.

### ב. **כפל בין שתי פוליסות המבטיחות פיצוי כספי**

כאשר בגין אותו מקרה ביטוח מבטיחות שתי הפוליסות שברשות המבוטח פיצוי כספי (לא שירות בעין או שיפוי) זכאי המבוטח לקבל מכל אחת מהחברות את מלוא הפיצוי שהובטח לו בפוליסה, ללא קשר להוצאה שהייתה לו בפועל.

### ג. **כפל בין פוליסה המבטיחה שירות בעין או שיפוי לבין פוליסה המבטיחה פיצוי**

במצב כזה זכאי המבוטח לקבל את מלוא תגמולי הביטוח שהובטחו לו על פי הפוליסות, כל אחת בנפרד. היינו, לקבל את השירות או השיפוי מהפוליסה האחת (בהגבלות והתקרות שהוגדרו בפוליסה) ובנוסף לקבל את סכום הפיצוי הכספי המלא שהובטח לו בפוליסה האחרת, ללא קשר להוצאה שהייתה לו - אם הייתה כזו בפועל.

הכללים האמורים לעיל נוגעים למערכת היחסים שבין המבוטח לבין חברות ביטוח מסחריות. ראוי להדגיש שאין בכללים אלה הבדל בין חבות לפי פוליסות פרט (אישית) לבין חבות לפי פוליסות קבוצתיות.

### 2. **מה קורה כאשר הכפל הוא בין חברה מסחרית לבין תוכנית השב"ן של אחת מקופות החולים?**

החוק לא מתייחס לקופת החולים כחברת ביטוח ולכן הכללים הנ"ל אינם חלים על מקרה זה. מההיבט של הצרכן, המשמעות היא שהוא רשאי לדרוש את מלוא זכויותיו מכל אחד מה"מבטחים". עם זאת, מאחר והמבטחים היו ערים לכך, קיימות הגדרות בפוליסות ובחלק מתקנוני השב"ן המגבילות את חבות החברה/השב"ן כאשר קיים כפל ביטוחי שכזה. לקופות החולים אין כיום מנגנון יעיל

המאפשר לבצע חלוקה יחסית של החבות עם המבטח האחר. מנגד, חברות הביטוח התאימו את נוסח הפוליסות לאפשרות של כפל עם השב"ן של הקופה באופן שמאפשר להן לצמצם למינימום את הוצאותיהן בכל עת בו קיים כפל ביטוחי עם השב"ן. המבטח במקרה כזה, יקבל במקרים רבים את מלוא התגמול/ השירות המגיע לו מהקופה ובנוסף יקבל פיצוי כספי כתחליף השירות/ השיפוי אותו יכול היה לקבל על פי הפוליסה המסחרית לו היה הוא בוחר לבצע את השירות במסגרת חברת הביטוח. במקרה זה, הפיצוי הכספי יהיה נמוך באופן משמעותי מהעלות למבטח של אספקת השירות/ השיפוי המלא ע"י חברת הביטוח.

יש להדגיש כי מצב של כפל ביטוח לא קיים כאשר מדובר בפוליסה מסחרית שהוגדר בה כיסוי שהוא מעבר לזה הקיים בשב"ן (כיסוי משדרג "משלים" לשב"ן).

### 3. כפל בין השב"ן לבין הסל הציבורי

כפי שציינו לעיל, מאחר ומדובר בשני שירותים (הסל הבסיסי והשב"ן) הנמצאים תחת הסדרה של אותו רגולטור, על פי ההגדרות המקובלות של כפל הביטוח שהובהרו לעיל, אין למעשה מצב של כפל ביטוחי בין השב"ן לבין שירותי הסל הציבורי. למען הסר ספק, כאשר מבטח בוחר לדוגמא לבצע ניתוח, אשר כלול בסל הציבורי, במסגרת של בית חולים פרטי או בשר"פ הדסה, מכסה השב"ן את מלוא העלות של השירות מהשקל הראשון (היינו, התשלום המלא לבית החולים בגין הניתוח ובחירת הרופא כאחד, באים מתקציב השב"ן ולא מתקציב הסל הבסיסי). אשר לביטוח המסחרי, כאן ייתכנו לכאורה מצבים של כפל כיסוי עם הסל הציבורי אולם, הם נדירים למדי מאחר וקיימת בדרך כלל החרגה בפוליסה המבהירה שחברת הביטוח אינה מכסה שירות אם זה ניתן ע"י הקופה במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

מכל האמור לעיל, עולה כי במצבים של כפל כיסוי המבטח מקבל מכל אחת מחברות בהן הוא מבטח החזר שגובהו נמוך מסכום ההחזר המצרפי של הכיסוי משתי החברות, לו היו מבטחות יחידות. סכום זה הינו נמוך יחסית לזה שציפה לו המבטח מלכתחילה. מצב שכזה וכן חופש הפעולה שיש למבטח המסחרי להגיע ל"פשרות" שעניינן בין היתר, מתן פיצוי כספי, גם כאשר הפיצוי לא הוגדר מלכתחילה בפוליסה, מהווה יתרון עצום למבטחים המסחריים.



### ג. נסיבות התורמות להיווצרותו של כפל ביטוח

בשוק בו קיימות מספר אפשרויות לרכישת כיסוי ביטוחי מסוים, ישנו פוטנציאל צפוי לכפל ביטוח. כיוון שמדובר במוצר מורכב וקשה להבנה, גם כאשר מתעמקים בכיסוי המוצע ברבדים השונים של ביטוחי הבריאות ובמספר פוליסות שונות, ישנו קושי להחליט מה ההבדלים ביניהם. זאת במיוחד כשמדובר על בחירה בין מוצרים שונים שיש חפיפה חלקית בלבד ביניהם, מכיוון שכל תוכנית נוספת כוללת כיסויים שאינם קיימים בפוליסות ובכיסויים הנוספים שיש לפרט. במהלך הדיונים היו שהעלו נסיבות נוספות התורמות לכפל הביטוח והן הצורך בהבהרת סטנדרטים של הסל הבסיסי. לטענתם אם אין סטנדרט, לא ניתן להציע סל משלים כמוצר המשפר את הסטנדרט הבסיסי.

### גורמים אפשריים להיווצרות כפל ביטוח:

1. **אי הכרת התנאים והזכויות ברבדים השונים** - פוליסות ביטוח הינן מוצר מורכב וקשה להבנה להדיוט שאינו בקיא במינוחים הביטוחיים (פיצוי לעומת שיפוי, המתנה ואכשרה, ביטוח קבוצתי לעומת ביטוח פרט וכד'). קיים קושי בקריאה והבנת הכיסויים הניתנים בפוליסה, במיוחד לאור כך שרוב הציבור אינו יודע מה כולל סל הבריאות הממלכתי, מה כלול/לא כלול בשב"ן, ומהו ההבדל בין שב"ן לבין פוליסת ביטוח.
2. **אי הכרת מגוון המוצרים/פוליסות** - חוסר מידע לקיום פוליסות המוגדרות לתחום בריאות ספציפי, לעיתים הוא הגורם המרכזי שהוביל לרכישת הפוליסה, ומביא לכך שהמבוטח רוכש פוליסה מקיפה במקום פוליסה מצומצמת הכוללת רק את הרכיב החסר לו (פוליסת פיצוי למחלות קשות, פוליסת משלים לשב"ן, פוליסה לכיסוי תרופות בלבד וכו').
3. **חוסר ידיעה באשר לפוליסות שהפרט מחזיק** - מבוטחים לא תמיד יודעים אילו פוליסות יש ברשותם. מצב זה מביא לכך שהם ישלמו לעתים פעמיים עבור אותו כיסוי ביטוחי (שכיח אצל בעלי פוליסה קבוצתית).
4. **האינטרס של הגורם המשווק (מכירת פוליסות)** - ביטוחי הבריאות משווקים באמצעות סוכני ביטוח אשר מתוגמלים בד"כ כאחוז מהפרמיה. נובע מכך שלסוכן הביטוח יש אינטרס למכור את הפוליסה היקרה יותר, גם אם משמעותה היא כפל ביטוחי.

5. **הרצון להיות מוגן מפני כל הסיכונים והחשש מהלא נודע** - חולי הוא מצב מפחיד וקיימת תחושה פסיכולוגית שעצם רכישת כיסוי ביטוחי מגנה בפני מצבים אלה וככל שתהא הגנה רחבה יותר, כך מצבנו ישתפר, גם כאשר משמעותה היא כפל ביטוחי.

6. **שיווק המוצרים כ"עסקת חבילה" עם אפשרות קטנה יחסית לפיצול** - הפוליסות מצד אחד ותוכניות השב"ן מאידך, משווקות בעיקרן כמוצרי חבילה, במספר רמות. אין אפשרות למשל, לרכוש שב"ן ללא כיסוי בנייתוחים תמורת תשלום מופחת. כתוצאה מכך, האפשרות לרכוש השלמה מהשב"ן למי שבידו פוליסה פרטית, כלל לא קיימת.

7. **שכיחות נמוכה של פוליסות מסוג משלים שב"ן** - פוליסות אלה נבנו מלכתחילה כ'משדרגות' את השירותים הניתנים בשב"ן. הן נכנסות לפעולה רק לאחר מיצוי הזכויות בשב"ן ולפיכך, עלותן למבוטח נמוכה יחסית (בהשוואה לפוליסות 'מהשקל הראשון'). אולם, שכיחותן של פוליסות אלה בשוק נמוכה. ייתכן שמערך התמריצים הנוכחי מעודד חברות ביטוח לשווק בעיקר פוליסות 'מהשקל הראשון', עקב הסיכוי הגבוה ל'כפל ביטוח' עם השב"ן, דבר ממנו הן יוצאות נשכרות. ולכן שאלה ראויה שעלתה לדיון היא האם מההיבט של הצרכן - לא נדרשת פעולה של הרגולטור שתוביל לשינוי מערך התמריצים, כך שיהיה כדאי למבטחים לשווק פוליסות מסוג 'משלים שב"ן'?

חשוב לחזור ולהדגיש כי במהלך הדיונים הועלתה על ידי המשתתפים טענה כי האמור לעיל, משקף את העובדה כי בהתחשב ברמת המורכבות של המידע, הקיימת ממילא בתחום ביטוחי הבריאות, במצב בו המבוטח כבר מחזיק בידו מוצר ביטוחי הוא חשוף יותר לאפשרות של רכישות נוספות ויצירת מצב של 'כפל ביטוח'. במצב זה, רמת המורכבות של המידע אותו הצרכן צריך לעבד ולנתח מעמיקה עוד יותר. מכאן, לכאורה, ישנה חשיבות במעורבות של הרגולטור הן בהפשטת מוצרי הביטוח, כאחד האמצעים להקטין את רמת המורכבות של המידע, הן בהוראה על חובת שקיפות מידע על ידי החברות והן בהפצת מידע באופן יזום על ידי הרגולטור עצמו, בפורמט אחיד ובר השוואה. מידע שכזה יכול להתייחס להבהרת התפר בין השירות לו זכאי המבוטח בסל הבסיסי לבין השב"ן, ובין השב"ן לבין הפוליסות המסחריות. לאור היקף הכיסויים הקיימים בשוק, יכול שהשוואה תשוקף בפריטים/כיסויים נבחרים. מידי תקופה שתקבע ניתן להחליף את הכיסויים שיוצגו בטבלאות ההשוואה.

## ד. דוגמא להנחיות קיימות להן יש השלכות על כפל ביטוח

### 1. פוליסת בריאות - משלים שב"ן

**מה קיים:** המפקח על הביטוח הוציא חוזר המחייב את חברות הביטוח לכלול בסל מוצרי הביטוח המוצעים על ידם גם פוליסות המשלימות את השירותים המוצעים בשב"ן ולהציעם לכל מבוטח שמבקש לרכוש תכנית ביטוח מסוג ניתוחים.

**התייחסות:** לכאורה, אכן פתרון אפשרי לבעיית כפל הביטוח בין השב"ן לבין הביטוח הפרטי הוא לאפשר לחברות הביטוח לשווק רק תוכניות בעלות כיסוי ביטוחי המשלים את הכיסוי הניתן ע"י תוכניות השב"ן ("משלים למשלים") וכך למעשה תקטן בעיית כפל הביטוח. אלא, שאין אחידות בין תוכניות השב"ן ואופציית הפיצוי כתחליף לשירות שהוצע מלכתחילה, מותרה את המבוטח עם תמורה נמוכה יחסית להשקעתו. על פי הידוע לנו, רק שיעור קטן יחסית של פוליסות מסוג משלים לשב"ן נמכרות כיום ע"י חברות הביטוח.

### 2. כפל בין חוק ביטוח בריאות ממלכתי לבין השב"ן

**מה קיים:** סעיף 10א' לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כלהלן: "קופת חולים רשאית להציע לחברה תוכניות לשירותי בריאות נוספים שאינם כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה".

**התייחסות:** לכאורה, ניתוחים כלולים בסל הבריאות אך, הם כלולים גם בשב"ן תוך הוספת אפשרות לבחירת רופא ומוסד אשפוז, כנ"ל לגבי ביקור/ייעוץ אצל רופא מומחה. כמו כן, קיימת השתתפות שונה בנושא האביזרים המושתלים במהלך ניתוח - במסגרת הסל, הכיסוי הוא מלא, אך במסלול השב"ן, חייבים בתשלום בגינם וקיימת זכאות להחזר מוגבל בלבד, בהתאם לתנאי התוכנית השונים בכל אחת מהקופות. עם זאת, יש הטוענים שאין מדובר בכפל מאחר והתקציב הציבורי למימון הסל הבסיסי אינו בגדר פרמיה, הוא אינו קשור לשימושים וככל שירות חברתי ציבורי אחר הוא מבטיח שירות בעין בתנאים שהוכתבו בחוק. מבוטח שמעוניין בשירות בתנאים אחרים, רשאי לצרוך אותם באופן פרטי, במימון עצמי מלא או באמצעות ביטוח פרטי כשהמבטח הפרטי מכסה את מלוא ההוצאה או חלק ממנה כפי שמובטח בפוליסה. בהקשר זה עלתה האפשרות להתייחס לשירות הבריאות הציבורי ככזה המקנה זכות לזוואצ'ר בגין כל שירות שבסל, דבר שיאפשר לגורמים פרטיים (מבוטחים או מערכות ביטוחיות) לממן רק את הדלתא מעבר לעלות השירות למערכת הציבורית.

### 3. סל שירותים המוצע במסגרת השב"ן

**מה קיים:** כל אחת מהקופות קובעת (לאחר אישור משרד הבריאות ובכפוף להנחיות שבחוק) מהו סל השירותים המוצע בתכנית השב"ן שלה ומגדירה את מספר רמות הכיסוי (הרבדים) שבשב"ן.

#### התייחסות:

- א. קיים שוני בין הכיסויים של תוכניות השב"ן של הקופות וכתוצאה מכך, יש קושי בבניית המוצר של פוליסת ביטוח "משלים למשלים".
- ב. ההשתתפות העצמית הגבוהה במקרה של ניתוח אצל רופא שאינו בהסכם, מקלה בשכנוע המבוטח על הכדאיות ברכישת פוליסת ביטוח פרטית בנוסף לשב"ן.

### ה. המשמעויות של כפל ביטוח על הצרכן

1. **הוצאה כספית מיותרת** - כאמור, רוב הפוליסות הן מסוג שיפוי ולכן במקרה של כפל ביטוח הצרכן "מבזבז" כסף מיותר עקב תשלומי פרמיות כפולות.
2. **ניהול התביעה** - מבוטח לא תמיד יודע להחליט מה הפוליסה שאותה עדיף לו לתבוע. לעיתים הרופאים הם ש"משכנעים" את המבוטח בהתאם לאינטרס שלהם (כאשר הם עובדים עם השב"ן/עם חברת הביטוח - לפי גובה התגמול שמקבל הרופא לגבי סוג הניתוח הרלוונטי מכל אחד מהגורמים הנ"ל).
3. **אי מיצוי זכויות וטרטור המבוטחים** - המבוטחים אינם מודעים לזכויותיהם. לא תמיד הם ערים לקיומו של כפל ביטוח. מורכבות המוצר גורמת לכך שהם אינם מודעים לזכויותיהם אצל כל אחד מהמבטחים בנפרד וודאי שאינם יודעים כיצד לפעול כאשר קיים כפל ביטוח. במקרים רבים, חברות הביטוח מנסות 'לגלגל' את האחריות למבטח הציבורי, תוך שהן מבטיחות לו פיצוי כספי והמבוטח נע ממבטח אחד למשנהו בחוסר ישע ופעמים רבות 'נופל בין הכיסאות'.
4. טיפול בתביעה שאינו מתבצע ע"י גורם יחיד אינו יעיל ופוגע באפקטיביות של ה-gate keeper.
5. **תשלום השתתפות עצמית ודחיפה למיצוי זכויות בשב"ן** - יוצרים אינפלציה בכמויות (כאשר הפונקציה של ה-gate keeper נפגעת מצב זה מקבל משנה

חשיבות - פרוצדורות מיותרות) ובכך גדלה ההוצאה הלאומית לבריאות, ונגרמת "אינפלציה" וחוסר יעילות גם בסטנדרט השירות.

6. כפל ביטוח מביא לסבסוד צולב בין תכניות השב"ן ומבוטחי השב"ן לבין חברות הביטוח הפרטיות (סבסוד של החלשים את החזקים).

7. כפל ביטוח גורם לחוסר ההפנמה של העלויות במערכת הבריאות, הן מצד הפרטים הרוכשים ביטוח פרטי בזול והן מצדן של חברות הביטוח שלא סופגות את מלוא העלות של מקרי הביטוח.

## 5. החזר ההשקעה למבוטחים

### א. מבוא

בפתח הדברים ראוי להזכיר כי בנושא בו אנו עוסקים קיימים שלושה מוצרים ביטוחיים: השב"ן, ביטוחי הפרט והביטוחים הקבוצתיים. כפי שסקרנו בפרק הכללי לכל אחד מהם מאפיינים שונים. לעניין החזר ההשקעה הביטוחים הקבוצתיים דומים במאפייניהם לשב"ן - לדוגמא, הפרמיות נקבעות לפי הסיכון של הקבוצה והן ניתנות לשינוי במהלך תקופת הביטוח, במרבית המקרים ההצטרפות פתוחה לכל (לפחות לפרק זמן מסוים). מאפיינים אלה לא מתקיימים בביטוחי פרט, המתאפיינים בין היתר בהתאמת פרמיה לסיכון של המבוטח ובהליכי חיתום מחד, ובמחויבות ארוכת טווח לשימור הפרמיות והכיסוי הביטוחי, מאידך. בסקירה שלהלן נתייחס בנפרד לכל אחד מסוגי הכיסוי הנ"ל.

מערכת הבריאות הציבורית בישראל אחראית לספק את השירותים שהוגדרו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994. בסעיף 1 לחוק נקבע כי "ביטוח הבריאות הממלכתי... יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית". לצד המערכת הציבורית התפתחה מערכת שעיקרה אספקת שירותים שאינם כלולים בסל השירותים הציבורי. מערכת זו ממומנת באמצעות השתתפויות עצמיות של מבוטחים וכיסויי ביטוח משלימים. כיסויים אלה כוללים: שירותי בריאות נוספים (להלן: שב"ן), ביטוחים מסחריים קבוצתיים וביטוחים מסחריים לפרט. מספר המבוטחים בשב"ן גדל בהתמדה (ראה טבלה 1) אם כי ב-2009 חלה האטה בקצב הגידול (טופר-חבר טוב ורביד ברזלי, 2011א). שיעור בעלי הביטוח המסחרי גדל אף הוא משנת 2005 ועד היום (ראה טבלה 2). מגמת העלייה במספר הרוכשים כיסויי

ביטוח בריאות משלימים מחייבת בחינה של השפעת מגמה זו על המבוטחים במספר היבטים. אחד מהם שידון במסגרת פרק זה הוא החזר ההשקעה והשלכותיו על השוויון בנגישות לשירותי בריאות.

**טבלה 1: מספר מבוטחי השב"ן 2011-2005\***

**2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	
5.689	5.578	5.475	5.389	5.185	5.001	4.848	<b>מספר מבוטחי שב"ן (מיליונים)</b>
2.0%	1.9%	1.6%	3.9%	3.7%	3.2%		<b>שיעור השינוי</b>

\* מקור: טופר-חבר טוב ורביד ברזלי, 2007; 2008; 2009; 2010; 2011א; 2011ב.

הערה: הצגת היקף מבוטחי השב"ן, בין אם באופן המתואר בטבלה מס' 1 ובין אם באמצעות הצגת שיעורם כאחוז ממבוטחי קופות החולים, מציגה את הנושא בהיבט "שטוח" ומתעלמת ממגמות רב שנתיות הנוגעות לעומק הכיסוי הביטוחי בשב"ן (שני רבדי הביטוח)<sup>14</sup>.

**טבלה 2: אחוז מבוטחי הביטוח המסחרי מכלל האוכלוסייה 2012-2005\***

**2012	2009	2007	2005	
41%	35%	32%	34%	<b>אחוז המבוטחים</b>

\* מקור: ברמלי-גרינברג ואחרים, 2011.

\*\* מתוך נייר הרקע לקראת כנס יום-המלח 2012 שחובר ע"י שולי ברמלי-גרינברג וניר קידר<sup>15</sup>.

14 להרחבה - ראה חורב, קידר 2012.

15 נציין כי חברות הביטוח דיווחו על כ-1.8 מיליון מבוטחים ב-2010 (שהם 24% מאוכלוסיית מדינת ישראל). מקור: ספיבק א, אמיר מ. ענף ביטוח הוצאות רפואיות בישראל - ניתוח כלכלי. 2012. [www.meiramir.co.il/?dl\\_id=64](http://www.meiramir.co.il/?dl_id=64).

חלקו של המימון הפרטי בתמהיל מקורות המימון של ההוצאה הלאומית לבריאות במגמת עלייה מתמדת מ-30.5% ב-1995, מועד החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994, ל-37.8% ב-2011 (למ"ס, 2012) והוא גבוה בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD (נמוך רק מזה שבאהר"ב, בקוריאה, בצ'ילה ובמקסיקו (OECD Health data 2010)). עיקר הגידול במימון הפרטי נובע מגידול ברכישת הביטוחים המשלימים (מסחריים ו/או במסגרת השב"ן) ומגידול בהשתתפויות העצמיות. סקירה זו תעסוק רק בהשלכות הגידול ברכישת הביטוחים המשלימים ובפרט בהחזר ההשקעה בביטוחים אלה. יש הטוענים כי קיומם של ביטוחי בריאות משלימים מסייע להורדת נטל המימון מהמערכת הציבורית, מאפשר בחירה חופשית של הפרט ומשפר יעילות. אחרים טוענים כי קיום גורם מממן שהינו צד ג' מגדיל את היקף השימוש בשירותים, ללא תמורה ממשית במונחי בריאות. כמו כן, הוא עלול להוביל להעמקת פערים בנגישות לשירותי בריאות. מבנה ביטוחי הבריאות והיקפי השימוש בהם שונים בין מדינות ה-OECD.

אחד האינדיקטורים המלמדים על החזר ההשקעה מסתמך על מידת הניצול של המבוטחים את הביטוח כפי שהוא נמדד ביחס בין היקף התביעות ששולמו למבוטחים ע"י חברת הביטוח לבין היקף תשלומי הפרמיה ששולמו ע"י המבוטחים לחברת הביטוח. בתוכניות השב"ן בישראל שיעור התביעות מסך ההכנסות מדמי הביטוח בשנת 2011 הוא: בכללית מושלם 89% ובמגן זהב 95% (הממוצע הכללי, בכל תוכניות השב"ן ובכל הרבדים הוא 82%). כמוכן שאין מדובר בכיסויים זהים והדוגמאות ניתנו רק לשם המחשה.

יחס התביעות בביטוחים הפרטיים בישראל בענף 'הוצאות רפואיות' בפוליסות הקבוצתיות הוא 84% ובפוליסות הפרט-38%<sup>17,16</sup>. כלומר בפוליסות פרט רק כ-38% מהפרמיה ברוטו חוזר למבוטח לצורך תשלום שוטף של תביעות.

16 בפוליסות 'מחלות קשות' יחס התביעות הממוצע הוא 53% כאשר בפוליסות פרט הוא כ-50%.

17 מדובר בתחשיב שנערך בכל הקשור ליחס תביעות. על פי נתוני אגף שוק ההון, שיעורי ה-Loss Ratio (שמביא בחשבון גם תביעות תלויות וגם הוצאות עקיפות ליישוב תביעות). יש לציין שבשנים קודמות ה-LR בפוליסות פרט נע בין 33%-35%. גם בביטוח קבוצתי בשנים קודמות השיעור היה נמוך יחסית (כ-70%).

בארה"ב החל מ-2011 חויבו חברות הביטוח בארה"ב לשמור על ערך מינימאלי של שיעור תביעות מסך תשלומי הפרמיה (medical loss ratio) בגובה של 80% בפוליסות ביטוחי בריאות קטנות (פוליסה המשווקת באמצעות מעסיק של עד 100 עובדים) ו-85% בפוליסות הגדולות. חברה שבה גובה התביעות המשולמות יהיה נמוך מהסף האמור תחויב בהחזר שנתי למבוטחים אם במתכונת של החזר כספי, הנחה בפרמיות או בהרחבת השירותים/הקטנת ההשתתפויות העצמיות בפוליסת הביטוח. בארה"ב, החברות מחויבות בפרסום הנתונים. כך, מלבד ההבטחה לצרכן כי הוא יזכה לתמורה הוגנת תמורת תשלומי הפרמיה שלו, עצם פרסום הנתונים מאפשר למבוטח לדעת את הערך של פוליסת הביטוח שלו מול פוליסות ביטוח אחרות. דבר זה מגביר את התחרות בין חברות הביטוח. לכאורה, רגולציה מסוג זה הכרחית במערכת בריאות כשל ארה"ב המבוססת בעיקרה על מימון פרטי, אך מגמת ההתקרבות של היקפי המימון הפרטי בישראל לאלה שבארה"ב ורמת הרווחיות של חברות הביטוח בענף הוצאות רפואיות ומחלות קשות (בעיקר בפוליסות מסוג פרט) מחייבים בחינה של רגולציה מסוג זה גם בהקשר הישראלי, כל זאת על מנת להבטיח כי דמי הביטוח אכן מנותבים לשיפור הבריאות של האוכלוסייה. מעבר לכך, יש בעניין זה כדי להדגים כי גם שולי רווח שכאלה מאפשרים לחברות הביטוח המסחריות לפעול (יש לזכור שהאמור לעיל הוא בנוסף לרווחי הון הקיימים לחברות הביטוח בגין הכספים הנשמרים בתוכניות ביטוחי הבריאות כעתודות).

ראוי להדגיש כי יש להתייחס להשוואה בינלאומית בנושא שיעורי נזק ויחס תביעות בזירות הראויה. זאת, עקב ההבדלים הקיימים בין מדינות בכל הקשור לתמהיל המבטחים (מלכ"ר/חברות מסחריות), בסוגי הכיסוי הביטוחי ורמת הסיכון של המבטחים, באופן החישוב של ה-loss ratio ובאופן שיוך ההוצאות לסעיפי התקציב.

## **ב. תמונת מצב בישראל**

### **1. יחס תביעות**

כאמור, אחד האינדיקטורים המלמדים על מידת החזר ההשקעה בביטוח הוא היחס בין היקף התביעות בגין הוצאות רפואיות ששולמו למבוטחים לבין היקף תשלומי הפרמיה של המבוטחים (להלן: יחס תביעות). ככל שיחס התביעות עולה ניתן לומר שהפרמיות המשולמות ע"י המבוטחים מנוצלות למימון שירותי בריאות על ידם במידה רבה יותר, אולם זו אינה אינדיקציה הכרחית למידת החזר ההשקעה כפי שיוסבר להלן.



נציין כי החישוב של יחס התביעות אינו מבוצע באותה שיטה בשב"ן ובחברות הביטוח המסחריות. בחברות הביטוח המסחריות החישוב מבוסס על ה-loss ratio שכולל במונה לא רק הוצאה על תביעות שהיו בפועל אלא גם את השינוי בתביעות תלויות (שטרם יושבו) והוצאות עקיפות ליישוב תביעות. לעומת זאת, בשב"ן כולל המונה של יחס התביעות רק את היקף התביעות ששולמו בפועל. כמו כן, יודגש כי שקיפות הנתונים בשב"ן מאפשרת הצגת נתונים לפי קופה, לפי מחוז ולפי סוג הוצאה/כיסוי ביטוחי. כל אלה אינם מתאפשרים בכל הקשור לחברות הביטוח המסחרי עקב היעדרם של נתונים זמינים ושקופים. יש להדגיש כי נתונים אגרטיביים בתחומים הנ"ל (שאינם מוצגים ומפולחים לפי חברות ביטוח) אין בהם כדי לפגוע בסודיות מסחרית של חברה כזו או אחרת וקיימת חשיבות באיסופם כדי לבחון מגמות רב שנתיות ולוודא שמירה מיטבית על אינטרס הצרכן בעיקר, בכל הקשור להחזר השקעה ושיעורי ההיארעות/השימוש בכיסויים הביטוחיים השונים.

נתוני טבלה 3 מציגים את יחס התביעות בשב"ן. שיעור זה הוא הנמוך ביותר בתוכנית השב"ן של לאומית (מבטחת בתוכנית זהב שלה 5.5% מכלל המבוטחים במדינה) והגבוה ביותר הוא בתוכנית השב"ן של מכבי (מבטחת כ-21% מכלל המבוטחים במדינה). במכבי שיעור זה גבוה גם ברובד העליון של תוכנית השב"ן שלה, בעוד שבכללית ובמאוחדת שיעור זה נמוך מ-60% ברובד העליון אם כי במגמת עליה משנת 2008 (בלאומית שני רבדי הביטוח הם מקבילים ולכן ניתוח זה אינו רלוונטי לגביה). נציין שהשיעור הנמוך ברובד העליון בכללית מיוחס למועד השקת התוכנית (2007) ולעובדה שאחוז המצטרפים אליה בכל שנה עדיין גבוה (34% ב-2010; טופר-חבר טוב ורביד ברזלי, 2011), כך שלחלק מעמיתי התוכנית טרם הסתיימה תקופות האכשרה. הסבר זה אינו מתאים להסבר השיעור הנמוך בלאומית ובמאוחדת, כיוון שתכניותיהן הושקו ב-1998 ו-2004 בהתאמה, ושיעור ההצטרפות אליהן יחסית נמוך (3% ב-2010; טופר-חבר טוב ורביד ברזלי, 2011).

**טבלה 3:** יחס תביעות\* לפי קופות ולפי רבדי הביטוח בשנים 2005-2011\*\*

2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	תוכנית (אחוז מבוטחים מסך האוכלוסייה ב- 2011)	קופה (אחוז מבוטחים מסך האוכלוסייה ב- 2011)
89%	85%	85%	81%	-	-	-	מושלם (36.1%)	<b>כללית (52.3%)</b>
595	51%	41%	37%	-	-	-	פלטינום (11.0%)***	
80%	76%	77%	75%	76%	82%	82%	סך הכל	
91%	89%	93%	88%	-	-	-	כסף (21.4%)	<b>מכבי (24.9%)</b>
95%	92%	95%	88%	-	-	-	זהב (20.9%)	
93%	90%	94%	88%	88%	89%	89%	סך הכל	
89%	80%	81%	81%	-	-	-	עדיף (9.4%)	<b>מאוחדת (13.6%)</b>
44%	57%	53%	33%	-	-	-	שיא (4.8%)***	
74%	73%	73%	69%	75%	79%	88%	סך הכל	
70%	57%	53%	57%	-	-	-	כסף (0.6%)	<b>לאומית (9.2%)</b>
69%	67%	67%	65%	-	-	-	זהב (5.5%)	
69%	67%	67%	64%	71%	75%	79%	סך הכל	

\* היחס (המנה): עלות תביעות ממוצעת לנפש (בניכוי השתתפויות עצמיות) חלקי הכנסה ממוצעת שנתית מפרמיות לנפש.

\*\* מקור: טופר-חבר טוב ורביד ברזלי, 2007; 2008; 2009; 2010; 2011א; 2011ב.

\*\*\* התוכנית כללית פלטינום הושקה ב 2007; התוכנית מאוחדת שיא הושקה ב 2004.

בעוד שהשב"ן הוא בבעלות קופות החולים, ארגונים ללא מטרת רווח, הביטוח המסחרי הינו בבעלות חברות פרטיות שמטרתן מקסום רווחים. על כן סביר שיימצאו פערים ביחס התביעות בשני סוגי ביטוחים אלה.

בפרק זה יידון רק הביטוח המסחרי המכסה הוצאות רפואיות (לא כולל מחלות קשות, שיניים, ביטוח סיעוד, נסיעות לחו"ל, נכויות ועובדים זרים).

מטבלה 4 עולה כי יחס התביעות בביטוח המסחרי מסוג פרט נמוך משמעותית מהשיעור בביטוח המסחרי הקבוצתי. אחת מהסיבות לפער זה נעוצה בעובדה שתכניות לביטוח בריאות לפרט הן תכניות ארוכות טווח בעוד שתכניות לביטוח מסחרי קבוצתי מתומחרות למספר שנים בודדות. בתכניות ארוכות טווח בהן המבטח מתחייב כלפי המבוטח במועד ההצטרפות לביטוח לגבי פרמיות שייגבו ממנו למשך כל תקופת הביטוח, יש למבטח אי ודאות בדבר התפתחויות עתידיות העשויות להשפיע על רמת הסיכונים (למשל: התפתחות טכנולוגית, שינוי בשיעור הניצול של הביטוח המשלים לעומת האוניברסאלי, שינויים בתחלואה/בתמותה, שינויי רגולציה ועוד). אי הודאות הזו חושפת את המבטח לסיכון ולכן הוא מתמחר את התכנית תוך שימוש בהנחות שמרניות. טיעון זה מהווה הסבר גם לפער ביחס תביעות לפרמיות בין הביטוח המסחרי לפרט לבין השב"ן<sup>18</sup>. הן בשב"ן והן בביטוחי הבריאות הקבוצתיים ניתן לבצע שינויים (להעלות פרמיה, להכליל/לשלול שירותים רפואיים) שיחולו גם על עמיתים קיימים. לכן, כל נושא העתודות אינו משמעותי כמו בפוליסות פרט. עם זאת, כפי שציינו קודם לכן, רמת הרווחיות של פוליסות הפרט בביטוחי הבריאות בישראל היא גבוהה באופן מאוד משמעותי גם בהשוואה למדינות אחרות (כמו ארה"ב ואנגליה).

סיבה נוספת לפער ביחס תביעות לפרמיות בין ביטוח מסחרי לפרט לבין ביטוח מסחרי קבוצתי ושב"ן נובעת מהעובדה שבאחרונים, המבטח חוסך בהוצאות שונות למשל בגין גבייה או שיווק.

סיבה שלישית היא שבביטוח הקבוצתי בעל הפוליסה מייצג את המבוטחים ויש לו יכולת מיקוח טובה יחסית למבוטח הבודד. בנוסף, בביטוח הקבוצתי שיעור נמוך באופן יחסי של עמלות סוכן ועמלות היקף. לבסוף, יש הטוענים כי ניתן להסביר את היחס הנמוך בביטוח המסחרי לפרט בהשוואה לביטוח המסחרי הקבוצתי ביכולת של תוכניות ביטוח מסוג פרט להגן על עצמן בפני תופעת ה-**Adverse Selection** באמצעות חיתום רפואי (סינון מבוטחים לפי מצב בריאות) בביטוח המסחרי הקבוצתי פעמים רבות ההצטרפות היא פתוחה (ללא חיתום) לפחות לפרק זמן מסוים ולכן הסיכוי ל-**Adverse Selection**, גדול יותר.

18 נזכיר כי חישוב שיעור התביעות מתוך תשלומי הפרמיה אינו כולל בשב"ן את השינוי בתביעות התלויות ואת ההוצאות בגין יישוב תביעות במונה.

**טבלה 4: יחס תביעות\* בביטוח פרט ובביטוח קבוצתי בשנים 2005-2011\*\***

2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	
38%	35%	36%	36%	33%	31%	30%	<b>פרט</b>
84%	71%	71%	69%	69%	73%	77%	<b>קבוצתי</b>

\* היחס בין התביעות ששולמו בפועל בתוספת שינוי בתביעות תלויות והוצאות עקיפות ליישוב תביעות לבין דמי הביטוח. ההוצאות העקיפות ליישוב תביעות אינן הוצאות התפעול של התוכנית וכוללות עלות עורכי דין, חוות דעת רפואיות, אגרות וכו'.

\*\* מקור: אגף שוק ההון ביטוח וחסכון, 2012; הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון, 2006; 2007; 2008; 2009; 2010; 2011.

להלן, נדון בכל אחד ממרכיבי יחס התביעות בנפרד, קרי - דמי החבר (הפרמיות) הנכללים במכנה ועלות התביעות הנכללת במונה.

**2. התפתחות דמי החבר**

סך ההכנסות מדמי חבר (פרמיות) עלו בשב"ן בשנת 2011 ב-9% בהשוואה לשנת 2010 והם 3.149 מיליארד ₪. הפער בהכנסה הממוצעת למבוטח בין הקופות הצטמצם בשנת 2011 בהשוואה לשנת 2010 (ראה טבלה 5). דמי החבר בכללית ובמאחדת גבוהים משמעותית מאלה שבמכבי (ההשוואה ללאומית בעייתית כיוון שרבדי הביטוח בה מקבילים) (טופר-חבר טוב ורביד ברזלי, 2011א. עמודים 22-23).

גם הביטוח המסחרי מתאפיין במגמות דומות. מטבלה 6 עולה מגמת עליה מתמדת בדמי ביטוח (פרמיות) הנגבים לכיסוי הוצאות רפואיות במסגרת הביטוח המסחרי. ב-2011 35% מדמי הביטוח הם בגין ביטוח קבוצתי והשאר בגין ביטוח פרט. יחס זה נשמר מ-2005 ועד 2011 (אגף שוק ההון ביטוח וחסכון, 2012).

**טבלה 5:** פירוט ההכנסות מדמי חבר בתוכניות השב"ן לפי קופות, 2010-2011\*

קופה	הכנסה שנתית ממוצעת למבוטח ב-₪		אחוז השינוי	הכנסות במיליוני ₪		אחוז השינוי
	2011	2010		2011	2010	
כללית	549	507	10%	1,529	1,393	8%
מכבי	564	531	9%	935	858	6%
מאוחדת	574	532	10%	412	374	8%
לאומית	578	558	7%	273	254	4%

\* מקור: טופר-חבר טוב ורביד ברזלי, 2011א. עמוד 15.

**טבלה 6:** דמי ביטוח ברוטו בחלוקה לביטוח פרט ולביטוח קבוצתי (מיליוני ₪),

2005-2011\*

2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	
1,417.5	1,266.2	1,178.6	1,065.3	951.4	768.1	687.9	פרט
751.1	707.7	710.4	650.4	552.1	406.6	335.1	קבוצתי
<b>2,168.6</b>	<b>1,973.9</b>	<b>1,889.0</b>	<b>1,715.7</b>	<b>1,503.5</b>	<b>1,174.7</b>	<b>1,023.0</b>	סך הכל
10%	4%	10%	14%	28%	15%		שיעור השינוי

\* מקור: אגף שוק ההון ביטוח וחסכון, 2012; הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון, 2011; 2010; 2009; 2008; 2007; 2006.

**3. תמהיל התביעות לפי סוג שירות ופיזור גיאוגרפי**

סך עלות התביעות של מבוטחי השב"ן בגין שירותי הבריאות בניכוי השתתפויות עצמיות עלו בשנת 2011 ב-14% בהשוואה לשנת 2010 והם 2.582 מיליארד ₪. העלייה המשמעותית ביותר היא בכללית. במכבי, עלות התביעות הממוצעת למבוטח היא הגבוהה ביותר מבין הקופות (ראה טבלה 7).

מהיבט גובה ההוצאה למבטח, עיקר התביעות (42%) הן בגין ניתוחים ובחירת מנתח<sup>19</sup>, חוות דעת שניה<sup>20</sup> (13%), חיסונים/תרופות<sup>21</sup> (8%), הריון ולידה (10%)<sup>22</sup>, ורפואת שיניים (9%) (טופר-חבר טוב ורביד ברזלי, 2011א)<sup>23</sup>.

**טבלה 7:** פירוט עלות תביעות בגין שירותי בריאות של עמיתים לפי קופות,  
\*2011-2010

אחוז השינוי	עלות ממוצעת שנתית למבוטח ב-ש		אחוז השינוי	עלויות רפואיות במיליוני ₪		קופה
	2010	2009		2010	2009	
	14%	438		384	16%	
10%	525	479	12%	870	774	מכבי
10%	426	388	12%	305	272	מאוחדת
7%	399	373	11%	188	170	לאומית
			14%	2,582	2,270	סך הכל

\* מקור: טופר-חבר טוב ורביד ברזלי, 2011א. עמוד 15.

בחינת עלות התביעות הממוצעת למבוטח בקופות השונות לפי מחוז מלמדת על שונות בדפוסי ההוצאה/שימוש בשירותים השונים (טופר-חבר טוב וברזלי, 2011א. לפירוט ראה נספח ג'). עלות גבוהה לנפש בבחירת מנתח נמצאה בכללית ובמאוחדת בעיקר בירושלים ובמכבי דווקא במחוז דרום; בכל הקשור לחוות דעת

19 קיימת שונות בעלות התביעות הממוצעת למבוטח בסעיף זה בין הקופות (כללית - 147 ₪, מכבי - 263 ₪, מאוחדת - 223 ₪ לאומית - 189 ₪).

20 מלבד הכללית שבה עלות התביעות הממוצעת למבוטח בסעיף זה היא 76 ₪, בשאר הקופות עלות התביעות דומה (כ-45 ₪).

21 מלבד לאומית שבה עלות התביעות הממוצעת למבוטח בסעיף זה היא 57 ₪, בשאר הקופות עלות התביעות דומה (כ-35 ₪).

22 במכבי ובלאומית עלות התביעות הממוצעת היא 69 ו-42 בהתאמה. בכללית ובמאוחדת העלות היא כ-35 ₪ למבוטח.

23 לפירוט התפלגות עלות התביעות לפי שירות ולפי קופות ראה נספח ג'.

שנייה וכן להריון ולידה - בכללית ומכבי העלות הגבוהה ביותר נמצאה במחוז ת"א ובמרכז. במאוחדת ההוצאה הגבוהה ביותר לשירותים אלה הייתה במחוז מרכז והשרון. ההוצאה הגבוהה ביותר על רפואת שיניים הייתה בשלושת הקופות במחוז דרום<sup>24</sup>. יש הטוענים שיש להבחין בין שירותים אשר השימוש בהם לרב נדיר או חד-פעמי כדוגמת בחירת מנתח, חוות דעת שנייה והריון ולידה לעומת שירותים שהשימוש בהם שכיח יותר כמו רפואת השיניים. כיוון שאופי הקבוצה הראשונה של השירותים אינו מחייב בהכרח זמינות פיזית (גיאוגרפית) של השירות ויתכן אף שיעיל יותר לרכז שירותים ייחודיים אלה במספר מרכזים בודדים. בסעיף "בחירת מנתח" השונות בעלות התביעות הממוצעת לנפש בתוך כל קופה (בין המחוזות) ובין הקופות היא מאוד גדולה. ניתן לייחס זאת לזמינות מרכזים רפואיים גדולים במרכז (לעומת הפריפריה). למשל, במאוחדת עלות תביעות גבוהה יחסית במחוז ירושלים ונובעת ככל הנראה מזמינות השר"פ בהדסה. כמו כן, ניתן לייחס את ההבדלים בין הקופות והמחוזות להסכמי התקשרות ייחודיים לכל קופה (למשל, מכבי ואסותא). עם זאת, אין הכרח כי עלות התביעות הגבוהה לנפש מייצגת היקף צריכה אופטימלי ויתכן שהיא נובעת משימוש לא נחוץ בתשתיות יקרות. באופן דומה אין הכרח כי עלות התביעות הנמוכה לנפש מייצגת טיפול חסר. מסקנות מסוג זה יש לבסס על הערכה קלינית של נחיצות השימושים והערכה כלכלית של יעילות השימוש בתשתית הציבורית. בסעיף "חווות דעת שנייה", השונות בין המחוזות ובין הקופות יחסית קטנה, למעט צריכה נמוכה באופן חריג במחוז צפון והשומרון של מאוחדת וצריכה גבוהה באופן חריג במחוז תל-אביב יפו בכללית. בסעיף "הריון ולידה" עלות התביעות הממוצעת לנפש בכללית ובמאוחדת דומה אולם, קיימת שונות בין המחוזות בכל קופה. כך למשל, עלות התביעות הממוצעת במחוז צפון והשומרון במאוחדת נמוכה משמעותית מזו שבמחוז מרכז והשרון ונובעת בעיקרה מזמינות נמוכה של השירות הנדון. במכבי עלות התביעות בסעיף זה גבוהה ביחס לשתי קופות האחרות והשונות בין המחוזות בה גבוהה. בהתייחס לשירותים שהשימוש בהם שכיח יותר כדוגמת רפואת השיניים - כאן השונות בעלות התביעות בין המחוזות די נמוכה וניתן לייחס זאת לפריסה די אחידה של השירות על פני המחוזות, למשל הפריסה של מרפאות ש.ל.ה בכללית.

נציין כי מגוון הנתונים שהוצג לעיל בהקשר לשב"ן, לא קיים בהקשר לחברות הביטוח המסחריות. כתוצאה מכך, חסרים נתונים שיוכלו לתת מושג לדוגמא, מהו שיעור

ההוצאה על כיסויים שכיחים בפוליסות הביטוח, שיעור המבוטחים בביטוח המסחרי, הוצאות לנפש לפי גיל ולפי מחוזות ועוד. הוצגו להלן רק הנתונים אותם ניתן היה להשיג, מתוכם ננסה, ככל שניתן, לספק תמונה שתאפשר דיון ענייני בסוגיות שונות.

**4. נתונים "משלימים" ליחס התיבעות**

יחס תביעות גבוה אינו מעיד בהכרח על החזר השקעה גבוה למבוטח, אלא הוא עשוי לנבוע מרכישת שירותים רפואיים בתשתיות פרטיות יקרות. מידע היכול להשלים את התמונה המתקבלת מטבלאות 3 ו-4 (יחס התיבעות בשב"ן ובביטוח המסחרי בהתאמה) הוא ניתוח של תמהיל הוצאות התוכנית ומצבה התקציבי. מטבלה 8 עולה כי הוצאות התפעול במאוחדת ובלאומית גבוהות באופן משמעותי מאלה שבמכבי ובכללית. הוצאות התפעול לנפש במאוחדת ובלאומית הן 132 ₪ ו-154 ₪ בהתאמה בהשוואה ל-66 ₪ במכבי ו-79 ₪ בכללית (טופר-חבר טוב וריד ברזלי, 2011). ייתכן שפער זה נובע מהיעדר יתרון לגודל המאפיין את כללית ומכבי, אך מחייב בקרה על מנת לוודא כי אכן התוכנית מנתבת ביעילות את הכנסותיה לטובת כיסוי שירותי הבריאות של עמיתה.

**טבלה 8:** התפלגות הוצאות השב"ן בקופות השונות לפי סעיפים, 2011\*

לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית	
69%	74%	93%	80%	הוצאות רפואיות (בניכוי השתתפויות עצמיות)
27%	22%	13%	14%	תפעול, שיווק, הנהלה וכלליות
4%	4%	-6%	6%	עודף/גירעון והוצאות/הכנסות מימון נטו

\* מקור: טופר-חבר טוב וריד ברזלי, 2011א. מבוסס על נתונים בעמודים 20-21.

באשר למצב התקציבי של התוכניות, על פי סעיף 10 של חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 על תוכניות השב"ן להיות מאוזנות מבחינה תקציבית. כלומר, שוויון בין ההכנסות מעמיתים לבין ההוצאות לשירותי רפואה של העמיתים. מצבן התקציבי של תוכניות השב"ן בקופות השונות מתואר בטבלה 9. כללית מציגה עודף תקציבי עקבי משנת 2007, מכבי אשר הציגה עודף תקציבי בשנים 2005-2008 נקלעה לגירעון בשנים 2009-2011. מאוחדת מציגה עודף תקציבי עקבי משנת 2006



ולאומית מציגה עודף עקבי משנת 2005 ועד 2011. כאשר תוכנית השב"ן גירעונית, הגירעון ממומן מעתודות שנצברו בשנים קודמות. העודפים מיועדים לעתודות אלה או להוספת/הרחבת הכיסוי הקיים או לביטול תקופת האכשרה. ייתכן שהעודף התקציבי העקבי שמציגות לאומית ומאוחדת מאפשר העלאה של שיעור עלות התביעות מתוך הפרמיות תוך שמירה על יציבותן הפיננסית.

**טבלה 9:** מצב תקציבי של השב"ן לפי קופות (מיליוני ₪)\*

2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	
97	128	62	30	17	-15	-16	<b>כללית</b>
-60	-21	-39	16	2	18	16	<b>מכבי**</b>
17	9	11	16	11	4	-14	<b>מאוחדת</b>
8	11	9	16	23	16	5	<b>לאומית</b>

\* מקור: טופר-חבר טוב ורביד ברזלי, 2007; 2008; 2009; 2010; 2011א; 2011ב.

\*\* באוגוסט 2010 אושרה למכבי העלאת דמי החבר.

נציין כי פירוט המידע התקציבי שהוצג לעיל בהקשר לשב"ן לא קיים בהקשר של חברות הביטוח המסחריות. זאת כתוצאה מכך שחסרים נתונים אשר יכלו לתת מושג מה לדוגמא שיעור הוצאות ההנהלה וההוצאות הכלליות בביטוחי בריאות, שיעור העמלות לסוכנים מתוך כלל הפרמיות המשולמות ועוד.

**5. סיכום**

מרביתו של חומר הרקע שהוצג עד כה שימש גם כבסיס סביבו התנהלו הדיונים בנושאים הנוגעים לסוגיית השפעת הביטוחים הפרטיים על הצרכן. חומר זה מתווסף לחומר שהוצג ע"י צוותי העבודה האחרים וכן חומר הרקע הכללי המוצג כפתיח לחוברת הכנס.

מגבלות הנתונים והמידע הקיים כיום, אינם מאפשרים הצגה מקיפה וסימטרית של השב"ן ושל מערך הביטוחים הפרטיים. היקף הנתונים והמידע שעמדו לרשות הצוות אודות תוכניות השב"ן היה רחב בהרבה בהשוואה לזה הנוגע לביטוחי הבריאות המסחריים. למרות זאת, הדיונים בצוות לא התנהלו רק סביב "הפנס", היינו, היכן שקיימים הנתונים והמידע. בפועל, הדיונים התנהלו תוך התייחסות

למכלול הסוגיות המצריכות דיון ציבורי, בהקשר של השפעת הביטוחים הפרטיים על הצרכן והמשמעות של הגנה על הצרכן בביטוחי בריאות, לרבות סוגיות הקשורות למידע חסר, הן לכזה הנדרש לצרכן והן למקבלי החלטות.

הננו תקווה שההמלצות שיוצגו להלן כפי שעלו במהלך הדיונים בכנס, יתרמו לשינוי המצב הנוכחי, יובילו לשיפור נוסף במערכת הבריאות בישראל ויעמיקו את ההגנה על הצרכן במערכות הביטוחיות הפרטיות - הן המסחריות והן במערכת הציבורית.

## 6. המלצות

להלן ההמלצות שעלו במסגרת הדיונים שנערכו בצוות שדן בנושא השפעת הביטוחים הפרטיים על הצרכן. יש להבהיר שהמלצות המוצגות בפרק זה, אשר נוגעות לאסדרה התמקדו אך ורק בנושאים הקשורים לאסדרה שתכליתה הגנה על הצרכן ומניעת השפעות לא רצויות של הביטוחים הפרטיים על הצרכן. היבטים אחרים של אסדרת השוק נדונו במהלך הכנס על ידי צוות אחר.

### 1. מידע, גילוי נאות ומימוש הזכויות

#### 1. המידע לצרכן כסיוע בקבלת החלטה מושכלת טרם רכישת הביטוח

- א. מידע השוואתי לציבור שבאחריות המבטח:
  1. הצגת ה"דלתא"/התוספת המוענקה בכיסוי הביטוחי הנוסף מול הקיים בסל הבסיסי או כאשר מדובר במוצר משלים לרובד אחר, מול הרובד הביטוחי הבסיסי.
  2. הצגת הסיכויים להיארעות האירוע הביטוחי.
  3. הצגת ההשתתפות העצמית הנדרשת מול העלות הממוצעת לצרכן או כאחוז מהעלות למבטח.
  4. הצגת איכות השירות של הגורם המבטח (שיעור דחיות, משך טיפול וכד').

## ב. צעדים משלימים של הרגולטור הנדרשים לשם הבטחת הצגת מידע השוואתי לציבור:

1. הצגת טבלאות השוואה המבוססות על כיסויים ביטוחיים נבחרים שימשו כמוקדי השוואה. הכיסויים ייבחרו לפי היקפי השימוש ו/או לפי עלות חלופית למבוטח (רכישה "מהכיס" בשוק הפרטי).
2. קביעת המידע שיש להדגיש בגילוי ואת אופן הדגשתו, עבור כל מוצר ביטוחי במטרה ליצור סטנדרטיזציה של גילוי המידע.
3. פעילות שתכליתה שיפור משמעותי הן בסוג המידע והן באופן הצגת המידע, שיאפשר בהירות לגבי התוספת עבור כל אחד מהכיסויים שמציע הגורם המבטח, ביחס לביטוחים/לרבדים אחרים שבידי המבוטח הפוטנציאלי.
4. הקמת אתר אינטרנט "בלתי תלוי" לשיקוף זכויות ומתן מידע השוואתי על הביטוחים הפרטיים לסוגיהם כולל השוואה לסל הבסיסי.
5. יצירת אחידות של מדרגות הגיל בשב"ן ובביטוחים הקבוצתיים המסחריים באופן שישפר את יכולת הצרכן להשוות מחירי פרמיות<sup>25</sup>.

## 2. הגדרת חובות הגילוי הנוספות לצרכן הספציפי בעת הרכישה

קיים צורך להבטיח כי הצרכן יקבל מידע אובייקטיבי ובלתי מוטה. לשם כך מומלצת עבודה בשני מישורים:

א. במישור התשתיתי:

1. הקמת גוף מרכזי שיספק מידע יזום, באופן אחיד ומבוסס על הזכויות בביטוחי הבריאות השונים<sup>26</sup>. גוף זה ישמש כמערך מידע אשר יתמוך בעבודת המשווק.
2. בחינת האפשרות של מיסוד מקצוע של יועץ לביטוחי בריאות בלתי תלוי (כמו בביטוח הפנסיוני). בכך ניתן יהיה להפחית את התלות של המבוטח

<sup>25</sup> בעניין זה, העיר נציג הפיקוח על קופות החולים והשב"ן במשרד הבריאות, כי היות ומדובר בנתון היסטורי בתוכניות שב"ן ותיקות, יישום ההמלצה צריך להיבחן בקפידה עקב חשש לפגיעה ביציבות ואיתנות כלכלית של התוכניות.

<sup>26</sup> זאת, בשונה מנציבות פניות הציבור הקיימת כיום הן במשרד הבריאות והן באגף לביטוח במשרד האוצר. אלה, נכנסים לתמונה רק בתגובה לפנייה או תלונה שמגיע אליהם ביוזמת מבוטח.

במידע המתקבל בעיקר מגורמים בעלי עניין כגון: סוכני ביטוח, ולאפשר העברת מידע בצורה בלתי מוטה.

### ב. במישור התהליכי - ביסוס כללים לעבודת המשוק מול הצרכן:

1. קביעת פרוטוקול שיווק שיכלול את סוג המידע שהמשווק הביטוחי יחויב להעביר לצרכן הפוטנציאלי באופן "אובייקטיבי".
2. חיוב המשווק (סוכן ביטוח, הרופא, המשווק של הקופה או היועץ הייעודי) לאפיין את הצרכן כקהל יעד (גיל, מצב משפחתי, מגדר, מצב בריאותי וכדומה) וחייב שאופן גילוי המידע שיינתן על ידי המשווק יהיה בהתאם לאפיין הצרכן ויכלול דגשים מותאמים ובכלל זה הצגת כל המידע הרלוונטי למימוש זכויותיו בעת הצורך.

### 3. חיתום בעת הצטרפות לפוליסת הביטוח

בחומר הרקע של פרק זה הוסברה הבעייתיות של ביצוע חיתום במעמד הגשת תביעה, דבר הגורם לשלילת זכאות של המבוטח ולעיתים אף הוצאתו מהביטוח גם לאחר שנים רבות במהלכן שילם דמי ביטוח. לאור זאת, הומלץ כי בעת ההצטרפות יוכל המבוטח לבחור בין שני מסלולי חיתום. המסלול הנוכחי (בשיפור מסוים, להלן 'המסלול האדום') או מסלול משופר ומהיר ('המסלול הירוק'), יכול שיינתן בתשלום נוסף. להלן המסלולים:

א. **"מסלול אדום"**: החתמת המבוטח בעת מימוש הזכויות (המסלול הנוכחי). במסגרת זו, בתנאים מסוימים (שהוגדרו כבר על ידי המפקח על הביטוח)<sup>27</sup>, יוכל המבוטח לבצע חיתום במעמד הגשת התביעה. חובת המבוטח תהיה לשקף למבוטח במעמד ההצטרפות את המשמעויות והסיכונים בבחירה במסלול זה.

ב. **"מסלול ירוק"**: החתמת המבוטח על ויתור סודיות רפואית והשלמת כל הליך החיתום, לרבות בדיקת חומר רלוונטי כגון: תיקו הרפואי של המבוטח, באופן מיידי ובסמוך ככל הניתן למועד ההצטרפות לביטוח, תוך פרק זמן שייקבע

27 חוסר התאמה בין השאלון שמילא המבוטח בכניסתו לביטוח לבין מצבו הרפואי בעת ההצטרפות כפי שעולה מתיקו הרפואי או מחומר אחר שנחשף בפני המבוטח.

על ידי הרגולטור (אפשרי בתוספת תשלום/עמלה מוגדלת). במסלול זה לא תהא למבטח זכות לבצע הליך חיתומי נוסף במעמד הגשת תביעה.

ג. יש לבחון את האפשרות של קישור ישיר בין מערכות המחשב (של חברות הביטוח ושל קופות החולים) לצורך חיתום מידי ומחייב.

#### 4. מידע מותאם אישית למבטח לאורך חיי הפוליסה

שליחת מידע באופן שוטף על בסיס הנחיות שנקבעו על ידי הרגולטור לאופן גילוי המידע הדרוש למבטח כקהל יעד.

#### אמצעי הפרסום:

א. מידע באמצעות האינטרנט: מנוע חיפוש לפי שירות, טבלאות השוואה בין הכיסויים בביטוחים השונים וכמו כן, קובץ מלא הכולל את כל הכיסויים והרבדים שמוצעים בשוק הביטוח, לרבות מידע רלוונטי על מושגים בסיסיים.

ב. מידע כתוב: כחברות ועלונים, בנושאים ממוקדים וכמו כן לפי קהלי יעד.

ג. מידע בעל תוכן שיווקי: קביעת כללים ברורים למסרים שיווקיים של ביטוחי הבריאות והצורך שתודגש בהם התועלת שתעלה מרכישת הביטוח המסוים ובקרה על קמפיינים של חברות ביטוח ושל קופות החולים, המשווקות את השב"ן.

#### 5. צעדים משלימים שתכליתם לגשר על מגבלת היכולת לנתח מידע מורכב

הנגשת מידע לצרכן, כפתרון יחיד, לא תוכל לפתור באופן מוחלט בעיות הקשורות להבנת המוצר והבנת תנאי הביטוח לפרטיהם. זאת, עקב המורכבות של הנושא והקושי בעיבוד המידע, לגבי חלק מהמוצרים ו/או לגבי חלק מהצרכנים. מכאן עולה הצורך באסדרת השוק באמצעות הרגולטור ובהפשטה אשר מאפשרת בצורה האפקטיבית ביותר, את מיצוי הזכויות = גילוי אפקטיבי, תוך הדגשת צמתים בהם הצרכן יכול "ליפול" והארת ה-Added value של הכיסוי הנרכש.

לאור זאת הומלץ כדלקמן:

א. כשל השוק בתחום זה מחייב אסדרת המוצרים בשוק ביטוחי הבריאות לשם הבטחת היכולת להשוואה בין מוצרי הביטוח השונים:

1. צמצום מספר המוצרים/הפוליסות והקטנת רמת המורכבות שלהם.
2. מניעת שיווק מוצרים שאינם ברי ביטוח ו/או מוצרים שאינם בעלי משמעות ביטוחית ממשית<sup>28</sup>.
3. סטנדרטיזציה של הגדרות רפואיות והרכבי פוליסות לפי סוג באופן שיאפשר השוואה ביניהן<sup>29</sup>.
4. בחירת פרמטרים ע"י הרגולטור, שיאפשרו מדידה תקופתית של כשלי השוק (בהקשר של מידע). הגדרת תהליך מובנה בעת מכירת פוליסות ביטוח כאשר מדובר במבוטח המודע לכך ומעוניין ברכישת מוצרי ביטוח כפולים (כגון החתמת מבוטח על טופס הסכמה מובנה)<sup>30</sup>.

ב. הגדרת "מקרה הביטוח": במקום הגדרה רפואית מורכבת, השענות, ככל הניתן, על חוות דעת של מומחה רפואי, רופא מטפל או על הפרקטיקה הרפואית המקובלת<sup>31</sup>.

ג. קביעת סטנדרט מחייב למתן השירות על ידי המבטחים (לדוגמא משך טיפול ממוצע בתביעה, משך הליך החיתום, סוג המידע המחייב בעת מכירת פוליסה).

ד. חיוב חברות הביטוח וקופות החולים לשקף בפני הציבור מידע כגון שיעור דחייה של תביעות ביטוח מתוך כלל התביעות שהוגשו לפי כיסויים נבחרים, שיעור תביעות שהסתיימו בפשרה, שיעור מועמדים שקיבלו תשובות שליליות בחיתום מתוך כלל בקשות ההצטרפות וכדו').

28 לדוגמא סיכוי נמוך ביותר להתממשות או החזר מזערי למבוטח כנגד ההשקעה.

29 במהלך הדיונים הומלץ על המועצות הלאומיות לבריאות כגורם מקצועי, בלתי תלוי, עליו ניתן להתבסס לניסוח הגדרות רפואיות, בחינת החרגות רפואיות וכדומה.

30 ההמלצות בנושא כפל ביטוח המוצגות בפרק זה הינן רק בהקשר של ההשלכות על הצרכן לדוגמא: בהיבט של מורכבות המידע הרפואי המכפיל עצמו במצבים בהם קיים כפל ביטוח למבוטח המחזיק במספר פוליסות עם כללי זכאות שונים ומבטחים שונים.

31 ההצעה המקורית בסעיף זה היתה - הסתמכות על התיק הרפואי של המבוטח. אולם, בסעיף זה התקבלה דעתו של המפקח על הביטוח והניסוח של הסעיף תוקן בהתאם.

ה. ביצוע סקרים עיתיים והצגת מידע השוואתי המשקף שביעות רצון של מבוטחים בפוליסות ובחברות שונות.

#### 6. **מידע למבוטח כסיוע בעת מימוש הזכויות**

מומלץ לחייב את חברות הביטוח וקופות החולים לפרסם את המידע הנדרש למבוטח בעת מימוש זכויות, תוך מתן דגש מיוחד לנושאים המפורטים מטה:

##### א. **המידע שנדרש בעת מימוש זכויות:**

1. מתן הסבר מפורט וברור על הליך הגשת התביעה<sup>32</sup>.
2. תאום ציפיות - משכי הטיפול בתביעה, שלבי הטיפול בתביעה וכדומה.
3. חובות גילוי לגבי זכות הערעור ומנגנון הערעור.
4. חובת הנמקה מלאה כבר בשלב הראשון של דחיית תביעה.

##### ב. **צעדים משלימים על ידי הרגולטור:**

1. קביעת סנקציות על אי עמידה בסטנדרט הטיפול בתביעה וגילוי הסנקציות.
2. הגדרת מסלול הכרחי בשלב המימוש, לרבות אבני דרך לאורך המסלול תחומות בזמן.
3. שיפור המנגנונים הקיימים לבירור מחלוקות והכרעה (בארגון ואצל הרגולטור).
4. לשקול מתן אפשרות למבוטח לפעול למיציא זכויותיו במספר מנגנונים במקביל כלומר, יכולת להגיש תלונה לנציבות או לוועדת ערר במקביל להגשת תביעה לבימ"ש.
5. מתן סמכויות אכיפה לנציבי פניות הציבור במשרדי הבריאות והאוצר (הן לאכיפת החלטות והן לאכיפת הסטנדרטים לסילוק תביעה - תוך הצבת קבועי זמן).

32 מומלץ שהפרסום ידגיש, בין היתר, את הצורך בבדיקת כל הכיסויים הביטוחיים שברשות המבוטח ובו יפורטו גם זכויותיו ותהליכי מימוש התביעה במקרים של כפל ביטוח, לפי אפיונים שיקבעו על ידי הרגולטור.

## 2. כפל ביטוח

### 1. הגברת המודעות של הצרכן לאפשרות של כפל ביטוח טרם הרכישה

על מנת לאפשר קבלת החלטה מושכלת של מבוטחים טרם הרכישה של שכבות הגנה מיותרות ובכדי לצמצם את התופעה של כפל ביטוח, הומלץ לפעול במישורים הבאים:

א. יצירת מסע הסברה אגרסיבי המצביע על רוחב היריעה של הזכויות שמוענקות במסגרת הסל הבסיסי ובמסגרת השב"ן, לרבות הדרכים למימוש הזכויות וכן על הצורך בבדיקה עצמית של המבוטח שאינו מכוסה ביטוחית מעבר לצרכיו ומשלם בהתאם (קריאה לצרכנות נבונה).

ב. בקרה על הקמפיינים של חברות הביטוח ושל קופות החולים, המשווקות את השב"ן.

### 2. צעדים משלימים על ידי הרגולטור

ההמלצות שהתקבלו בדיונים נוגעות לשני רבדים כך שהטיפול בנושא יכול להתבצע באחד משני האפיקים הבאים:

#### א. התערבות ברמת השוק - הגבלות על ספק השירות (המבטח):

איסור שיווק של מוצרים ביטוחיים היוצרים כפל ביטוח על ידי הגבלת השוק המסחרי לפוליסות "משלים לשב"ן" בלבד. פוליסות אחרות תוכלנה להיות רק במתכונת פיצוי.

#### ב. התערבות ברמת המוצר - הגבלות על הרכב / תוכן / תנאי הפוליסות:

1. אסדרת התנהגות המבטח בעת הרכישה:

א. שינוי שוק הביטוח כך שבזמן מכירת פוליסת הביטוח המבטח יחויב בהחתמת הצרכן על הסכמה וגילוי מדויק ברור ומפורט המעניק שקיפות מלאה בעניין הכפל הביטוחי.

ב. במקביל, יצירת סנקציות ואכיפתן במצבים של מכירת כפל בכיסוי הביטוחי ללא החתמת המבוטח על הסכמה זו.

2. אסדרת התנהגות המבטח בעת מימוש הזכויות:

א. התאמת המוצרים הביטוחיים הקיימים בשוק בו קיים כפל ביטוחי,



באופן שבעת המימוש לא תהיה חפיפה בין הזכויות. היינו, מחד, לאפשר קיומן של פוליסות "מהשקל הראשון" וחפיפה בכיסויים, ומאידך, בעת מימוש הזכויות, המבטח שאינו משלם את הזכאות באפיק המקסימאלי ישלם למבטח פיצוי כספי שגובהו יעלה באופן משמעותי על עלות ההוצאה שהיה אמור לשלם, לו היה המבטח בוחר באפיק של שירות על ידי מנתח בהסדר<sup>33</sup>.

ב. לא יותר לחברת הביטוח להתנות את גובה הפיצוי המובטח למבטח בביטוח מסחרי, בשיעור ההשתתפות של השב"ן או בגובה ההשתתפות העצמית של המבטח (בשב"ן) או בגובה החזר שקיבל המבטח בשב"ן בגין השירות המבוקש.

ג. בדיקת האפשרות להתערבות בגובה ההשתתפות העצמית ו/או ברף החוזרים למבטחים

ד. במקביל לכך, יוענקו תמריצים אפקטיביים למבטחים על מנת לעודד שיווק של פוליסות המציעות "משלים לשב"ן".

### 3. החזר ההשקעה

בנושא מיקסום החזר בגין ההשקעה של המבטח בביטוחי הבריאות הומלץ:

1. **שינוי האופן בו נבחנת התמורה להשקעה של המבטח בביטוחי בריאות:** הנחת הבסיס היתה שקיים צורך בקביעת מדד לבחינת התמורה להשקעה שבין היתר יהווה תמריץ להתנהגות המבטח. בדיוני הצוות היתה הסכמה כי התבססות אך ורק על יחס התביעות לפרמיה, במתכונת הקיימת, אינה מספקת (בין היתר עקב מגבלות הקשורות לאופן החישוב, שיוך ההוצאות, הסדרי תשלום) ולכן מדד זה אינו הוא יכול לעמוד בפני עצמו. לאור זאת הומלץ:
  - א. לכלול בנוסף למדד האמור לעיל מדדים נוספים שישקפו את שביעות הרצון של המבטחים (בעת הרכישה ובעת המימוש) וכן את איכות השירות

33 המלצה זו איננה ישימה כיום בתוכניות השב"ן. על פי סעיף 10(ב)3 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תוכניות השב"ן אינן רשאיות לתת פיצוי בגין קרות מקרה ביטוחי, הן מוגבלות לאספקת שירות בעין או שיפוי בגין שירות שניתן למבטח.

(מההיבט הקליני ומההיבט הביטוחי).

- ב. לקבוע סף מינימלי/דיפרנציאלי ליחס התביעות ולאכוף את העמידה בו.
- ג. לקבוע ולהפעיל סנקציות במקרים של אי עמידה בסף כפי שייקבע, בדומה למתכונת של הרפורמה הנהוגה בארה"ב (ראה דוגמא לעיל בעמ' 183).
- ד. לפרסם את המתודולוגיה לבחירת המדד שישקף את התמורה להשקעה ולהבטיח שקיפות של המידע המועבר, לחישובו.

## 2. תשתית המידע הנדרשת עבור הרגולטור כדי לאפשר לצרכן בחינת ההחזר להשקעה:

צעדים רגולטוריים שתכליתם מקסום ההחזר לצרכן בגין ההשקעה מחייבים את הרגולטור לאסוף מידע רלוונטי ולפעול לניטור המצב באופן קבוע. לאור זאת הומלץ:

- א. הרגולטור יאסוף את המידע שלהלן ובנוסף, יפעל לחשיפתו בפני הצרכנים לפי הגורם המבטח ולפי סוג הפוליסה:
  1. היקף התביעות לפי סוג השירות ולפי הפיזור הגיאוגרפי.
  2. היקף התביעות שנדחו לפי סוגי הכיסוי העיקריים ולפי סיבת הדחייה.
  3. היקף התביעות שהסתיימו בפשרה.
  4. זמן ממוצע וחציוני לטיפול בתביעה.
  5. היקף ותמהיל הוצאות התפעול.

ב. כדי להשפיע על התנהגות המבטח טרם דחיית תביעה, מומלץ כי המפקח על הביטוח ישקף לציבור גם את המידע על תביעות שנדחו, לפי סוגי כיסוי ולפי חברות ביטוח וכן את שיעור ההחלטות שבית המשפט לא קיבל את עמדת חברת הביטוח<sup>34</sup>.

## 3. התערבות של הרגולטור ברמת המוצר על מנת להבטיח את התמורה להשקעה:

א. קביעת קריטריונים להכללת שירותים במסגרת הביטוחים הפרטיים (גמישות ביקוש, זמינות ספקי הסדר).

34 בסעיף זה התקבלה דעתו של המפקח על הביטוח והניסוח של הסעיף תוקן בהתאם.

ב. פיקוח על שיעור הוצאות התפעול מתוך סך ההכנסות מהפרמיות.  
**הערה:** במהלך הדיונים הובהר כי ראוי להמליץ על כך שבעת תכנון מהלכים בכיוון שהוזכר לעיל יובאו בחשבון, בין היתר, גם הבדלים בין מוצרי ביטוח מסוגים שונים. לדוגמה ביטוחי פרט לעומת פוליסות לביטוח קבוצתי וכן השב"ן.

ג. במהלך הדיונים היה מי שטען כי על מנת להגדיל את התמורה לצרכן מתוכניות השב"ן יש צורך בהגברת התחרות בין התוכניות. לשם כך המצדדים בעניין המליצו לבדוק את האפשרות לאפשר רכישה חופשית של תוכניות השב"ן ללא תלות בקופת החולים בה הצרכן חבר.

#### 4. החזר ההשקעה בעת מימוש הזכויות

א. התאמת החזר ההשקעה לפערים הקיימים בנגישות של המבוטח לשירותים: לאור ההבדלים שקיימים כיום בפריסת שירותים רפואיים הכלולים בביטוחים הפרטיים לסוגיהם, מומלץ כי הרגולטור ייקבע כללים שיאפשרו שיפור ביחס התמורה להשקעה של המבוטח באחת או יותר מהדרכים הבאות:

- יצירת מתאם בין ההיצע בפועל לבין הפרמיה. היינו, מקרים בהם לא ניתן להביא לשיפור משמעותי בהנגשת השירות למבוטחים, תידרש קביעת פרמיה דיפרנציאלית אשר תהיה נמוכה יותר למבוטחים המתגוררים באזורים מהם קיימים קשיי נגישות<sup>35</sup>.
- מתן פיצוי כספי כתחליף לשירות במקרים בהם יש חוסר יכולת למימוש הכיסוי כפי שהובטח בפוליסה עקב פריסה לקויה של השירות. במקרה בו המבוטח מימש אמנם את זכויותיו אך נדרש להוצאה כלכלית כבדה יותר - לדוגמה: ניתוח בבי"ח פרטי הנמצא במרחק רב ממקום מגוריו של המבוטח. יהיו המבוטח ובן משפחתו זכאים בנוסף לפיצוי הן על עלות הנסיעות והן על העלות של השהות ללילה במהלך תקופת הניתוח. פתרון מעין זה יהווה מחד, תמריץ למבטח לשפר את נגישות השירותים למבוטחים, ומנגד ישפר את התמורה למבוטח באזורים בהם ההנגשה נותרת מוגבלת.

- ב. הבטחת מנגנון הולם שיאפשר מיצוי זכויות וקבלת תמורה נאותה: במהלך הדיונים נדונו חסמים שמקשים על מיצוי זכויות ולקבלת תמורה נאותה מחברת הביטוח (ראה עמ' 170-172 לעיל). לאור זאת, הומלץ לפעול כדלקמן לשם העצמת המבוטח והסרת חסמים כלכליים:
1. לעדכן את תקנות סדר הדין האזרחי על מנת להקל על חסמים בפתיחת התיק. לדוגמא: בשלב ראשון תתאפשר הגשת עותק מהתיק הרפואי כחלופה לחוות דעת רפואית מקדימה; צמצום גובה האגרה ו/או במקרים בהם טענת המבוטח נמצאה מוצדקת, הטלת האגרה תהיה על חברת הביטוח בסיום הטיפול בתיק - בדומה לתחום הפיצויים בנין תאונות דרכים.
  2. הוספת סעיף לחוק חוזה הביטוח בדבר סמכות בית המשפט לקבוע פיצוי עונשי במקרה של קבלת תביעה שחברת הביטוח דחתה באופן לא מנומק ולא סביר.
  3. היו שהמליצו על הפרדה מבנית בין פיקוח צרכני (מיצוי זכויות, איכות וכו') לבין פיקוח תאגידי (אקטואריה, איתנות פיננסית וכו')<sup>36</sup>. במהלך הדיונים לא היתה לתמימות דעים בנושא זה. בין היתר, גם המפקח על הביטוח הביע התנגדות לסעיף זה.

#### 5. שמירה על רציפות הזכויות לאורך חיי הפוליסה:

לעיתים עלול כיסוי ביטוחי מסוים, המותנה בחברות בארגון או בקופת חולים, להוות חסם שמקשה על עקרון חופש המעבר בין קופות חולים וכן חופש מעבר בין מעסיקים במשק. במהלך הדיונים הוזכרו בעניין זה לחיוב הכללים הנהוגים בשב"ן, המאפשר שמירה על הוותק ורציפות הזכויות בעת מעבר בין קופות החולים. לאור זאת מומלץ:

- א. לבחון אפשרות לאפשר מעבר בין פוליסות קבוצתיות דומות (אצל מבטחים שונים) תוך רציפות זכויות (ללא חיתום), בדומה לרציפות הזכויות בשב"ן בעת מעבר מקופה לקופה.
- הערה:** בהקשר זה הומלץ גם לפעול להגברת הסטנדרטיזציה של פוליסות קבוצתיות מאותו סוג, דבר שיקל על הקניית זכויות לרציפות בעת מעבר של מבוטחים בין פוליסה קבוצתית אחת לשנייה.

36 כדוגמא לעניין זה של מבנה הפיקוח על הביטוח, הועלה על ידי אחד המשתתפים המודל של הפיקוח במדינות אילינוי ויומיניג בארצות הברית.

ב. לפתח הסדר הוגן שיאפשר מעבר מפוליסה מסחרית קבוצתית לפוליסת פרט בעת שמבוטח נאלץ לעזוב את הקבוצה תוך מתן הנחה משמעותית בפרמיה בהשוואה לזו המקובלת אצל מבוטח חדש בן גילו, המצטרף לראשונה לפוליסת פרט<sup>37</sup>.

ג. על רקע סוגיית רצף הזכויות כאמור לעיל עולה אספקט כלכלי נוסף: חשיפת משקי הבית לאפשרות של גידול מתמיד בפרמיה קבוצתית עלול להוביל למצב בו לא יתאפשר המשך נשיאה בנטל כלכלי זה לאורך הזמן. אפשרות נוספת היא כי לאחר שנים בהם שולמה פרמיה לא יוכל משק הבית מסיבות שונות להמשיך לעמוד בנטל התשלומים ובכך ייוותרו המבוטחים ללא זכות לתמורה כלשהי.

לאור זאת מומלץ לבחון אפשרות של הקניית ערכי סילוק או ערכי פדיון בפוליסות הקבוצתיות ובשב"ן (במיוחד במקרים בהם אין שמירה על רצף זכויות במעבר בין פוליסות מאותו הסוג).

## 6. הגנה על הצרכן במערכת הבריאות הציבורית

במהלך הדיונים עלתה שאלת ההשפעה של מערכת הבריאות הפרטית על צרכני בריאות אשר אין ברשותם שב"ן ו/או ביטוח פרטי, כלומר, אלה הזכאים לסל הבריאות הבסיסי בלבד. קבוצה זו בכנס מהווה 15-25 מאוכלוסיית ישראל. השאלה שעלתה בדיונים היתה מהן ההשלכות של ההיקף הרחב של השוק הביטוח הפרטי על המערכת הציבורית ככלל ובמיוחד על חברי הקבוצה שאין בבעלותם ביטוח בריאות פרטי מסוג כשלהו. אחת הטענות העיקריות היתה כי שגשוג הביטוחים הפרטיים ללא רגולציה מספקת, מביא לפריחתה של מערכת הבריאות הפרטית. מערכת זו מתבססת בעיקר על רופאים שעובדים במקביל גם במערכות ציבוריות. מכאן, שמתקיים מצב בו בין שתי המערכות קיימת תחרות על משאב מוגבל של רופאים וצוותים רפואיים, הדבר העלול לגרום לפגיעה משמעותית במערכת הציבורית.

37 כיום, מובטחת רציפות שכזו במעבר מפוליסה מסחרית קבוצתית לפוליסת פרט אלא, שהמבוטח נדרש לשלם פרמיית פרט שעלותה גבוהה באופן משמעותי לעומת הפרמיה ששילם בפוליסה הקבוצתית. בעקבות כך, חלק מהמבוטחים לא יכולים להמשיך לעמוד בתשלום ומפסיקים את הפוליסה.

חברי הצוות קראו לשיתוף פעולה בין גופי הרגולציה במשרד הבריאות ובמשרד האוצר בניסיון למזער את ההשפעות השליליות של מערכת הביטוח הפרטי על מערכת הבריאות הציבורית ככלל, ולמנוע פגיעה בצרכן בפרט, הן בצרכן של מערכת הבריאות הציבורית והן בצרכן של מערכת הבריאות הפרטית.

## מקורות

1. אגף שוק ההון ביטוח וחסכון, דוח שנתי 2011. 2012. ירושלים: משרד האוצר. עמודים 77-84.
2. ברמלי-גרינברג ש., גרוס ר., יאיר י., עקיבא א. דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2002 והשוואה לשנים קודמות. 2011. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
3. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. השנתון הסטטיסטי לישראל 2012. לוח 6.3.
4. הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון, דוח שנתי 2005. 2006. ירושלים: משרד האוצר. עמודים 32-44.
5. הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון, דוח שנתי 2006. 2007. ירושלים: משרד האוצר. עמודים 98-111.
6. הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון, דוח שנתי 2007. 2008. ירושלים: משרד האוצר. עמודים 118-127.
7. הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון, דוח שנתי 2008. 2009. ירושלים: משרד האוצר. עמודים 119-129.
8. הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון, דוח שנתי 2009. 2010. ירושלים: משרד האוצר. עמודים 108-121.
9. הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון, דוח שנתי 2010. 2011. ירושלים: משרד האוצר. עמודים 80-87.
10. חורב ט., קידר נ. היבטים בסוגיית האסדרה של ביטוחי בריאות פרטיים בישראל. משרד הבריאות, נובמבר 2012.
11. טופר-חבר טוב ר., רביד ברזלי ד. דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים- שב"ן של קופות החולים לשנת 2011. 2011א. ירושלים: משרד הבריאות
12. טופר-חבר טוב ר., רביד ברזלי ד. דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים- שב"ן של קופות החולים לשנת 2010. 2011ב. ירושלים: משרד הבריאות.
13. טופר-חבר טוב ר., רביד ברזלי ד. דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים- שב"ן של קופות החולים לשנת 2009. 2010. ירושלים: משרד הבריאות.
14. טופר-חבר טוב ר., רביד ברזלי ד. דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים- שב"ן של קופות החולים לשנת 2008. 2009. ירושלים: משרד הבריאות.
15. טופר-חבר טוב ר., רביד ברזלי ד. דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים- שב"ן של קופות החולים לשנת 2007. 2008. ירושלים: משרד הבריאות.
16. טופר-חבר טוב ר., רביד ברזלי ד. דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים- שב"ן של קופות החולים לשנת 2006. 2007. ירושלים: משרד הבריאות.

## נספחים

### נספח א':

#### היבטים משפטיים הקשורים לביטוחי הבריאות בישראל / בעריכת חיים קליר, עו"ד

##### 1. היבטים משפטיים הקשורים לרובד הראשון - סל השירותים הבסיסי

החל מיום 1 בינואר 1995, כל תושב במדינת ישראל מבוטח בביטוח בריאות ממלכתי המקנה סל שירותים בסיסי<sup>38</sup>. הסל מסופק ע"י קופות החולים ומתקצב ע"י המדינה ממקורות מימון המפורטים בחוק. בראשם, דמי ביטוח בריאות ותקציב משרד הבריאות<sup>39</sup>. מדובר הלכה למעשה בביטוח חובה המבטא עקרון של ערבות הדדית המנוהלת ע"י המדינה: כל מבוטח משלם לפי יכולתו ומקבל שירותי בריאות לפי צרכיו, במגבלות החוק והתקציב.

ביטוח הבריאות הממלכתי אמור להיות "מושגת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית"<sup>40</sup> ועל "טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש"<sup>41</sup>.

בתי המשפט רואים את הזכות לסל השירותים הבסיסי כזכות יסוד הנובעת מעקרונות החירות, הכבוד והפרטיות, כפי שעוגנו בחוקי היסוד של מדינת ישראל ובמיוחד חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו<sup>42</sup>.

אולם כאן קיים קושי, שהרי אין זכות קנויה לקבל היקף סל שייתן את כל שירותי הבריאות שהחולה זקוק להם<sup>43</sup>. בתי המשפט דימו לפיכך את הזכות לסל בריאות בסיסי לזכות בעלת גרעין ומעטפת. בגרעין הזכות נכללים שירותי בריאות שהמדינה

38 סעיף 3 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

39 סעיף 13 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

40 סעיף 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

41 סעיף 5 לחוק זכויות החולה התשנ"ו-1996.

42 כ' שלו בריאות, משפט זכויות האדם (תשס"ג) עמ' 173-174.

43 בג"צ 488/11 ההסתדרות הרפואית בישראל נ' שר הבריאות [פורסם בבנו].



חייבת בכל מקרה לממנם<sup>44</sup>. במעטפת הזכות מצויים שירותי בריאות תלויי תקציב<sup>45</sup>.

במהלך השנים נמתחה ביקורת על מנגנון עדכון עלותו של סל השירותים הבסיסי וזאת לנוכח משתנים שהחוק מתחשב בהם באופן חלקי, כגון הגידול השנתי באוכלוסיית המדינה, העלייה בגיל הממוצע של אוכלוסיית ישראל וכן ההתקדמות טכנולוגית מתמדת בתחום הרפואה<sup>46</sup>.

## 2. הרובד השני - השב"ן

כידוע חוק ביטוח בריאות ממלכתי מתיר לקופות החולים להציע לחבריהן תוכניות לשירותי בריאות נוספים (בקיזור: שב"ן) שאינם כלולים בסל הבריאות<sup>47</sup>. השירותים ניתנים ע"י הקופה עצמה או באמצעות חברה-בת בשליטה מלאה של הקופה.

נכון להיום, מוצעות ע"י קופות החולים 8 תכניות שב"ן: כללית מושלם, כללית פלטינום, לאומית כסף, לאומית זהב, מאוחדת עדיף, מאוחדת שיא, מכבי מגן כסף, מכבי מגן זהב.

## א. העקרונות החלים על השב"ן

סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע את העקרונות לפיהם יש להפעיל את השב"ן:

1. השירותים ניתנים ע"י קופת חולים עצמה או ע"י חברת בת בשליטה מלאה.
2. כל חבר קופה רשאי להצטרף לתכנית, ללא קשר למצבו הרפואי או הכלכלי.
3. הצטרפות החבר לא תותנה בתנאי כלשהו, למעט תקופות אכשרה סבירות.
4. קופת חולים לא תפלה בין עמיתים בתכנית, בין בעת ההצטרפות אליה ובין במתן השירותים במסגרתה.
5. מחיר התכנית יהיה אחיד לכל קבוצת גיל, ללא תלות במספר שנות החברות בתכנית או במצבו הבריאותי או הכלכלי של העמית.

44 לא ברור למה הכוונה אולי לאותם שירותי בריאות שקופת החולים הכללית והמדינה נתנו לפני תחילת חוק ביטוח בריאות ממלכתי-ראה סעיף 7 לחוק.

45 בגץ 3071/05 גילה לזון נ' ממשלת ישראל.

46 בגץ 2344/98 מכבי שירותי בריאות נ' שר הוצר, פ"ד נד(5) 729.

47 סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות.

על אף שתכניות השב"ן לא הוגדרו בחוק ביטוח הבריאות כתכניות ביטוח, וקופות החולים אינן כפופות לחוק הפיקוח על עסקי ביטוח, לכאורה לא מן הנמנע שכללי הפרשנות של חוק חוזה הביטוח יופעלו גם על המסמכים המגדירים את זכויותיו וחובותיו של העמית בתכניות השב"ן.

### ב. מעמדה המשפטי של קופת חולים כמספקת סל השירותים הבסיסי והשב"ן

קופת החולים נחשבת בלשון בתי המשפט ל"גוף דו-מהותי": היא מאוגדת במשפט הפרטי, אולם התפקיד שהיא ממלאת, מתן שירותי בריאות למיליוני מבוטחים, הוא "תפקיד ציבורי על פי דין מן המעלה הראשונה"<sup>48</sup>. לכן היא נחשבת ל"גוף ציבורי במלוא משמעותו של המושג (מבחינה חברתית ולאומית)"<sup>49</sup>. פעולות קופת החולים כפופות לפיכך לעקרונות היסוד של דיני המנהל הציבורי שנועדו להבטיח את נגישות הציבור אל המשאבים הציבוריים. חלים עליה עקרונות יסוד של הגינות, שוויון, סבירות, יושר ותום לב<sup>50</sup>. קופות החולים הן גם "גופים נתמכים" כמובנם בחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, דהיינו הממשלה משתתפת בתקציבן<sup>51</sup>. הן גם "גופים מבוקרים"<sup>52</sup>, כמובנם בחוק מבקר המדינה, התשי"ח-1958 (נוסח משולב).

### 3. הרובד השלישי - ביטוחי בריאות פרטיים

חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), מקנה למפקח על הביטוח את הסמכות להעניק לתאגידי ביטוח פרטיים, היתר למכור ביטוחי בריאות. ביטוחים אלה, אמורים לתת למבוטח מקור למימון שירותי בריאות שאינם בסל הבריאות הבסיסי והשב"ן. שוק הביטוח בישראל מאופיין במספר כשלים חמורים:

א. **העדר תחרות:** תאגידי הביטוח הפרטיים מוגנים מפני מתחרים מהארץ ומחול"ל. גם בין תאגידי הביטוח עצמם אין תחרות: בפועל פוליסות הביטוח זהות. למבוטח אין השפעה על תוכנו של חוזה הביטוח. בחוזה ביטוח לתקופות ארוכות למבוטח אין אפשרות אפקטיבית לעבור לתאגיד אחר.

48 ע"א 8825/03 שירותי בריאות כללית נ' משרד הביטחון [פורסם בבנו].

49 (בג"צ 6845/00 ניב נ' בית הדין הארצי לעבודה, פ"ד נו(6) 699, 663.

50 ע"א 294/91 חברת קדישא גחש"א "קהילת ירושלים" נ' קסטנבאום, פ"ד מו(2) 464, 492.

51 רע"א 2920/90 קופת חולים של ההסתדרות הכללית נ' מדינת ישראל, פ"ד מז(1) 397, 406.

52 סעיף 33 לחוק ביטוח בריאות, הקובע כי "קופת החולים היא גוף מבוקר כמשמעותו בסעיף 69(ל) לחוק מבקר המדינה".

ב. **העדר הצורך להשקיע בצרכן:** תאגידי הביטוח נהנים מהעובדה שהמדינה מחייבת את התושבים לרכוש אצלם ביטוחים פרטיים בתחומים מסוימים, כמו: תאונות דרכים, ספורט, בתי ספר. בתחומים אחרים, כמו בתחום המשכנתאות, נכפה על הלווים לרכוש ביטוחים בתאגידי ביטוח פרטיים. מעבר לכך, המדינה נותנת הטבות מס לרוכשים ביטוחים פרטיים.

ג. **ריכוזיות:** 5 תאגידי ביטוח שולטים ב-96% משוק ביטוחי החיים והבריאות ובנוסף הם שולטים בקופות הפנסיה וקופות הגמל. תאגידי ביטוח אלה נשלטים **כיום** בידי 5 טייקונים הקובעים למעשה את עתיד המבוטחים.

ד. **המבוטח חסר אונים במשא ומתן מול תאגידי הביטוח:** בפועל פוליסות הביטוח זהות, למבוטח אין השפעה על תוכנו של חוזה הביטוח, בחוזה ביטוח לתקופות ארוכות למבוטח אין אפשרות אפקטיבית לפרוש.

ה. **האפשרות של חיתום בדיעבד:** חסר הסבר מה זה "חיתום בדיעבד" הופך את פוליסת הביטוח ללא וודאית עד שנופל על המבוטח אסון ורק אז הוא יודע אם קנה פוליסה אפקטיבית.

ו. **רווחיות גבוהה:** שוק הביטוח (ללא קרנות הפנסיה והגמל) מגלגל 43 מיליארד שקל בשנה. מתוכן מוחזר למבוטח רק כ-50%.

ז. **כוח כלכלי עצום:** תאגידי הביטוח שולטים בנכסי ציבור בסכום של 802 מיליארד ₪. למעלה מ-30% מכלל נכסי הציבור.

### להלן יוצגו מספר הדגשים:

#### כוח כלכלי והחשש לפגיעה בזכויות האזרח

הגישה הרווחת היום בעולם היא שגוף המרכז בידיו כוח כלכלי מסוכן לזכויות האדם לא פחות מהשלטון. הוא משפיע על חיי היום יום של הפרט. הוא משפיע על הליך קבלת החלטות ברשות המחוקקת והמבצעת.

בית המשפט העליון הזהיר בבג"צ השמאים: "השוק החופשי מאפשר למשק הפרטי לצבור כוח כלכלי העלול להשחית. הלקח המר של המדינה המתירנית במאה התשע עשרה: תחת סיסמת חופש חוזים רחב כמעט ללא מעורבות של המדינה

התפתחו עושק ועוול, ניצול, עוני ופיגור עמוק ורחב. דווקא בתנאים של שוק חופשי נדרשת המדינה להגן על חלשים".

### **העדר הגנה אפקטיבית מפני מדיניות תביעות נוקשה**

שני מוסדות מופקדים על הגנת זכויות המבוטחים: המפקח על הביטוח ובתי המשפט האזרחיים.

### **המפקח על הביטוח**

תאגידי הביטוח הם גופים חזקים ומאורגנים. מנוהלים ע"י מקצוענים. מקיימים קשר שוטף עם עובדי הפיקוח. מטבע הדברים מתפתחים יחסי קירבה עם הגופים המפוקחים וקיים חשש לפגיעה בתכלית הפיקוח.

בית המשפט העליון בבג"צ השמאים: ביחסים שבין חברות הביטוח לבין המבוטחים, האחרונים הם החלשים. ציבור המבוטחים אינו מאורגן. הוא אינו מקיים קשר, כציבור, עם המפקח. הצרכים וההשפעה שלו עשויים לבוא לידי ביטוי בדרך עקיפה, כגון, תלונות אישיות, אך הדעת נותנת שאין זו דרך יעילה. התוצאה: המפקח לא שש להפעיל את הכלים שבידיו כדי לעקור משורש תופעות קשות.

### **בתי המשפט**

בתי המשפט טוחנים את הצדק היטב אבל לאט. עבור המבוטח המהירות היא קריטית. לבתי המשפט סמכות להטיל פיצויים עונשיים. הסמכות לא מופעלת כלל. לבתי המשפט סמכות להטיל ריבית מיוחדת, הסמכות מופעלת לעיתים נדירות והיא לא מרתיעה כי אין בה ממש. לכן לתאגידי הביטוח אין תמריץ לעמוד בהתחייבויותיהם. הם אומרים לעצמם: לכל היותר נשלם בסוף המשפט מה שהיינו צריכים לשלם מלכתחילה. בינתיים או שהסוס ימות או שהפריץ ימות. מה זה חשוב שהמבוטח שילם לנו כדי שבעת אסון יוכל לשקם את עצמו מידידת?

### **בעת קרות מקרה הביטוח**

בקרות מקרה הביטוח המבוטח נאלץ להתמודד עם אסונו: מוות מחלה, נכות, מצב סיעודי. המבוטח מקווה שאותו תאגיד ביטוח שבמשך שנים שילם לו פרמיות יסייע לו להשתקם. אלא שאז הוא מגלה שעליו להתמודד עם:

פערי מידע לגבי מועדים (תקופת התיישנות קצרה של 3 שנים), זכויות ועוד.

התדיינות מתישות וארוכות.

מומחים רפואיים ושיקומיים, אחיות ציבוריות ועוד. מנגנוני סילוק תביעות מתוחכמים המנסים להכשילו. כוחות נפש לסבול השפלות, למשל אלמנה שנאלצת להתמודד עם השאלה אם היא אטרקטיבית וסיכוייה להינשא גדולים. שוקת שבורה: ביטוח מרוקן תוכן נוסחים מפולפלים, חריגים, אותיות קטנות. כסף לאגרות, שכר מומחים, עורכי דין ועוד. קשיי הוכחה, במיוחד במקרי מוות. הסכנה שיידבק בו כתם המרמה. ולא רשמנו אלא על מקצת מהקשיים.

### נציג מספר דוגמאות מהפסיקה

מבוטח רכש כיסוי להתקף לב אולם מגלה בדיעבד כי הגדרות המחלה בפוליסה שונות מההגדרות המקובלות ברפואה:

#### ת"א 1782/08 יוסף לנמן נ' הפניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ

מבוטח בביטוח בריאות אובחן בבית החולים כי עבר התקף לב: אוטם חריף בשריר הלב. חברת הביטוח דחתה את דרישתו לקבלת תגמולי ביטוח בטענה שעל פי תנאי הפוליסה, צריך שיתקיימו שלושת הקריטריונים הבאים גם יחד:

1. כאבי חזה אופייניים.
2. שינויים חדים ב- א.ק.ג המלווים בהופעת גל Q.
3. עלייה בערכי אנזימי הלב בדם מול ערכי התקן.

חברת הביטוח טענה כי מבדיקת המסמכים הרפואיים של המבוטח, אין כל ציון על שינויים בא.ק.ג המלווים בהופעת גלי Q. מומחה בית המשפט קבע באופן חד משמעי כי המבוטח לקה באוטם שריר הלב. המומחה הוסיף בחוות דעתו:

*"רוב הלוקים באוטם שריר הלב על פי אמות המידה הרפואיות המקובלות כיום לא יהיו זכאים לקבל את דמי הביטוח. המושג 'זיזי Q' נהיר אך ורק לאנשי המקצוע, ומבוטחי הביטוח המשלים אינם מודעים כלל לכך, כי ביום פקודה לא יוכלו לממש את זכאותם, המוכחת מן הבחינה הרפואית".*

בית המשפט קבע כי המבוטח, שעבר אוטם שריר לבבי, במובן הרפואי, זכאי לקבלת תגמולים על פי הפוליסה, למרות העדרם של גלי Q.

**ע"א 9825-03-10 כלל חברה לביטוח בע"מ נ' מזרחי ואח'**

המבוטח לקה בהתקף לב ועבר ניתוח מעקפים. חברת הביטוח: לא די בסתם התקף לב. על פי ההגדרה של הפוליסה להתקף לב צריך להוכיח כי בעת התקף הלב היו כאבי חזה, שינויים חדשים בא.ק.ג. ועליה של רמת האנזימים בשריר הלב עד לערכים פתולוגיים.

שופטת בית משפט השלום: אין זה מתקבל על הדעת ואין זה הגון כי מבוטח חולה לב, העובר ניתוח מעקפים, לא יקבל את סכום הביטוח לו ציפה בעת התקף לב. בית המשפט המחוזי: כאשר לא מתקיימים המדדים בפוליסה להתקף לב אין תגמולי ביטוח.

**ת"א 2701-06 פרנקו נ' איילון חברה לביטוח בע"מ**

המבוטחת לקתה בגידול במוח. הייתה לה פוליסת בריאות עם כיסוי לגידול שפיר במוח מסכן חיים. בכיסוי היו חריגים: ציסטות, גרנולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים, המטומות, גידולי יותרת המוח וקרומי המוח. חברת הביטוח סירבה לשלם בטענה שהגידול מצוי בתוך החריג. המומחה הרפואי: *"החריגים מרוקנים מתוכן את הכיסוי, מהכיסוי הוצאו כל המחלות הנובעות מגידול שפיר במוח מסכן חיים"*. בית המשפט: אפילו אישור המפקח לא מכשיר ניסוח מרוקן מתוכן.

**נספח ב'****דוגמאות לחוזרים והנחיות מטעם גורמים מסדירים שעניינם הגנה על הצרכן****1. רשימת חוזרים של המפקח על הביטוח שעניינן קשור להגנה על הצרכן**

חוזר ביטוח 2001/9 "גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסות לביטוח בריאות".

חוזר ביטוח 2009-1-9 "דיווח שנתי למבוטחים בביטוח בריאות".

חוזר גופים מוסדיים 2011-9-5 "בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור".

חוזר ביטוח 2009-1-10 " מסירת מידע לבעל פוליסה בביטוח קבוצתי".

חוזר ביטוח 2012-1-2 " פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות".

חוזר ביטוח 2007-1-6 " חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים".

**2. שב"ן**

חוזרים של האגף לפיקוח על קופו"ח שעניינם הגנה על הצרכן כוללים בין היתר:

חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופו"ח 16/09 "מידוד תשלומים והחזרים בשב"ן".

חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופו"ח 12/08 "טפסים ומידע בשפה הערבית".

חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופו"ח 07/12 "פרסום העוסק בגיוס מבוטחים לקופות החולים ולשב"ן".

חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופו"ח 9/08 "צירוף תינקות לתוכניות השב"ן".

חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופו"ח 08/12 "פרסום רשימת ההשתתפויות העצמיות וההחזרים עבור ניתוחים המתבצעים במסגרת תוכניות השב"ן".

חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופו"ח 05/11 "ביאור על תוכניות השב"ן במסגרת הדוחות הכספיים של הקופה"

חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופו"ח 15/11 "תשובות לפניות בכתב של מבוטחים".

חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופו"ח 02/09 "פרסום מידע באתרי האינטרנט של קופות החולים על זכויות המבוטחים".

## **תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (תכנית לשירותי בריאות נוספים ושינויים בה)**

### **התשנ"ט-1998, כוללות בין היתר:**

- כללי הצטרפות עמיתים
- פרסום שינויים בתוכנית
- פרטים בדבר מידע לעמית שהצטרף לתוכנית

### **פרסומים באתר משרד הבריאות כוללים בין היתר:**

- דוחות כספיים של הקופות
- ביאור בדוחות הכספיים של הקופות על מגזר השב"ן
- דוח שב"ן שנתי

## **חוברת כללים לתכניות לשירותי בריאות נוספים המפורסמת באתר משרד**

### **הבריאות, כוללת בין היתר:**

- כללי הצטרפות לתכנית השב"ן
- מועדים למתן החזרים כספיים
- שינויים בתכניות שב"ן
- פרסום רשימות בתכניות השב"ן
- קווים מנחים לנוסח טפסי הצטרפות
- הניהול הכספי של תוכנית השב"ן
- הדיווח הכספי של תכנית השב"ן



### נספח ג'

#### ההוצאה לתביעות בשב"ן

עלות תביעות לנפש בכל קופה בשירותים המהווים כ-70% מסך עלות התביעות, לפי מחוזות בשנת 2011.

כללית

עלות תביעות ממוצעת לנפש				
מחוז	בחירת מנתח	ייעוץ (חוות דעת שנייה)	הריון ולידה	רפואת שיניים
אילת	94	70	23	82
דן-פ"ת	140	88	53	55
דרום	118	63	28	68
חיפה	106	79	33	55
ירושלים	315	57	21	52
מרכז	138	71	37	67
צפון	87	68	30	50
שרון-שומרון	169	81	41	56
תל-אביב-יפו	166	105	80	57

מכבי

עלות תביעות ממוצעת לנפש				
מחוז	בחירת מנתח	ייעוץ (חוות דעת שנייה)	הריון ולידה	רפואת שיניים
מחוז צפון	227	33	49	29
מחוז מרכז	244	57	101	40
מחוז ירושלים והשפלה	257	32	58	35
מחוז השרון	290	52	77	42
מחוז הדרום	306	31	44	40

מאוחדת

עלות תביעות ממוצעת לנפש				
מחוז	בחירת מנתח	ייעוץ (חוות דעת שנייה)	הריון ולידה	רפואת שיניים
מחוז צפון והשומרון	79	19	24	8
מחוז מרכז והשרון	113	42	63	12
מחוז יהודה והדרום	130	39	32	14
מחוז ירושלים	434	84	25	11

\* מקור: טופר-חבר טוב ורביד ברזלי, 2011. נתוני נספח א (לאומית לא העבירה מידע).

אחוז התביעות מסך כל התביעות לפי סוג וקופת החולים, 2011

לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית	
43%	54%	48%	34%	ניתוחים ובחירת מנתח
12%	7%	7%	9%	תרופות וחיסונים
10%	11%	8%	17%	חוות דעת שנייה
10%	9%	14%	9%	הריון ולידה
7%	2%	7%	13%	רפואת שיניים
2%	6%	3%	4%	שירותים לילד
0%	1%	2%	1%	ניתוחים וייעוץ בחו"ל
10%	6%	8%	5%	אביזרים רפואיים
3%	1%	2%	4%	רפואה משלימה
3%	1%	1%	3%	שיקום בדיקות וטיפולים
-	2%	-	1%	רפואה אסתטית
0%	0%	0%	0%	נסיעות ופינוי באמבולנס

\* מקור: טופר-חבר טוב ורביד ברזלי, 2011א. איחוד נתונים בעמודים 202-206.

## נספח:

### סקר בנושא: הביטוח המשלים מנקודת ראות של הצרכנים

צוות המחקר: ד"ר ג'ורא קפלן, ד"ר ארנה טל, גב' יעל שחר,

גב' דפנה פולק, גב' אירה גימפלביץ

מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות בע"מ

המחקר מומן על ידי המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות

בסקירה זו יוצגו ממצאי סקר טלפוני המבוסס על מדגם מייצג של אוכלוסיית ישראל הבוגרת (מגיל 21). בניית המדגם ואיסוף הנתונים נערכו על-ידי מכון ב.י. ולוסיל כהן למחקרי דעת קהל באוניברסיטת תל-אביב. הסקר התבצע בחודשים אוקטובר-נובמבר 2011. המרוויינים נשאלו על שיקוליהם בבואם לרכוש שב"ן וציפיותיהם לגבי ביטוח בכלל ולגבי השב"ן בפרט. כמו כן, נשאלו המרוויינים בנוגע לשימוש בפועל בשב"ן ומידת שביעות הרצון מהתמורה שקיבלו בהפעלתו. בנוסף, נבחנה רמת הידע של הציבור על הביטוח המשלים ועל זכויותיו כמבוטח. סה"כ בוצעו 703 ראיונות מלאים המהווים שיעור היענות של 50.3%.

### רכישת שב"ן

84.6% מהמרוויינים דיווחו שיש להם ביטוח משלים. אחוז זה גבוה יותר מהמידע שקיים מתוך הנתונים הלאומיים. בסקר מסוג זה ייתכן שיש דיווח יתר אשר נגרם מהנטייה לרצייה חברתית. ניתן היה לשער שבקרב חסרי השב"ן תמצא קבוצת אוכלוסייה "חזקה" אשר דאגה לבריאותה באופן עצמאי ורכשה לעצמה ביטוחים בשוק הפרטי. אולם, זהו לא המאפיין של קבוצת חסרי השב"ן. הסקר מאמת מידע קיים על המאפיינים הסוציו-אקונומיים החלשים של חסרי השב"ן (רמת השכלה והכנסה נמוכה יותר, שיעור הלא-מועסקים גבוה יותר ושיעור גבוה יותר של מיעוטים). נמצא כי מגמה לרכישת שב"ן הולכת יחד עם הנטייה לרכוש ביטוחים בכלל (ביטוח בריאות פרטי וביטוח דירה). ההבדלים שנצפו בין חברי קופות החולים השונות נשמרים גם תוך פיקוח על יתר המשתנים. שיעור רוכשי השב"ן בקרב האוכלוסייה היהודית גבוה פי 4 מאשר בקרב האוכלוסייה הלא-יהודית. נתון זה נשמר גם בפיקוח על המשתנים הסוציו-אקונומיים, וככל הנראה ישנה השפעה תרבותית על רכישת הביטוח בפרט ועל השימוש בשירותי בריאות בכלל.

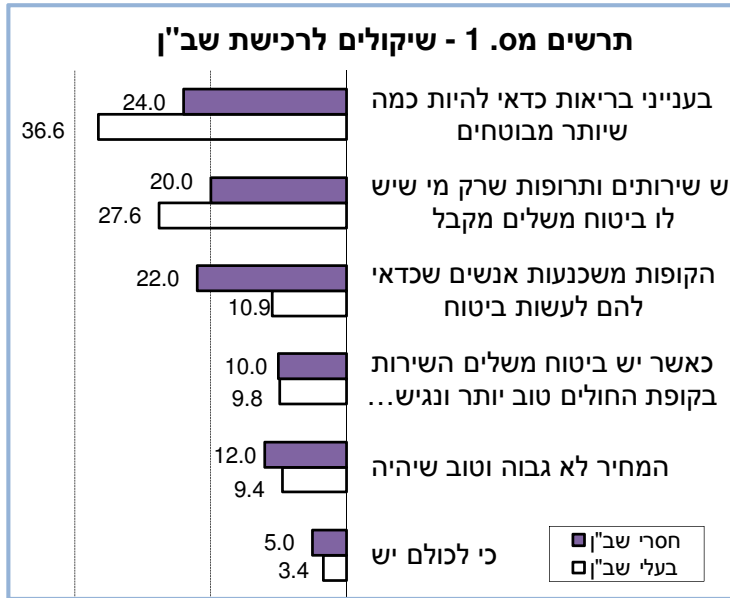
**"כפל ביטוח":** במדגם הנוכחי 42% דיווחו שיש להם גם שב"ן וגם ביטוח בריאות פרטי (49% בקרב בעלי שב"ן).

**לוח מס. 1:** רמה וסוג הכיסוי הביטוחי

סה"כ	N=685 100.0
ביטוח בריאות פרטי בלבד	3.2
שב"ן בלבד	42.8
שב"ן + ביטוח בריאות פרטי	42.6
ביטוח בריאות בסיסי בלבד	11.4
סה"כ ביטוח בריאות פרטי	N=314 100.0
קבוצתי	45.8
אישי	54.2

מעל למחצית מהמבוטחים דיווחו כי רכשו את הרובד הביטוחי הגבוה יותר. ישנם הבדלים משמעותיים בין קופות החולים. הסיבות שצוינו לרכישת הביטוח המשלים מופיעות בתרשים מס. 1.

**תרשים מס. 1: שיקולים לרכישת שב"ן**



חסרי השב"ן חרדים יותר לבריאותם (33% לעומת 18% דיווחו כי הינם חרדים לבריאותם לעיתים קרובות). ניתן לטעון כי מידת החרדה למצב הבריאות יכולה להוות גורם המשפיע על אנשים לרכוש שב"ן. אך מנגד, ייתכן כי החרדה למצב הבריאות הינה תוצאה ולא גורם מסביר. כלומר, אנשים אשר רכשו ביטוח יהיו רגועים יותר בנוגע למצב בריאותם היות ועצם קיום הביטוח יוצר אפקט של "אשליית ביטחון".

**מדדי הידע בנושא השב"ן**

רמת הידע על השב"ן, כפי שציפינו, היא נמוכה. המחקר מאמת תחושה זו באופן אמפירי ומציג תמונה עגומה של הידע בקרב הציבור בפילוח הנתונים על פי שלושה מדדים שנבדקו:

1. תחושת הידע: כשליש מהמרוואיינים במדגם מעריך את רמת הידע על הביטוח המשלים כ-*נמוכה* או *נמוכה מאוד*. תחושת הידע של חסרי שב"ן נמוכה בהרבה מזו של בעלי השב"ן.

2. מבדק על ידע עובדתי: המרואיינים נשאלו לגבי שבעה פריטים ספציפיים האם הם כלולים או לא כלולים בביטוח המשלים, כפי שמוצג בלוח מס' 2. סיכום התשובות הנכונות לשבע השאלות מעיד כי מיעוט מהמרואיינים (7%) ידעו לענות נכון על רוב השאלות, 38% ענו נכון על 4 או 5 שאלות, ו-55% מהנשאלים הצליחו לענות על פחות ממחצית השאלות. ישנה התאמה בין תחושת הידע לבין רמת הידע בפועל אך, אפילו בקרב אלה החשים שהם בעלי רמת ידע גבוהה או גבוהה מאוד, רק 9% ידעו את התשובות הנכונות וכמחציתם ענו נכון על פחות ממחצית השאלות.

**לוח מס. 2:** ידע לגבי פריטים שכלולים או לא בביטוח המשלים (N=703)

לא יודע	בטוח שלא כלול	חושב שלא כלול	חושב שכלול	בטוח שכלול		
11.9	5.7	5.4	19.8	57.2	כלול	<b>התייעצות עם רופא בכיר</b>
30.0	22.2	15.8	17.1	14.9	לא כלול	<b>תרופות לסרטו שלא ממומנות ע"י קופות החולים</b>
24.0	40.3	17.9	8.8	9.0	לא כלול	<b>חדר פרטי בכל בית חולים בישראל</b>
33.7 31.2	11.2 11.6	10.6 11.4	20.0 16.4	24.4 29.3	מכבי לא כלול יתר הקופות כלול	<b>בדיקת קולונוסקופיה וירטואלית</b>
36.9 31.6	13.1 16.8	13.7 10.5	21.9 17.5	14.4 23.6	מכבי לא כלול יתר הקופות כלול	<b>קורס הכנה ללידה</b>
41.4 49.1	16.6 15.9	14.8 11.9	14.2 14.2	13.1 8.8	כללית ולאומית כלול יתר הקופות לא כלול	<b>שיקום דיבור למבוגר</b>
35.0 34.3	21.2 28.6	16.2 13.3	13.8 11.4	13.8 12.4	מכבי כלול יתר הקופות לא כלול	<b>הנחה במכוני כושר שבהסדר</b>

3. ידע על זכויות המבוטח: כלל אוכלוסיית המדגם נשאלה בנוגע לזכויות בסיסיות שיש למבוטח אשר הוגדרו על ידי הרגולטור, כפי שמוצג בלוח מס. 3. סיכום התשובות לארבע השאלות הללו מראה שרק כ-7% ענו נכון על כל השאלות ו-65% ענו נכון על שתי שאלות או פחות. רמת הידע לגבי הזכויות הבסיסיות היתה נמוכה באופן יחסי לרמת הידע לגבי הפריטים הכלולים במסגרת השב"ן.

**לוח מס. 3: ידע לגבי זכויותיו של המבוטח בביטוח המשלים (N=703)**

לא יודע	לא <sup>1</sup>	כן	האם הקופה יכולה/רשאית....
14.1	66.7	19.2	<b>להפסיק את הביטוח מיוזמתה?</b>
18.1	43.5	38.4	<b>להגביל את הביטוח עקב מחלה כרונית?</b>
24.7	37.4	37.8	<b>לא לקבל את המבוטח במעבר מקופה לקופה?</b>
24.7	24.0	51.2	<b>להגביל למספר חודשים את השירותיים שהמבוטח החדש לא יכול לקבל?</b>

1 התשובה הנכונה היא שלילית, פרט לשאלה האחרונה

בנוסף, מעניין לציין, שבעלי הביטוח המשלים נשאלו לגבי הידע שלהם על העלות החודשית שהם משלמים עבור הביטוח המשלים שברשותם. כשליש טענו שהם אינם יודעים. אחוז זה עולה מ-32% בקרב אלה שעשו שימוש בביטוח בשנה האחרונה ל-39% בקרב אלה שלא עשו בו שימוש.

לא נמצא קשר בין תחושת הידע לבין רוב המשתנים. ההבדלים היחידים שנמצאו מובהקים הם עבור משתנה הגיל (בקרב בני 30-64 תחושת הידע הגבוהה ביותר, הצעירים ביותר הם בעלי תחושת הידע הנמוכה ביותר, ובני 65 ומעלה ממוקמים באמצע), ורכישה/אי רכישה של ביטוח בריאות פרטי (תחושת הידע גבוהה יותר בקרב בעלי ביטוח בריאות פרטי).

במבדק הידע בפועל לגבי הפריטים שכלולים או שאינם כלולים בביטוח המשלים נמצאו הבדלים מובהקים בהשתייכות לקופות החולים, בקבוצות גיל (בני +65 יודעים פחות), וברמת ההשכלה (בעלי השכלה נמוכה יודעים פחות).

במבדק הידע על זכויות המבוטח, צעירים הפגינו את רמת הידע הגבוהה ביותר לעומת בני 65 ומעלה שהפגינו את רמת הידע הנמוכה ביותר. כמו כן, נמצא קשר (אמנם לא מובהק) בין רמת הידע לבין בעלות על שב"ן ועל ביטוח פרטי.

העדר ידע לגבי שירותים הכלולים בשב"ן ולגבי זכויותיו של המבוטח, מחד גיסא, מצמצם את ניצול שירותי הבריאות בעת הצורך ומאידיך גיסא, יוצר מצב בו קיימת ציפייה כי שירות מסוים יכלל בביטוח ואכזבה לנוכח אי קבלתו. לדוגמא, תרופות לטיפול בסרטן אינן כלולות בביטוח המשלים אולם, רוב הנשאלים חשבו שהן כלולות או שלא ידעו מה להשיב. ידע כללי על הזכויות למבוטח הוא תנאי בסיסי לניצול מושכל של הביטוח המשלים, והעדר ידע כזה מצמצם את היכולת לנצל את הביטוח באופן הולם ומושכל. מידת הידע על הזכויות והרכב הביטוח מושפעת פחות מהמצופה ממאפיינים סוציו-אקונומיים, ייתכן שהידע מושפע מהתנסויות קודמות, מידע מהסביבה וכדומה. יחד עם זאת, נמצא כי בקרב מבוגרים ובעלי רמת השכלה נמוכה יותר רמת הידע נמוכה עוד יותר מיתר האוכלוסייה.

## השימוש בשב"ן

244 איש מתוך 595 בעלי הביטוח המשלים דיווחו שהפעילו את הביטוח המשלים בשנה האחרונה (41.0%). כמחצית מהמרוואיינים שהפעילו את הביטוח המשלים בשנה האחרונה עשו זאת יותר מפעם אחד (2.8 בממוצע). לדעתנו, יש להתייחס לדיווח על השימוש בשב"ן כמינימאלי. אם בדיווח על אחוז בעלי השב"ן ייתכן והייתה נטייה לדיווח יתר (**Over Reporting**), בדיווח על השימוש במשך שנה ניתן להניח שהנטייה היא לדיווח חסר (**Underreporting**). אמנם, ייתכן שאנשים אשר קבלו שירות במסגרת הביטוח הבסיסי חשבו בטעות שהשירות ניתן להם במסגרת השב"ן אך מנגד, ידוע שלעיתים חלק מהקופות מפעילות את השב"ן ללא מודעות מצד הצרכן. ניתן לאפיין את המבוטחים שהפעילו את הביטוח המשלים בשנה האחרונה. בעיבוד רב-משטני נצפתה עלייה מובהקת בשימוש ככל שרמת ההשכלה עולה, כאשר מצב הבריאות הוגדר כ- 'לא טוב' וכאשר תדירות הביקורים אצל רופא הייתה גבוהה יותר. צעירים מתחת לגיל 40 השתמשו יותר בביטוח, בני 40-64 הפחות משתמשים, ובני 65+ ממוקמים באמצע. אולם, ההבדל זה בין קבוצות הגיל אף הוא איננו מובהק בפיקוח על יתר המשתנים. הקשר המובהק לרמת ההשכלה, מכוון לכך שנדרשים רמת ידע, מודעות ומיומנות גבוהים יותר על מנת לנצל את האפשרויות שמעניק הביטוח המשלים למבוטחיו.



### מטרת השימוש בשב"ן:

השימוש בפעם האחרונה נעשה בעיקר עבור המרואיין או עבור בן/בת הזוג, ורק בחמישית מהמקרים היה זה עבור אחד הילדים. השימוש בביטוח המשלים נעשה למטרות מגוונות כפי שמוצג בלוח מס. 4.

**לוח מס. 4:** לאיזו מטרה הופעל השב"ן בפעם האחרונה

עבור אחד הילדים	עבור המרואיין או בן/בת זוג	סה"כ	
n=51 100.0%	n=174 100.0%	N=244 100.0%	
<b>7.8</b>	<b>20.7</b>	<b>16.8</b>	ניתוח בבי"ח פרטי
(0.0)	2.9	2.0	(צנתור)
<b>35.3</b>	<b>34.5</b>	<b>34.0</b>	<b>דעה רפואית נוספת</b>
<b>21.6</b>	<b>10.3</b>	<b>12.3</b>	<b>שיניים/שיננית</b>
<b>7.8</b>	<b>5.7</b>	<b>6.1</b>	<b>פיזיותרפיה</b>
<b>27.5</b>	<b>28.8</b>	<b>30.7</b>	<b>אחר</b>
7.8	4.6	6.6	תרופות
2.0	7.5	5.7	הריון ולידה
2.0	2.9	2.5	בדיקות שונות
3.9	1.1	2.0	אביזרים
0.0	2.9	2.0	רפואה משלימה
11.8	9.8	11.9	אחר

### השיקולים בהפעלת השב"ן:

השיקולים העיקריים בהפעלת הביטוח עבור ניתוחים היו 'הטיפול שמקבלים טוב יותר' ו-'היכולת להקדים את התור'. שיקולים אלו בלטו גם בהתייעצות עם רופא מומחה בתוספת של שיקול נוסף - 'בקופת החולים לא נותנים שירות כזה'. כאשר מטרת השימוש היתה עבור שיננית/טיפול שיניים השיקול העיקרי היה 'זה כמו ללכת לפרטי רק זול יותר'. ניתוח השיקולים לרכישת השב"ן מדגים כי קיימת ציפייה בציבור שעצם הבעלות על שב"ן עוזרת לקבל שירות טוב יותר גם במסגרת סל שירותי הבריאות הבסיסי. אנחנו רואים בהתייעצות עם רופא מומחה וניתוח בבית

חולים פרטי כביטוי לרצון לבחירת המטפל, אפשרות המוגבלת מאוד במסגרת הביטוח הבסיסי.

### שביעות רצון בהפעלת השב"ן:

כמעט 30% מהאנשים שעשו שימוש בשב"ן בשנה האחרונה הרגישו שבהחלט קבלו תמורה הולמת בהפעלתו, ורק כ-10% מיקמו את עצמם בקצה הנמוך של רצף שביעות הרצון. שביעות הרצון שונה מאוד בהתייחס לסוג השירות שעבורו הופעל הביטוח כפי שמוצג בלוח מס. 5.

**לוח מס. 5 :** שביעות רצון מהתמורה שקיבל המבוטח בהפעלת השב"ן לפי מטרת ההפעלה

רמת שביעות רצון (10=גבוהה)	סה"כ	ניתוח	התייעצות עם רופא מומחה	שינוי/ טיפולי שיניים
מספר המקרים	244	41	83	30
%	100.0	100.0	100.0	100.0
1-4	10.2	2.4	9.6	13.3
5-7	32.4	24.4	34.9	33.3
8-9	24.6	22.0	25.3	33.3
10	29.5	51.2	28.9	16.7
לא ידוע	3.3	0.0	1.2	3.3

### הציפיות מהביטוח הרפואי

לכלל המרואיינים בסקר הוצגה אפשרות היפותטית לפיה ניתנת להם הבחירה אלו שירותים יכללו בביטוח המשלים של קופת החולים. הם התבקשו לסווג את רמת החשיבות שהם מעניקים לכל שירות שהמראיין מציע להם, תוך הדגשה שכל סעיף שיבחרו להכליל ייקר את התשלום החודשי שיצטרכו לשלם. בהמשך נאלצו המרואיינים לבחור מבין השירותים שציינו כי לדעתם "מאוד חשוב" שייכללו בביטוח, מהו השירות החשוב ביותר:

**לוח מס. 6:** השירות החשוב ביותר שהיו בוחרים לכלול בביטוח המשלים לפי בעלי וחסרי שב"ן

אין שב"ן	יש שב"ן	כל המדגם	
100	595	1703	סה"כ
100.0	100.0	100.0	
22.0	31.8	30.2	<b>בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות</b>
14.0	12.8	13.1	<b>טיפול שיקום לאחר אירוע לב</b>
9.0	10.3	10.0	<b>אשפוז במחלקה סיעודית לקשישים</b>
7.0	8.6	8.4	<b>בחירת מנתח</b>
6.0	6.5	6.4	<b>בדיקות הריון וטיפול פוריות</b>
12.0	5.5	6.4	<b>טיפול שיניים</b>
5.0	6.2	6.3	<b>טיפולים להתפתחות הילד</b>
3.0	6.5	6.0	<b>טיפולים וניתוחים בחו"ל</b>
3.0	1.2	1.4	<b>רפואה משלימה</b>
1.0	1.3	1.3	<b>טיפול פסיכולוגי</b>
5.0	0.5	1.1	<b>סדנאות להפסקת עישון, לירידה במשקל ולפעילות גופנית</b>
2.0	0.2	0.4	<b>טיפולים אסטטיים</b>
11.0	8.6	9.1	<b>כולם באותה מידה/ קשה להחליט</b>

1 כלולים בעמודה זו 8 מרואיינים שלא ידוע אם יש להם שב"ן

אוכלוסיית הסקר הייתה בוחרת בעדיפות גבוהה בבדיקות לגילוי מוקדם, שיקום לב, וטיפול סיעודי לקשישים, ציפיות אלה בולטות יותר בקרב בעלי שב"ן. חשוב לציין כי מדובר בשירותי בריאות החשובים גם בעיני אנשי המקצוע ובכירים במערכת הבריאות, ולא מהווים מותרות. לדעתנו, הציבור מבטא כאן את החשיבות שהוא מעניק לתחומים אלה באופן כללי ולכן, כאשר הציבור חש ששירותים אלה לא מכוסים במידה מספיקה בסל הבסיסי, עולה הרצון להבטיח שהשב"ן יספק את הכיסוי המתאים במקום. מעניין כי תחומים אלה הם תחומי שירות רפואי הנמצאים באחריות המדינה ולפיכך, המשקל היחסי שלהם מתוך השירותים שמספקת קופת החולים נמוך יחסית. חסרי שב"ן, לעומת זאת, מייחסים חשיבות נמוכה יותר לתחום הרפואה המונעת ושמים דגש יחסית גבוה לטיפול שיניים.

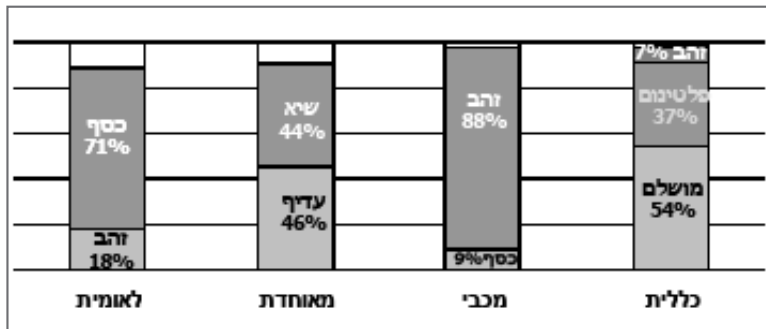
בנוסף, נשאלו כלל המרואיינים באשר להעדפתם בנוגע לאופי הביטוח. נמצא כי קיימת במדגם העדפה ברורה לביטוח בריאות מקיף, גם אם עלותו יקרה יותר, על פני ביטוח עבור "קטסטרופות" בלבד. לגבי האפשרות שעלות התשלום החודשי תתייקר כדי שלא תהיה השתתפות עצמית במקרה שמפעילים את הביטוח, המדגם לא הביע עמדה חד משמעית, רק 41% הביעו נכונות לכך. ככל הנראה, היחס להשתתפות עצמית איננו עומד בפניי עצמו כעמדה כללית, אלא תלוי מאוד בסוג השירות.

## הבדלים בין קופות החולים

נמצאו הבדלים בין קופות החולים באחוז רוכשי השב"ן: 77% בקרב חברי לאומית, 83% בקופת חולים כללית ועד ל-92% במכבי שירותי בריאות ובמאוחדת. הנטייה הגבוהה יותר בקרב חברי מכבי שירותי בריאות ומאוחדת לרכוש שב"ן הינה מובהקת ונשמרת גם תוך פיקוח על יתר המשתנים. כפי שצוין, יש במדגם דיווח יתר על רכישת שב"ן בהשוואה לנתונים הלאומיים אולם פער זה קיים בכל הקופות.

יש להדגיש בהקשר של רכישת השב"ן נושא נוסף והוא רכישה של תכניות שב"ן משודרגות בכל קופות החולים. מעל למחצית מהמבוטחים דיווחו שרכשו את הרובד הביטוחי הגבוה יותר אך, הבדלים משמעותיים נמצאו בין הקופות, כפי שניתן לראות בתרשים מס. 2.

**תרשים מס. 2:** סוג השב"ן לפי קופות חולים



שיעור המדווחים על הפעלת הביטוח בקרב חברי קופת חולים כללית היה גבוה יותר בהשוואה לשיעור בקרב חברי יתר הקופות, ו-38% מהם דיווחו על הפעלת השב"ן 3-8 פעמים במהלך השנה האחרונה (לוח מס. 7). ייתכן שההסבר לכך טמון בנהלי הקופה למשל, הפעלה אוטומטית של השב"ן ע"י המבטח ללא יידוע מפורט של המבוטח. נציין כי בפיקוח על יתר המשתנים ההבדל בין הקופות איננו מובהק סטטיסטית.

**לוח מס. 7: הפעלת השב"ן בשנה האחרונה לפי קופת החולים**

מאוחדת		לאומית		מכבי		כללית		סה"כ <sup>1</sup>		
100.0	61	100.0	44	100.0	148	100.0	334	100.0	595	בעלי שב"ן
60.6	37	63.6	28	65.5	97	56.0	187	59.0	351	לא הופעל בשנה האחרונה <sup>2</sup>
39.3	24	36.4	16	34.5	51	44.0	147	41.0	244	הופעל בשנה האחרונה
	100.0		100.0		100.0		100.0		100.0	מספר הפעמים:
6.5	16.7	15.9	43.7	11.5	33.3	11.1	25.2	11.3	27.5	1
4.9	12.5	4.5	12.5	5.4	15.7	9.0	20.4	7.6	18.4	2
11.5	29.2	6.8	18.7	8.1	15.7	16.8	38.1	13.1	32.0	3-8
16.4	41.7	9.1	25.0	9.5	27.4	7.2	16.3	9.1	22.1	לא זוכר את מס. הפעמים <sup>3</sup>
1.0	3.5	0.5	1.8	0.6	2.2	1.2	3.1	1.0	2.8	ממוצע

- 1 כולל 8 מרואיינים שלא ידוע באיזו קופה הם חברים
- 2 כולל מרואיינים שלא זוכרים האם הפעילו
- 3 לא נכללו בממוצע

נמצאו הבדלים בין הקופות במטרת הפעלת השב"ן כפי שמוצג בלוח מס. 8.

### לוח מס. 8: מטרת הפעלת השב"ן בפעם האחרונה לפי קופות חולים

לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית	
16	24	51	147	<b>הפעילו שב"ן בשנה האחרונה</b>
100.0	100.0	100.0	100.0	
31.2	20.8	17.6	13.6	<b>ניתוח בבי"ח פרטי</b>
50.0	29.2	31.4	34.0	<b>דעה רפואית נוספת</b>
0.0	8.3	9.8	15.6	<b>שיניים/שיננתי</b>
0.0	12.5	11.8	4.1	<b>פיזיותרפיה</b>
18.7	29.2	29.4	32.6	<b>אחר:</b>
6.2	8.3	0.0	8.8	תרופות
6.2	4.2	3.9	6.1	הריון ולידה

## דין

התפשטותו רחבת ההיקף של מימדי הביטוח המשלים במדינת ישראל היא במידה מסוימת תוצר של 'אפקט העדר' המתבטא האמירה: "לכולם יש ולכן כנראה שכדאי שיהיה", כך שרכישת השב"ן הפכה ל"ברירת מחדל". כלומר, אדם צריך לגבש לעצמו דעה מוצקה כדי להחליט שלא לרכוש ביטוח משלים. תרם לכך שיווק מוצלח על ידי הקופות ומחיר סביר שעבור רוב הציבור לא הצדיק השקעת זמן ומאמצים כדי להתעמק בכדאיות רכישתו. בנוסף, פועלים כאן אותם מנגנונים פסיכולוגיים שמניעים אנשים לרכוש כל סוג של ביטוח; מגמות גלובליות של צרכנות היוצרות ציפיות לקבל את הטוב, המתקדם והחדשני ביותר, ולקבל זאת בתנאים נעימים ונוחים כמה שיותר. לכך מצטרפת המגמה לחשיבה ניאוליבראלית שכל אחד צריך לדאוג קודם כל לעצמו, והנטייה לצמצם את סביבת אי-הוודאות המאפיינת כל כך את תחום הבריאות.

רובד אחר שמתווסף לעניין הוא שנוצר מצב של הסלמה. כלומר, אם כמעט לכולם כבר יש שב"ן, אז הפרט מרגיש שהוא צריך יותר ונענה בקלות לשדרוגים השונים של תוכניות השב"ן. אכן, בשנים האחרונות תוספות אלו כבר לא מספיקות והפרט מחפש ביטוחים נוספים בשוק הפרטי.

ישראל הפכה למדינה של ביטוחי בריאות, אחוז האזרחים בעלי ביטוח נוסף לביטוח הבסיסי (שב"ן ו/או ביטוח פרטי) הגיע ל-81% מהאוכלוסייה, מקום שלישי בין ארצות ה-OECD אחרי צרפת והולנד. השב"ן נוצר כתגובה לתחושה שלחלק מהאוכלוסייה יש דרישה לביטוח נוסף מעבר לביטוח הממלכתי. הרציונל היה שביטוח הניתן על ידי אותו גורם שמספק את הסל הבסיסי ונמצא תחת רגולציה חזקה, יהיה זול יותר מביטוח פרטי ועל כן נגיש לסקטור רחב יותר של האוכלוסייה. כמו כן, יבטיח כי ביטוח זה יהיה אכן ביטוח משלים ולא יתחרה עם הביטוח הממלכתי. ביטוח וולונטרי מכל סוג שהוא (שב"ן או פרטי), מעצם טבעו פועל נגד עקרון השוויוניות העומד ביסוד חוק ביטוח בריאות ממלכתי. אולם, לשם איזון, נושא השוויוניות בתוכניות השב"ן בא לידי ביטוי בכך שלא איפשר מתן שירותים חיוניים או שירותים שהאפקטיביות שלהם מוכחת, מתוך רציונל שכל שירות מסוג זה חייב להיכלל בסל הבריאות הבסיסי. כמו כן, ביטוח נוסף המסופק על ידי קופות החולים וביוזמת מערכת הבריאות, אמור לאפשר פיקוח ורגולציה ובכך להבטיח הגנה טובה לצרכן.

רמת הידע של הציבור על השירותים הכלולים במסגרת השב"ן הינה נמוכה ביותר. אין בפועל הבדלים משמעותיים בין תוכניות השב"ן של הקופות השונות, הבדלים אלו הינם שוליים. העדר תחרות אמיתית בין תוכניות השב"ן ניתנת להסבר על ידי שתי סיבות. האחת, שוק השב"ן פעיל למעשה רק על ידי כך שהקופות משדרגות את התוכניות. לכן, התחרות היחידה היא בין תכנית השב"ן הקיימת לתכנית השב"ן המשופרת של אותה הקופה. הסיבות שצוינו לעיל בנוגע לשיקולים לרכישת השב"ן ממשיכות להשפיע על הציבור גם בבואו לשדרג את התוכנית וזאת מבלי להתעמק יתר על המידה בכדאיות הרכישה המשודרגת באופן אישי עבורו. השנייה, תוכנית השב"ן שהציבור יכול לרכוש הינה אחידה לכולם, עובדה אשר יכולה להסביר את 'התנהגות העדר' ברכישה ובשדרוג.

יש לזכור שהשב"ן לא נוצר, כמו הביטוחים הפרטים, על ידי מנגנוני השוק, אלא כיצירה מכוונת של המחוקק כשהכוונה הייתה ליצור שוק שאמור היה להשיג יעדים מסוימים של מדיניות מערכת הבריאות. הציבור התחיל להבין שאחד היתרונות של השב"ן הוא האפשרות של בחירת המטפל, דבר שהביטוח הממלכתי אינו מסוגל לספק והציבור מתחיל להיות מודע לכך. מודעות זו יצרה התפתחות של שוק שהתאפשר אך ורק הודות לביטוח המשלים אשר מעביר נתח הולך וגדל מהפעילות הרפואית (בעיקר התערבויות כירורגיות) לבתי החולים הפרטיים, וזאת רק בגלל תקנון השב"ן.

## משתתפי הכנס

שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי	מייל
1	אליק	אבירם	aviram@israelhpr.health.gov.il
2	גלית	אבישי	galit@emun.org
3	ארנון	אבן-בר	arnon.e1@meuhedet.co.il
4	איציק	אבנד	abend_i@mac.org.il
5	תמיר	אברגיל	tamir.a@meuhedet.co.il
6	רמי	אדוט	rami@acri.org.il
7	רחל	אדטו	radato@knesset.gov.il
8	אלי	אדמוני	yasminsh@clalit.org.il
9	מתן	אונגר	matan.unger@moh.health.gov.il
10	מאיר	אורן	oren@hy.health.gov.il
11	לאוניד	אידלמן	yochi@ima.org.il
12	דנה	אילן-שוורץ	danasch@clalit.org.il
13	דורון	איתן	doronei@migdal.co.il
14	ניסים	אלון	nalon@leumit.co.il
15	אשר	אלחיאני	asher.e@meuhedet.co.il
16	שאול	אמסטרדמסקי	shaul@calcalist.co.il
17	נעמי	אנוך	neomi.e@meuhedet.co.il
18	יאיר	אסרף	yair.asraf@moh.health.gov.il
19	ארנון	אפק	afek@moh.health.gov.il
20	ליאון	אפשטיין	leon@hadassah.org.il
21	נחמן	אש	nachman.ash@moh.health.gov.il
22	יאיר	בירנבאום	ybirnbaum@mac.org.il
23	עמיחי	בירנצוויג	amichai.b@moh.health.gov.il
24	גבי	בן-נון	gabibinnun@gmail.com
25	אילה	בן דהן	ayala.ben-dahan@moh.health.gov.il
26	שמוליק	בן יעקב	itayby@012.net.il
27	רועי	בן משה	roei.b@meuhedet.co.il



שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי	מייל
יעל	בר	משרד הבריאות	yael.bar@moh.health.gov.il
ענת	בר לב	מזלדר בע"מ	anatBL@medleader.co.il
שולי	ברמלי-גרניברג	מכון ברוקדייל	shuli@jdc.org.il
ארז	ברנבוים	צה"ל	erezdoc@zahav.net.il
אבי	ברף	משרד הבריאות	avi.b@moh.health.gov.il
ליאור	ברק	משרד הבריאות	lior.barak@moh.health.gov.il
פרץ	גוזה	שירותי בריאות כללית	guzap@clalit.org.il
רעות	גירש	מכבי שירותי בריאות	girsh_r@mac.org.il
קובי	גלזר	אוניברסיטת תל-אביב	glazer@post.tau.ac.il
רוני	גמזו	משרד הבריאות	mankal@moh.health.gov.il
קרן	גפן	קופת חולים מאוחדת	keren.g2@meuhedet.co.il
איתמר	גרוטו	משרד הבריאות	itamar.grotto@moh.health.gov.il
יונתן	גרין	משרד הבריאות	yonatan.green@moh.health.gov.il
דן	גרניברג	אוניברסיטת בן-גוריון בנגב	dangr@bgu.ac.il
שירה	גרניברג	משרד האוצר	shiragr@mof.gov.il
לי	דגן	משרד האוצר	leec@mof.gov.il
אהוד	דודסון	שירותי בריאות כללית	ehudda@clalit.org.il
נדב	דידוביץ	אוניברסיטת בן-גוריון בנגב	nadavd@bgu.ac.il
שרון	דונסקי	הראל השקעות	sharond@harel-ins.co.il
מיכאל	דור	משרד הבריאות	dor@moh.health.gov.il
חיים	דורון	המכון הלאומי	haimrdoron@gmail.com
שרי	דותן-גרניברג	שירותי בריאות כללית	sarigr@clalit.org.il
אלי	דפס	שירותי בריאות כללית	defes_e@clalit.org.il
חגי	דרור	משרד הבריאות	hagai.dror@moh.health.gov.il
הלל	דשן	שירותי בריאות כללית	hillelde@clalit.org.il
עידו	הדרי	מכבי שירותי בריאות	hadari_i@mac.org.il
מיה	הולצמן	מכבי שירותי בריאות	maya@mac.org.il
שלי	החנוכי	מכבי שירותי בריאות	hachno_sh@mac.org.il
מירה	היבנר-הראל	משרד הבריאות	mali.crazi@moh.health.gov.il
ערן	הכהן	משרד האוצר	eranha@mof.gov.il
יונתן	הלוי	בית חולים שערי צדק	halevy@szmc.org.il

שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי	מייל
ערן	הלפרין	בית חולים בילינסון	eranh@clalit.org.il
דורית	וייס	שירותי בריאות כללית	doritwe@clalit.org.il
יובל	וייס	בית חולים הדסה	yweiss@hadassah.org.il
חניאלה	וילנר	מכבי שירותי בריאות	vilner_h@mac.org.il
נעם	ויצנר	משרד הבריאות	noam.wiezner@moh.health.gov.il
לאה	ופנר	הר"י	lea@ima.org.il
דניאל	ורדי	לאומית שירותי בריאות	dvardy@leumit.co.il
ישעיהו	זילונקה	מכבי שירותי בריאות	zilonka_s@mac.org.il
ענת	זהר	משרד הבריאות	anat.zohar@moh.health.gov.il
ג'ק	חביב	מכון ברוקדייל	jack@jdc.org.il
טוביה	חורב	משרד הבריאות	tuvia.horev@moh.health.gov.il
ציונה	חקלאי	משרד הבריאות	ziona.haklai@moh.health.gov.il
רויטל	טופר-חבר טוב	משרד הבריאות	revital.topper@moh.health.gov.il
ארנה	טל	מרכז רפואי אסף הרופא	ornatal@asaf.health.gov.il
שרית	יופה	לאומית שירותי בריאות	syoffe@leumit.co.il
איל	יעקבסון	משרד הבריאות	eyal.jacobson@moh.health.gov.il
אורית	יעקובסון	מכון מור	oritja@clalit.org.il
אבי	ישראלי	משרד הבריאות	israeli@hadassah.org.il
אלי	כהן	שירותי בריאות כללית	elico@clalit.org.il
גדי	כהן	שירותי בריאות כללית	gadic@clalit.org.il
רפאלה	כהן	ביטוח לאומי	refaela@nioi.gov.il
סלעית	כץ-אפודי	המכון הלאומי	salit@salitpr.com
דפנה	כרמלי	שירותי בריאות כללית	daphnaC@clalit.org.il
בעז	לב	משרד הבריאות	mmancal@moh.health.gov.il
ישי	לב	משרד הבריאות	ishay.lev@moh.health.gov.il
חיים	לבון	משרד הבריאות	haim.lavon@moh.health.gov.il
ברוך	לוברט	משרד האוצר	baruchlu@mof.gov.il
יצחק	לוי	שירותי בריאות כללית	itzhakle@clalit.org.il
זיוה	ליטבק	המכון הלאומי	zival@israelhpr.health.gov.il
רוני	לינדר-גנץ	דה מרקר	ronnyl@haaretz.co.il

שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי	מייל
89	רחלי	מגנזי	אוניברסיטת בר-אילן magnezir@gmail.com
90	דוד	מוסינזון	קופת חולים מאוחדת mossinson@meuhedet.co.il
91	שלמה	מור-יוסף	המכון הלאומי, ביטוח לאומי moryosef@nioi.gov.il
92	דוד	מילגרם	דקלה חברה לביטוח david@icic.co.il
93	ירדן	נבו	שירותי בריאות כללית yardenne@clalit.org.il
94	יעל	נבון	לאומית שירותי בריאות ynavon@leumit.co.il
95	שי	ניב	גולבס shai-n@globes.co.il
96	דודי	ניניו	מכבי שירותי בריאות ninio_d@mac.org.il
97	נורית	ניראל	מכון ברוקדייל nuritn@jdc.org.il
98	נעמי	סיגל	בית חולים הדסה neomisi@hadassah.org.il
99	צחית	סימון תובל	אוניברסיטת בן-גוריון בנגב simont@bgu.ac.il
100	נתן	סמוך	משרד הבריאות natan.samuh@moh.health.gov.il
101	אתי	סממה	משרד הבריאות etti.samama@moh.health.gov.il
102	עוזי	סמני	קופת חולים מאוחדת uzi_s@meuhedet.co.il
103	גילה	סעדיה	מכבי שירותי בריאות saadia_g@mac.org.il
104	רן	סער	מכבי שירותי בריאות saar_r@mac.org.il
105	איתמר	עופר	הרצליה מדיקל סנטר itamar@hmc-ims.com
106	גור	עופר	האוניברסיטה העברית msgur@huji.ac.il
107	יאיר	עמיקם	משרד הבריאות yair.amikam@moh.health.gov.il
108	סיגל	עצמון	מדיקס בע"מ sigala@medix.org.il
109	אבי	פורת	מכבי שירותי בריאות porath_avi@mac.org.il
110	מנחם	פיינרו	האגודה לזכויות החולה mfainar@post.tau.ac.il
111	יוסי	פליסקין	אוניברסיטת בן-גוריון בנגב jpliskin@bgumail.bgu.ac.il
112	נורית	פרידמן	מכבי שירותי בריאות nurit@mac.org.il
113	אמיר	פרידנברג	לאומית שירותי בריאות afriedenberg@leumit.co.il
114	ודים	פרמן	משרד הבריאות vadim.perman@moh.health.gov.il
115	יאיר	צימבליסטה	משרד הבריאות yair.chmbalesta@moh.health.gov.il
116	פנחס	צרויה	בית חולים אסותא pinhast@assuta.com
117	גלית	קאופמן	מכבי שירותי בריאות kaufman_g@mac.org.il
118	ניר	קידר	משרד הבריאות nir.kaidar@moh.health.gov.il

שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי	מייל
רחל	קיי	מכבי שירותי בריאות	kaye_r@mac.org.il
אסי	קליין	משרד האוצר	asik@mof.gov.il
חיים	קליר	משרד עו"ד	office@kalir.co.il
ירון	קלנר	ידיעות אחרונות	yaronkelner@gmail.com
אבי	קלר	דקלה חברה לביטוח	avik@dikla.co.il
אביגדור	קפלן	כלל ביטוח	avigdork@clal-ins.co.il
גיורא	קפלן	מכון גרטנר	giorak@gertner.health.gov.il
ראובן	קפלן	כלל ביטוח	reuvnk@clal-health.co.il
יצחק	קרייס	צה"ל	zucker@012.net.il
אורית	קרמר	מנורה מבטחים ביטוח בע"מ	oritkr@menora.co.il
שלומית	קרפיבקה ליון	משרד הבריאות	shlomit.k@moh.health.gov.il
רון	רגב-כביר	אמון הציבור	ronnen@emun.org
סיגל	רגב-רוזנברג	מרכז רפואי מאיר	sigalre2@clalit.org.il
ברוך	רוזן	מכון ברוקדייל	bruce@jdc.org.il
משה	רוח	מכבי שירותי בריאות	revach_mo@mac.org.il
יהודה	רון	משרד הבריאות	yehuda.ron@moh.health.gov.il
רן	רזניק	ישראל היום	ran.reznik@gmail.com
שמעון	רייפר	משרד הבריאות	shimon.riper@moh.health.gov.il
שפרה	שורץ	אוניברסיטת בן-גוריון בנגב	shvarts@bgu.ac.il
יעל	שחר	מכון גרטנר	yaels@gertner.health.gov.il
עינב	שימרון גרינבוים	משרד הבריאות	einav.shimron@moh.health.gov.il
ורדה	שלו	מכבי שירותי בריאות	shalev_v@mac.org.il
יהושע	שמר	בית חולים אסותא	tovit@assuta.com
עודד	שריג	משרד האוצר	oded@mof.gov.il
מיכאל	שרף	מרכז רפואי סורוקה	michaelsh@clalit.org.il



**המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)**  
The Israel National Institute for Health Policy Research

טל': 03-5303516/7 פקס: 03-5303250  
דוא"ל: [nihp@israelhpr.health.gov.il](mailto:nihp@israelhpr.health.gov.il)

[www.israelhpr.org.il](http://www.israelhpr.org.il)