

## היבטים באסדרה של ביטוחי בריאות ולונטאריים

חומר רקע לוועדת משנה לביטוחים, מטעם הוועדה הציבורית לבחינת דרכים לחיזוק הרפואה הציבורית

ד"ר טוביה חורב, סמנכ"ל בכיר לתכנון אסטרטגי וכלכלי

### פתח דבר,

היקף החדירה של ביטוחי הבריאות בישראל הוא גבוה יחסית. תופעה זו ייחודית למדי בין המדינות, במיוחד על רקע העובדה שמערכת הבריאות הציבורית בישראל הינה אוניברסאלית, מציעה סל שירותים וטכנולוגיות מתקדם ונדיב יחסית למדינות אחרות וזוכה לשבחים ממומחים מחו"ל. הגידול בהוצאה הפרטית, שעיקרה נובע מההוצאה על ביטוחי בריאות וכן החשש מהשפעות שליליות של מערך הביטוח הפרטי על המערכת הציבורית, כמו גם מאפיינים נוכחים של מערך הרגולציה בתחום זה, אכן מצדיקים בחינה מחדש של מערך הביטוחים וכיווני הרגולציה. דווקא לאור האמור לעיל, צריך להיזהר מהצעות שמהוות פתרונות 'מהפכניים' שלא מבוססים על מודלים שנוסו עד כה בישראל ובעולם, אשר עלולים להפוך את מערך הביטוחים בישראל לשדה ניסוי, על גבם של מבטחים. הדבר נכון בהקשר של כל אחד ממערכי הביטוח (שב"ן ומיסחר). במסגרת הוועדה הוצעו עד כה הצעות שלעניות דעתי מסוכנות והנוזק הטמון בהן יכול לעלות על התועלת המקווה. אמחיש זאת באמצעות שלוש דוגמאות:

על פי אחד ההצעות חלוקת השב"ן לשלוש "חבילות" ביטוח נפרדות ובלתי תלויות, שחלקן (כגון חבילת הניתוחים) אחידות וזהות לאלו שיוצרו במערך הביטוח המסחרי. הצעה זו נשמעת אטרקטיבית מהיבט של יכולת השוואת מוצרים והפחתת הסיכון לכפל ביטוח, מאידך סכנות רבות בצידה. במערך הביטוח המסחרי קיימת אפשרות לבצע חיתום רפואי כתנאי כניסה לביטוח הפרטי, דבר שנמנע ובצדק מתוכניות השב"ן. ההצעה הנוכחית תביא לכך שחברות הביטוח תוכלנה להציע מחירים נמוכים יחסית מאחר וביכולתה לסנן מבטחים ולצרף רק אוכלוסייה צעירה ובריאה. בשב"ן תישאר בעיקר אוכלוסייה מבוגרת יחסית ו/או כזו עם תחלואה. גם מבין אלו שכיום חברים בשב"ן ולא יעברו לחברות הביטוח סביר שחלקם לא ירכוש חבילה זו. התוצאה תהא אנטי סלקציה, גידול משמעותי של הפרמיה ופגיעה משמעותית דווקא באוכלוסייה המבוגרת והחולה.

הועלתה טענה כאילו הקופות מסיטות את המבטחים מביצוע ניתוחים במסגרת הסל למסגרת השב"ן כדי 'ליחסוך' בהוצאה על הניתוח במסגרת הסל הבסיסי. על רקע זה הוצע לשנות את מערך התמריצים על ידי הטלת 'קנס' בגובה 15% מההוצאה על ניתוחים, תקציב זה יועבר למימון הסל הבסיסי. צעד זה מעניש למעשה מבטחים על שביקשו למצות את זכויותיהם בשב"ן. על פי חוק, חובתה של תוכנית השב"ן להיות מאוזנת תקציבית. לפיכך, כל הוצאה נוספת של השב"ן תבוטא בהעלאת דמי הביטוח. מבטחי השב"ן ישלמו למעשה מס (רגרסיבי) למימון המערכת הציבורית, נוסף על תשלומיהם השוטפים מכוח החוק (חוק הביטוח הלאומי וחוק ביטוח בריאות ממלכתי). כל זאת, כאמור על בסיס תיזה שכלל לא הוכחה.

הצעה נוספת שעלתה הינה הנהגת פוליסה קבוצתית אחת, לאומית, באמצעות חברות ביטוח ובאחריות המדינה כבעלת פוליסה. לא ברור מדוע מועלית הצעה שכזו דווקא בהקשר לבחירת מנתח או הוצאות רפואיות אחרות. סל השירותים הרפואיים בישראל רחב ולמבטחים יכולת לקבל את השירות בצורה טובה במערכת הציבורית. האם יש כאן הצהרה של המדינה שהמערכת הציבורית אינה יעילה ואינה מספקת ולכן מזמינה מבטחים לעקוף אותה? האם מבחינת סדרי עדיפויות לאומיים חושבת המדינה שבחירת מנתח הוא הנושא המצדיק פוליסה לאומית? ואם אכן כך, האם דווקא באמצעות חברת ביטוח ולא גוף אחר – חל"צ או שב"ן? מוזר אגב שנושא זה לא עלה בוועדה בהקשר למערכות חברתיות בהן המימון והשירות הציבורי המוצע כסל בסיסי הוא דל יחסית והביטוח המסחרי נדרש יותר – לדוגמא בביטוחי סיעוד, ביטוחי שיניים למבוגרים וכדו'. הדוגמאות שהוצגו לעיל ממחישות לעניות דעתי הלך רוח מסוכן שדוגל בפתרונות מהפכניים לא מבוססים ולא עקביים, בלתי הפיכים, שסכנות רבות בצידן. אלו לדעתי, עולות על התועלות אותן מקווים להשיג באמצעותן.

במסמך המצורף בזאת, בכוונתי לדון במספר שאלות יסוד ולהציע פתרונות המשלבים מספר מוגבל של צעדי מאקרו עם מספר רב יחסית של צעדים ברמה התפעולית אשר מתמודדים עם תופעות שליליות הקיימות כיום במערכי הביטוח השונים ומצמצמים את האפשרות להשפעות שליליות של מערך זה על המערכת הציבורית.

אין ספק שהמערכת הנוכחית מצריכה שינויים משמעותיים ברגולציה, אלה צריכים להתבצע תחיה תוך הטיית הרגולציה הקיימת למידה רבה יותר של שיתוף פעולה ושינוי כיוון מהותי, כפי שיוסבר בהמשכו של מסמך זה. כל זאת. תוך מזעור סיכונים ויכולת לחזור צעד אחורה אם וכאשר יסתבר שהכיוון מוטעה.

מסמך זה מצטרף ומשלים את האמור במסמך קודם שהועבר לוועדה, כמסמך משותף לסמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושב"ן ולח"מ.

### רקע כללי

כבסיס לניתוח של מערך הביטוחים הוולונטאריים, תוכניות השב"ן המוצעות למבוטחי קופות החולים ומערך ביטוח הבריאות המסחרי, ואת השפעותיהם על מערכת הבריאות הציבורית, חשוב להגדיר את הבעיות העיקריות המאפיינות כיום מערך זה ולקבוע עמדה לגביהן. אם נדלג על שלב זה נמצא עצמנו מטפלים רק בסימפטומים, המשקפים בעיה עמוקה יותר.

ניתן לחלק את המאפיינים המחייבים התייחסות וקביעת עמדה ל- 3 קבוצות עיקריות:

1. שוק ביטוח וולונטארי, הבנוי משני מערכים, המספקים שירותים חופפים, הפועלים לפי כללי פעילות שאינם אחידים - מבלי שהתקבלה מדיניות ברורה ברמת מאקרו בשאלות כגון:
  - א. האם ומדוע חשוב לקיים שני מערכי ביטוח מקבילים (שב"ן וביטוח מסחרי)
  - ב. אם להותיר מצב זה בעינו
  - (1) האם לקיים תחרות ביניהם
  - (2) היכן תתקיים התחרות, לפי אילו כללים
  - (3) מה יהיו המאפיינים של כל מערך
2. קיומם של שני רגולטורים – גם כאשר מוגדרת מדיניות המצדיקה קיומם של שני מערכים מקבילים, האם הם צריכים להתנהל בידי רגולטורים שונים? אקדים ואומר שדעתי בעניין זה חיובית, בכפוף לתאום ושיתוף פעולה ביניהם בנושאים שהוגדרו לעיל ואחרים.
3. מהי הדרך להבטחת אסדרה נאותה של הממשק שבין מערך הביטוח הוולונטארי לבין מערכת הבריאות הציבורית לשם שמירה על יציבותה וחוסנה

כאמור, מצבים אלה מייצרים מוקדים של אי יעילות ותופעות אחרות שלעיתים ניתן להתייחס אליהן כאל סימפטומים המבטאים שיקוף של בעיה בסיסית יותר שאי נקיטת עמדה לגביה והתעלמות ממנה עלולים ליצור מצב בו הפתרונות יתייחסו רק לחלק מהבעיה, הם לא יהיו עקביים, ויתכן שגם אם חלק מהתסמינים ייעלמו או יצטמצמו, כתוצאה מהתערבות מסוימת, עלולים להופיע אחרים במקומם.

דוגמאות לתסמינים שנובעים מהמצב נוכחי: קשיים בהגנה על הצרכן; כפל ביטוח; חוסר מידע (לצרכן ולמקבלי החלטות); גידול ביקושים (moral hazard) לשירותים במערכות פרטיות וללא תוספת מוכחת במונחי בריאות או ביטחון; פגיעה במערכת הציבורית; הוצאה גבוהה והולכת של משקי הבית על ביטוחי בריאות; פיצול סמכויות בין רגולטורים וקשיים באכיפת מדיניות; נותני שירות המצויים בניגוד עניינים; צרכנים מבולבלים; כללים המקנים יתרון מובנה למבטח אחד על חשבון השני; אפשרות לקשר, בעל משמעות שלילית, בין קופה למבטח מסחרי, וכדו'.

חלק מהתסמינים מתייחסים להשפעה של מערך הביטוחים על המערכת הציבורית והחשש מפגיעה בה, וחלקם האחר נוגע לסוגיות של הגנה על הצרכן במערך הביטוחים, ומגמת הגידול בהוצאה הפרטית על שירותי בריאות ואכן בבסיס המדיניות הנבחרת צריכה לעמוד השאיפה לשמר את מעמדם של נושאים אלה כיעדי-על של ההתערבויות.

אין ספק שכל מודל או פתרון עליו נצביע צריך יהיה להתמודד עם גם תסמינים אלה, אולם עדיף שזה ייעשה לאחר שננקטה עמדה בשאלות היסוד והובהרה שהוא אכן תורם לשימור היעדים שהוזכרו לעיל.

אקדים ואומר, נסיבות היסטוריות ומהותיות מקשות לאמץ בישראל מודל "טהור" שאינו נוגע באילוצים, אולם חשוב שנדע לזהות מהו הכיוון המרכזי אליו ברצוננו להגיע ומהם האילוצים עמם עלינו להתמודד שעלולים להסיטנו מהדרך. בסוגיות אלה בכוונתי לעסוק במהלך הצגת הדברים.

הנחות יסוד בהגדרת מודל הפעלה של מערך הביטוחים הוולונטארים :

- (1) המודל צריך להגדיר את בעיות היסוד ולהתייחס אליהן
- (2) הטפול בסימפטומים אמור להיות מותאם לראציונל הבסיסי המתמודד עם בעיות היסוד
- (3) השינוי אמור להיות מידתי, ישים ומאוזן
- (4) המודל אמור להביא בחשבון את אי הוודאות הנובעת ממגבלות התקציב הציבורי (תרופות מצילות חיים)
- (5) כל פתרון בהיבט של אסדרת מערך הביטוחים הוולונטארים צריך להיות מלווה בצעדים ממשיים, במימון המדינה, לחיזוק התשתיות והמימון של המערכת הציבורית

### עקרונות העומדים בבסיס המודל המוצע:

האסדרה של תוכניות השב"ן מתבצעת באחריות משרד הבריאות. האחריות לאספקה של הסל הבסיסי והשב"ן היא על הקופות, שהינם גופים שלא למטרת רווח. החקיקה הייעודית מכוחה פועלות תוכניות אלה היא חוק ביטוח בריאות ממלכתי (סעיף 10) והתקנות שיצאו מכוחו. הערכאה השיפוטית כאן כמו גם בסל הבסיסי, היא ביה"ד לעבודה (שהפסיקה במסגרתו נושאת מאפיינים סוציאליים).

ביטוח הבריאות המסחרי פועל על בסיס עסקי טהור, היינו, הוא פועל למטרת השאת רווחים. הרגולציה מבוצעת על ידי הממונה על שוק ההון, הביטוח והחיסכון במשרד האוצר. הרגולציה מתבססת על חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) תשמ"א 1981 וחוק חוזה הביטוח תשמ"א 1981 ותקנות שיצאו מכוחם של חוקים אלה. הערכאה השיפוטית המטפלת בתביעות – היא בית משפט השלום/מחוזי.

המבנה האמור משקף לעניות דעתי, הגיון הנובע מיעדים שונים של כל אחד מהמערכים. הייעוד העיקרי של השב"ן הוא להבטיח נגישות נאותה לשירותי בריאות חיוניים (דוגמאות יוצגו להלן) שלא מצאו את מקומם בסל הבסיסי, וכן שירותי מניעה. כל זאת, באמצעות תוכנית מאוזנת ונגישה. שמירה על תוכנית מאוזנת ומגישה מחייבת בין היתר איגום סיכונים באמצעות שיתוף מספר גבוה ככל הניתן של מבוטחים, ברמות סיכון שונות. על כך נרחיב בהמשך. כל זאת, בהיתן מגבלות התקציב הציבורי.

הייעוד העיקרי של ביטוח הבריאות המסחרי הוא מתן מענה לביקושים, בדגש על הקניית ביטחון כספי למבוטח במקרים עתידיים של קטסטרופות רפואיות (למימון ההוצאות רפואיות כבדות).

המבנה של כל אחד ממערכי ביטוח אלה אמור להיות מותאם ליעדיו העיקריים, הן מבחינת סל השירותים (כיסויים ביטוחיים), והן מבחינת כללי הפעילות. אכן, כל עוד כל מערך מותאם ליעדיו יש הגיון הן בעבודה ע בסיס פלטפורמות משפטיות שונות ואחריות של רגולטורים שונים. השב"ן כמעין סל נוסף שכדי להגישו למרב המבוטחים ללא הבדלי גיל ומצב בריאות, והרצון לספק קרוב ככל הניתן לערכים העומדים בבסיסו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הוא הוכלל כחלק מחוק זה הוחלו עליו כללים של ערבות הדדית ועקרונות נוספים העומדים בבסיסו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

כל אלה לא חלים על המערך המסחרי הפועל למטרות רווח על בסיס עקרונות אחרים, ואינו מחייב חקיקה סוציאלית.

אם כך, לאור העובדה שהיעדים שונים וכללי הפעילות, לרבות הבסיס המשפטי שונה, יש מקום אכן גם לרגולציה בידי רגולטורים שונים.

עם זאת חשוב להדגיש קיומן של שתי מערכות נפרדות מוצדק כל עוד נשמרות התכליות השונות והמוצרים הביטוחיים בכל מערכת מותאמים ליעדיהן. ככל שתגבר חפיפה בין מוצרים וכיסויים, ככל שיגבר הטשטוש בין המערכות – יאבד הייחוד של כל אחת מהם, היא תאבד את יתרונה היחסי ותאבד ההצדקה בהמשך קיומם של שני מערכים מקבילים הפועלים לי כללים שונים. אי בידול של המערכות ושימור גופים מקבילים המספקים מוצרים חופפים בכללי אספקה שונים (כגון חיתום רפואי) ייצור אנומאליה ויוביל תופעות כגון אנטי סלקציה ומי שיסבול בסופו של יום הוא המבוטח המבוגר והחלש.

על בסיס האמור לעיל יש צורך לבדל כל אחת מהמערכות בהתאם לייעודן, לצמצם ככל הניתן כפילויות בהיצע המוצרים, לוודא שכל אחת מהן ממוקדת בהשגת מטרותיה ביעילות וכי היא פועלת בהוגנות כלפי המערכת האחרת וכן מול המערכת הציבורית. האם צריכה להתקיים תחרות ביניהם?

לאור הכללים השונים והמוצרים השונים - ככלל – לא. במקום בו תמשיך להתקיים חפיפה שתגרור גם תחרות, היא צריכה להיות מנוהלת ועל בסיס הוגן – תוך מעורבות משותפת של שני הרגולטורים במגמה לוודא שהתחרות אינה מביאה לתופעות הפוגעות בסופו של יום בחלק מהצרכנים ו/או במערכת הציבורית.

## מאפיינים של מערך הביטוחים

### הכיסויים בביטוח מסחרי

מעריך הרגולציה והתמריצים יכוונו את הביטוח המסחרי להציע בעיקר כדלקמן: פיצוי כספי; כיסוי קטסטרופות; פוליסות משדרגות שב"ן (הגדלת מיכסות, ספקים פרטיים שלא בהסכם עם השב"ן, הגדלת גובה ההחזר ובלבד שהמבוטח יישא בכל מקרה בשיעור מסוים שייקבע מעלות השירות)<sup>1</sup>; וסיעוד.

אשר לפוליסות מהשקל הראשון - טובת הצרכן דורשת עידוד השיווק של פוליסות משדרגות שב"ן. עלותן אמורה להיות נמוכה יחסית והן משלימות מוצר שבדרי"כ כבר נמצא כבר בידיו (השב"ן). מנגד, פוליסות המבטיחות שיפוי מהשקל הראשון – חופפת פעמים רבות שירותים הכלולים בשב"ן - דבר שגורם לבלבול בקרב מבוטחים, גורם להם לשלם דמי ביטוח כפולים על אותו מוצר ומקנה יתרון בלתי הוגן למבטח המסחרי. לא נכון לאסור שיווק של פוליסות אלה מאחר ויתכן שיהיו מבוטחים שיירכשו אותן ולא את השב"ן. לאור זאת, מוצע מצד אחד לעודד שיווק של פוליסות משדרגות שב"ן (לדוגמה תמחור ריאלי ונמוך יותר מאשר כיום והורדת הפרמיות) ומאידך הקפדת יתר בכל הקשר לפוליסות מהשקל הראשון – כגון הצבת רף גבוה של מחויבות לצרכן והוגנת, כגון רמת המידע שיועבר לצרכן בעת הרכישה<sup>2</sup>, קביעת (LR) Loss ratio גבוה יחסית, מימון ניתוח המשכי המבצע בבי"ח ציבורי בתוך 14 יום, וקביעת כללי שיבוב עם השב"ן<sup>3</sup>.

כתבי השירות המוצעים כיום במסגרת חלק הפוליסות המסחריות מציעים שירותים שונים שחלקם דומים במהותם לשירותים שהקופה נותנת במסגרת הסל הבסיסי ולעיתים אף מסופקים באמצעות נותן שירות ציבורי (בי"ח, קופה). הם אינם שירותי ביטוחי במהותו ולמעשה הם אינם חלק מהפוליסות (אין מחויבות של חברת הביטוח לספקם כמו כלפי שירותים הכלולים בפוליסה). ביטוח הבריאות הוא מוצר מורכב ביותר, שונה ממוצרי ביטוח אחרים, ואין צורך להפכו למורכב עוד יותר באמצעות מוצרים שעלולים להטעות מבוטחים. מוצע לפיכך לאסור בביטוחי הבריאות הכללת כתבי כיסוי בפוליסות, ללא קשר לשאלה אם נותן השירות הוא ציבורי אם לאו.

כפי שהובהר לעיל קיים צורך לבדל ככל הניתן בין שני מערכי הביטוח ולכן צריך להגביל חברות ביטוח ממכירת מוצרים שאינם ברי-ביטוח ו/או כאלה שמהווים אספקת שירותי בריאות שכיחים ושוטפים, דוגמת קופת חולים. הרחבת עיסוק חברת הביטוח לכיוונים אלה הופכת אותה בהדרגה למעין "קופת חולים עסקית" הפועלת למטרות רווח ועל בסיס אפשרויות חיתום וסלקציה של מבוטחים. בידול המערכות והמודל הקיים כיום בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מחייב ערנות מצד הרגולטורים כדי ש'דה-פקטו' לא נגיע למצב בו גוף מעין זה יתפתח.

### כיסויים בשב"ן

כפי שהוגדר לעיל, מטרה מרכזית שב"ן היא הנגשה של שירותים חיוניים ושירותים אחרים בעלי חשיבות ואשר קיים יתרון יחסי לאספקתם בידי הקופה. כיסויים נוספים יותרו - כל עוד הם משרתים את היעד הנ"ל ו/או תורמים לאיזון האקטוארי המאפשר את אספקת השירותים הנ"ל בצורה יעילה (כגון מסיבות כגון איגום סיכונים ומניעת Adverse selection). עיקרי השינויים שיבוצעו בסל השב"ן תוארו בהרחבה במסמך משותף שהופץ לאחרונה מטעם סמנכ"ל לפיקוח על קופות חולים ושב"ן והח"מ. להלן אוסיף מספר הדגשים.

<sup>1</sup> ראה להלן הרחבה בנושא ההשתתפות העצמית של מבוטחים

<sup>2</sup> להרחבה ראה להלן בפרק הדן בהגנה על הצרכן

<sup>3</sup> להרחבה ראה להלן בפרק הדן בהגנה על הרכן

כדי למקד את סל השב"ן ביעדיו העיקריים ומאידך למנוע טשטוש גבולות עם הסל הבסיסי (כפי שנדרש כאמור לעיל גם מחברות הביטוח) יצומצם סל השב"ן ויוסרו ממנו שירותים כגון חבילות שירות לחולי סרטן מחד ושירותי 'סגנון חיים' וקוסמטיקה, מאידך. האיסור החל על תוכניות השב"ן להציע פיצוי כספי וביטוח סיעוד יישאר בעינו.

יבוצע רה-ארגון בין רבדי השב"ן כך שהשירותים, שדוגמאות להם יפורטו להלן, ירוכזו ברובד הראשון, והאחרים ברובד השני. כפי שנאמר לעיל הרובד השני יצומצם. בהגדרת הכיסויים לפי רבדים יובאו בחשבון גם נסיבות היסטוריות בגינם שירותים מסוימים כלולים בשב"ן והרצון להימנע מפגיעה במבוטחים והסיכוי שהוצאתם של שירותים מסוימים תשמש כמנוף שיווקי בידי חברות ביטוח, תוך בחירה מפלה בין מבוטחים.

בכפוף לאמור לעיל בעניין אופי הכיסויים המותרים בכל רובד, תישמר לכל קופה האוטונומיה לספק סל שירותים בתמהיל ובהיקף המותאם למאפיינים של מבוטחיה, לצרכיהם ולציפיותיהם.

**נגישות:** כדי לפעול לשמירה על פרמיה המאפשרת נגישות סבירה לרובד הראשון, יוקם מנגנון שיגביל ויגדיר את קצב עדכון הפרמיות לאורך השנים. מטעמים של איגום סיכונים וערבות הדדית, ובכדי לשמר את הנגישות לרובד הראשון למירב המבוטחים, החברות ברובד השני תהא מותנית ברובד הראשון.

**מימון:** השב"ן ימשיך להיות ממומן כולו תשלומי המבוטחים; יוקפד גם להבא על 'חומה' שלא אפשר מעבר של כספי סל בסיסי לתוכנית השב"ן. מאידך, השב"ן ישלם תקורות הוגנות וריאליות בגין שירותים ותשתיות של הקופה; שירותי השב"ן ימומנו במלואם מכספי המבוטחים בו, לגבי כל אחד השירותים הכלולים בו, החל 'מהשקל הראשון'. תקציב המיועד לאספקת שירותים במסגרת הסל הציבורי לא יממן שירותים פרטיים – בין כאלה הנצרכים על ידי משקי הבית כהוצאה מלאה מהכיס, ובין כאלה הנצרכים במסגרת השב"ן (חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו מבוסס על עקרון של 'ואוצ'ר').

**הכיסויים:** כאמור, כיסויים ברובד הראשון יכללו שירותים חיוניים שלא מצאו את מקומם בסל או שלא אושרו בהיקף מספיק מכוח הסל, כגון- שירותים מצילי חיים בחו"ל; תרופות מצילות ומאריכות חיים<sup>4</sup>; רפואת שיניים (מניעה, עזרה ראשונה ורפואת שיניים משמרת); הרחבת סל שירותי התפתחות הילד; הרחבת סל הפיזיותרפיה לחולים כרוניים (ומקצועות רפואיים אחרים בהם קיימת בסל הבסיסי מגבלה אדמיניסטרטיבית של מכסת טיפולים); תרופות שאינן בסל<sup>5</sup>; טיפולי IVF; שירותי חירום ושירותי מניעה נבחרים.

מסיבות הקשורות למשמעות שתהא להוצאת בחירת מנתח ושירותי ייעוץ מהרובד הראשון (בין אם מדובר לרובד השני ובין אם הוצאת כליל השב"ן<sup>6</sup>) מומלץ לראות בשירותים אלה כחלק ממכלול השירותים שברובד הראשון, במגבלות שפורטו במסמך המשותף. עם זאת, יש להקפיד שלא להרחיב נושא זה למקצועות נוספים מעבר לקיים כיום, לדוגמא בחירת רופא מרדים.

שמירה על תמהיל השירותים ברובד הראשון לאורך זמן, יתבצע כחלק מההליך המתקיים טרם אישור של כל שינוי בתוכנית. התמהיל יישמר גם בהשפעת קצב האיטי שיוכתב לביצוע שינויים בתוכנית, עקב ההגבלה על קצב הגידול בדמי הביטוח והתעדוף שייגרם בעקבותיו. כמו כן, מומלץ להקפיד על הודעה למבוטחים לפחות של 60 יום מראש לפני כניסה לתוקף של כל כיסוי חדש או שינויים בגובה הפרמיות.

אשר לרובד השני, ייכללו בו שירותים כגון אורתודונטיה, שיקום והשתלות ברפואת שיניים וכן שירותים ליולדת במהלך הריון ולאחריו, אביזרים רפואיים וכן שירותי מניעה ורווחה נוספים שלא נכללו ברובד הראשון.

<sup>4</sup> עם מנגנון לבקרה חוזרת של ההצדקה של טכנולוגיות מסוימות, אחת ל-3 שנים

<sup>5</sup> תוך הקפדה על איסור הכללת כיסוי תרופות מאותה קבוצת פעילות שבסל

<sup>6</sup> לדוגמא, מנוף שיווקי להצטרפות לרובד השני או לחילופין פוליסות של חברות ביטוח מסחריות, בהן קיים סינון של מבוטחים

ייאסר ברובד השני לספק הרחבה/העמקה של שירות שקיים כבר ברובד הראשון (לדוגמא הקטנת השתתפות עצמית בניתוחים, או הגדלת גובה ההחזר); וכן שירותי מותרות מובהקים, לרבות ניתוחים קוסמטיים. ייאסר גם על מתן הנחות למבוטחי השב"ן כימועדון לקוחות'. חלק מהכיסויים הכלולים כיום בשב"ן, שקרובים במהותם לסל הבסיסי כגון 'חבילות לחולי סרטן'. והן שיוקיות בעיקרן אינן חלק ממהות הסל. לפיכך, מומלצת הכללתן בסל הבסיסי. הכללה שכזו לא תחייב לכאורה תוספת תקציב- אלא יותר היערכות ארגונית, של ליווי מקרה וכו'.

מומלץ שכיסוי השתתפות עצמית בגין אשפוז סיעודי מורכב ואחרים שפורטו במסמך המשותף, יועברו לסל הבסיסי (עם תקציב מתאים).

להרחבה נוספת אודות הכיסויים מופנה הקורא למסמך המשותף שהוגש לוועדה.

### נותני השירות

**מנתחים בהסדר** - בכל הקשור לסעיף בחירת מנתח וניתוחים בבתי חולים פרטיים, בשני מערכי הביטוח יוגבל הכיסוי כך שכלל הוא יינתן באמצעות ספקי שירות שבהסדר. דבר זה יסייע בהפחתת תעריפים ובבקרה על איכות הטיפול ושמירה על רציפותו. תינתן אפשרות להחזר רק במספר מצומצם של חריגים (לדוגמא, מומחים בעלי שם מיוחד ותחום התמחות מאוד ספציפי שאינם מוכנים הגיע להסדר או שעלות הכנסתם להסדר גבוהה במיוחד וכן במצבים בהם לא קיים לקופה שירות בזמינות ראויה בפריפריה.

תבוצע בקרה מקצועית הדוקה על ההצדקה בניתוחים בשב"ן, באמצעות יועצי-על של הקופה. הנושא ייבדק בבקורות השוטפות שמבצע משרד הבריאות בקופות.

**יועץ וחוות דעת נוספת בשב"ן** – תבוצע הפרדה בין יועצים הקשורים עם הקופה בהסכם לשירותי סל בסיסי לבין יועצים מכוח השב"ן ויאסר על יועץ הפועל במסגרת הסל לשמש גם ככזה במסגרת השב"ן למבוטחי אותה קופה, כפי שפורט במסמך המשותף.

**בחירה בין נותני שירות** - ייאסר כל שירות ממנו עולה חשש שבאמצעות השב"ן או הביטוח המסחרי יבוצע מעקף (בבטי"ח ובקהילה) של הסדרי בחירה בין נותני שירותים שבסל הציבורי ו/או קיצורי תורים של שירותים שבסל.

### היבטים הנוגעים להגנה על הצרכן

בשתי המערכות (שב"ן ומסחרי) קיימים מנגנונים שנועדו להבטיח הגנה על הצרכן. מאחר ובתחומים מסוימים קיימים קווי דמיון באשר לרמת פגיעותו של הצרכן מומלץ לקיים הליך של למידה משותפת בדבר המנגנונים הקיימים. כך לדוגמא – דרישות הקיימות כיום בכל אחד מהמשרדים בכל הקשור לגילוי נאות, לנוהל טיפול בתביעה וכד', ראוי שייבחנו במשותף ויקויים הליך של למידה הדדית לשיפור המידע לצרכן. מאגר המידע שהוקם לאחרונה על ידי האגף לפיקוח על קופת חולים ושב"ן במשרד הבריאות במסגרתו ניתן לבצע באינטרנט השוואה של כיסויים בין הקופות (ובין השב"נים) יכול לכאורה לשמש גם לצרכים של השוואה בין כיסויים בפוליסות ביטוח.

להלן המלצות בסוגיות הנוגעות להגנה על הצרכן:

### בביטוח המסחרי

(1) החתמת מבוטח על תצהיר 'כפל ביטוח' בדומה לתצהיר עליו לתם מבוטח בעת מעבר בין חברות ביטוח:

א. הצהרה כללית (בכל הצטרפות לפוליסה חדשה) "קבלתי מידע אודות העובדה

שקיימים שירותים חופפים ותתכן אפשרות שהיום או בעתיד ייווצר כפל..."

ב. "אני מודע לקיומו של כפל בין הביטוחים שברשותי... וחתימתי על הצטרפות ל...

בידיעה ומרצוני החופשי..." (במצב בו ידוע לסוכן קיומו של כפל).

(2) מיסוד מקצוע – יועץ ביטוחי בריאות אישי, בלתי מוטה, שאינו קשור לחברת ביטוח (דוגמת יועץ פנסיוני)

- (3) קביעת סטנדרט שירות (כגון שיעור דחיות, משך טיפול ממוצע בתביעה) + קבלת אחריות מקצועית גם ע"י חברת הביטוח
- (4) חובה על היועץ/סוכן להציע מוצר משדרג שב"ן גם בפוליסות קבוצתיות
- (5) הצטרפות פוזיטיבית גם בביטוחים קבוצתיים בהם בעל הפוליסה מממן או מסבסד חלק מהפרמיות
- (6) אכיפת החובה מסירת עותק מהפוליסה הקבוצתית לכל מבוטח (אין להסתפק בתמצית או בדף מידע) וכן בכל מועד חידוש פוליסה

### בשני המערכים (שב"ן וביטוח מסחרי)

- (1) טבלת גילוי נאות כאמור לעיל, בהתאמות הנדרשות<sup>7</sup>
- (2) הגדרות אחידות של מונחים, ומחלות
- (3) **קביעת רף מינימום של שיעורי החזר/LR**, בהתאמה, וכן מנגנון השבה/פיצוי למבוטחים בחריגה מהרף שנקבע
  - א. בשב"ן ובביטוחים קולקטיביים – שיעורי החזר בגובה 85% לפחות
  - ב. בביטוחים פרטיים (אישיים) – 60% לפחות (עם אפשרות להתאמת פרמיות פעם אחת לאורך תקופת הפוליסה)
- (4) **השתתפות עצמית**
  - א. לא יסופקו ניתוחים בהשתתפות עצמית – 0.
  - ב. ייקבע טווח מותר (בתוך רצועת 'מינימום-מקסימום' של השתתפות עצמית בניתוחים). הוא יחייב את המבטחים בשני המערכים.
  - ג. השתתפויות עצמיות ייקבעו כאחוז מהמחיר לצרכן. במקביל, יחויב הרגולטור לוודא שקיים סבסוד משמעותי לשירות (שגובהו יבוטא כאחוז מהעלות למבטח) ולא רק "גלגול של הנחת ספק למבוטח"
  - ד. תוצג טבלת מחירי ייחוס בניתוחים פרטיים נבחרים (כל שנה אחרים)
- (5) פרסום בציבור של סטנדרט שירות מינהלי שייקבע (לדוגמא משך טיפול בתביעה, שיעור דחייה, וכדו') וכן ניטור ושיקוף ההשוואות בין המבטחים בכל אחד מהמערכים (בנפרד)
- (6) יונהגו התאמות בכיסויים ייחודיות למבוטחי פריפריה שעלולים לקבל שירות בזמינות נמוכה (לדוגמא החזר כספי גם כאשר בשאר הארץ נהוג לספק רק שירות באמצעות רופאי הסדר)
- (7) בקרה אחר מניפולציות עם מבוטחים בעת שיווק או במהלך מיצוי זכויות (קנסות)
- (8) איסוף מידע ושיקופו בדו"ח השוואתי, אחת לשנה, לדוגמא:
  - א. שיעור משתמשים בשירות כאחוז מכלל המבוטחים
  - ב. פרסום השוואתי של כיסויים
  - ג. היקף דחיות של תביעות כשיעור מסך כל התביעות, לפי תחומים ולפי סיבות
  - ד. משך טיפול ממוצע בתביעה
  - ה. שיעורי החזר (לפי תחשיב אחיד, עם הסברים)
- (9) הקפאת מצב עד סיום ההתאמה של התוכניות לכללים החדשים + מנגנון עדכון פרמיות (בשב"ן ובקבוצתי) שהוא איטי ומבוקר בתקופה שלאחר מכן.

### סוגיית קו התפר

#### הקשר בין חברת ביטוח מסחרית וקופה

הקשר בין חברת ביטוח מסחרית וקופה נושא ברובו יתרונות מעטים ומולם סיכונים ואתגרים המחייבים משנה זהירות מצד הרגולטור, הן בשמירה על אינטרס של מבוטחים והן בהקשר להגינות המתחייבת בין שני 'מבטחים'.

באותם מקומות בהם תמשיך להתקיים חפיפה של כיסויים בין חברות ביטוח ושב"ן יוסדרו יחסי הגומלין בין חברת ביטוח מסחרית לבין השב"ן כך שיימנע מצב בו חברת הביטוח מטילה את ההוצאה על השב"ן או מפנה מבוטח לקבל שירות בו היא מחויבת לשאת מהשקל הראשון במיצוי זכויות בשב"ן תחילה. בכל מקרה של חפיפה יתאפשר הליך של שיבוב כפי שמקובל מכוח חוק הפיקוח

<sup>7</sup> לרבות הצגת פרמיות לפי קבוצות גיל אחידות שפורמט שייקבע (בשב"נים ובפוליסות קבוצתיות)

על עסקי ביטוח והנוהג הקיים כיום בין שני מבטחים מסחריים (דוגמא לעקרונות אפשריים של שיבוב בין קופה לבין חברה מסחרית – ראה נספח).

קשר הסכמי בין חברת ביטוח מסחרית לקופה נושא ברובו סיכונים ואתגרים המחייבים גם הם משנה זהירות. לדוגמא, המידע המצוי במערכות המידע של קופות החולים מהווה משאב לאומי שיכול להיות רב ערך לחברות ביטוח. נגישות למידע זה או לחילופין יצירת מאגר מידע משותף הנבנה על בסיס היסטוריית התביעות לשב"ן והשימושים של כל אחד ממבוטחי השב"ן עלול להיות מנוצל לשימושים מסחריים ושיווק מפולח של פוליסות מסחריות שונות, בהתאם לרמות סיכון של מבוטחים.

**אשר לקופה כבעלת פוליסה** - בביטוח סיעוד קיים יתרון לקופה כאשר היא משמשת כבעלת פוליסה מסחרית המבהירה למבוטחים את חשיבות הכיסוי הביטוחי האמור, מתאימה פוליסה התואמת את צרכיהם בפרמיה נמוכה יחסית ומייצגת אותם מול המבטח. אכן, קיים הגיון בכך מאחר ולקופה עצמה נאסר לספק ביטוח סיעודי עקב הסיכון האקטוארי ארוך הטווח הגלום בכך. מאידך, הסל בביטוח הסיעוד הציבורי הינו רחוק מכיסוי הצרכים של החולים הסיעודיים ומשפחותיהם ומכאן הצורך במסגרת ביטוחית משלימה, וגורם חזק שייצג את המבוטחים מול חברת הביטוח ויאפשר להם לקבל מוצרים באיכות סבירה ומחיר נגיש. הקופה אכן מתאימה לכך.

המצב המתואר לעיל אינו קיים בביטוחי בריאות (שאינם סיעוד). שם הקופה מספקת בעצמה שירותים משלימים לסל ואין מקום לתפקודה כבעלת פוליסה בביטוחי בריאות. מנגד, תקנות המפקח על הביטוח כיום<sup>8</sup> מאפשרות לכאורה לקופה להציב עצמה כבעלת פוליסה גם בביטוחי (בכפוף לאישור המפקח). הצבת הקופה כבעלת פוליסה גם בביטוחי בריאות קבוצתיים עלולה להכניסה למעגל המשווקים של פוליסות בריאות מסחריות. מעמדה האמין של הקופה בקרב מבוטחיה עלול להצטרף לתמריץ הכלכלי שחברת הביטוח תעמיד לרשותה ולהביא לכך שהקופה תנצל את מעמדה בקרב מבוטחיה ותשווק להם, ביעילות רבה יותר מכל סוכן, ביטוחי הבריאות מסחריים, לא קשר לצרכיהם, דבר זה עלול להקפיץ את היקף מכירת הפוליסות ולהביא לגידול עצום בהוצאה על ביטוחי בריאות, ללא תמורה ממשית למבוטחים ותוך הצבת הקופה בניגוד עניינים. מצב זה אינו רצוי.

לאור כל האמור לעיל, יש לאסור על חברת ביטוח לשמש כמנהלת תביעות בשב"ן, כמשווקת שב"ן, כמי שמקנה הנחה לחברי קופה מסוימת וכדו'. בנוסף יש לאסור על קופה לשמש כבעלת פוליסת בריאות או כמשווקת של ביטוח בריאות מסחרי

מנגד מומלץ להמשיך ולהתיר לקופה לשמש כבעלת פוליסה בסיעוד (ובלבד שתישמר רציפות זכויות במעבר בין קופות (באמצעות יישום עקרון של Portability של הפוליסה המאפשר מוביליות של המבוטח ושמירה על זכויותיו).

קיימים ממדים נוספים לקשר אפשרי בין קפה לבין חברת ביטוח. להלן דוגמאות לנושאים המחייבים העמקה נוספת: הקופה משמשת כיום גם כבעלת פוליסה בביטוחי נסיעות לחו"ל. יש מקום לוודא שמוגדרים בבירור תפקידה ואחריותה בכל אחד מ'כובעיה' והיכן פועל הדבר לטובת המבוטחים (פרמיות? ניהול תביעה?) וכי הרכישה והניהול מקיימים במאגר הממוחשב של חברת הביטוח, ללא קשר למאגר של הקופה; הקופה כנותן שירות – מומלץ לאפשר זאת בתחומים בהם חשוב לעודד נגישות לדוגמא מרפאות שיניים; הקופה כמבטחת – לשקול להמשיך להגביל לתושבי חוץ/תקופת המתנה.

#### הקשר בין ביטוחים וולונטארים לבין הסל הבסיסי

הסל הבסיסי מבוסס על ערכים חברתיים וכללי פעילות המבטיחים שמירה על ערכים אלה ומאידך שמירה על גובה ההוצאה ומניעת ביקושים שאינם חיוניים. זאת, בין היתר באמצעות הנהגת השתתפות עצמית בשירותים מסוימים, הנהגת הסדרים שמחד מאפשרים בחירה למבוטח בין נותני שירות מאידך אינם מחייבים הנהגת חופש פנייה לכל נותן שירות באשר הוא (דבר בעל משמעות הן

<sup>8</sup> תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט 2009



מהיבט כלכלי והן איכות השירות ושמירה על רצף הטיפול). ללא בקרה על דברים אלה יכול מערך הביטוח הוולונטארי לפגוע עקרונות שנקבעו בסל ולעקור מתוכו. לאור זאת, מומלץ כדלקמן:

- (1) איסור כיסוי השתתפויות עצמיות שבסל (בשני המערכים)
- (2) איסור של מעקף להסדרי בחירה שנהוגים בסל הציבורי, אצל ספק ציבורי, באמצעות ביטוח מימון ציבורי לא יועבר למטרות מימון של שירותים פרטיים
- (3) לא יוצר קשר בין ביי"ח ציבורי לבין מבטח, לרבות שב"ן, ללא אישור מקדים של משרד הבריאות. המשרד ישקול את המבוקש תוך בחינת השלכותיו בהיבטים כלל מערכתיים וכן השלכות אפשריות על כלל המטופלים בבית החולים. בכל מקרה לא יאושרו שירותים דוגמת:
- (4) א. מימון לשרות ציבורי הכלול בסל, שניתן לקבל בעדו טופס 17 בכפוף להסדרי בחירה (גם אם ביה"ח לא כלול בהסדרי הבחירה לחלק מהמבוטחים)
- ב. "חבילת שרות" (אבחוני או טיפולי) או "מנוי", בין אם הם כוללים התחייבות למתן השרות בפרק זמן מוגדר, ובין אם לאו, ולמעט בדיקות סקר מנהלים תקופתיות.
- ג. "ניהול מקרה" על ידי רופא או איש צוות
- ד. כל שירות ממנו עלול להיגרם הפליית מבוטחים או פגיעה מערכת הציבורית ועקרונותיה

- (5) תיקבע תקרה כוללת להיקף פעילות במימון פרטי של בית החולים ציבורי, כאחוז מהמחזור, שתגלם בתוכה, בנפרד, שירותים פרטיים לתושבי ישראל ושירותי תיירות רפואית
- (6) השב"ן יעביר לסל הבסיסי תקורות הולמות בשיעור שייקבע (דיפרנציאלי)
- (7) הגבלות על מוצרי ביטוח בחברות המסחריות ומניעת מיסוד 'זוחלי' של חברות/ ביטוח הפועלות כקופה למטרות רווח המספקת סל מקביל לסל הבסיסי לאוכלוסייה מבוססת ובריאה יחסית (חיתום)
- (8) עובדת קיומו של שירות בסל השב"ן לא תשמש את הועדה להרחבת הסל כשיקול לעניין תעדוף שנתי של טכנולוגיות חדשות. במקביל, תיקבע מדיניות רב שנתית להעברת שירותים מהשב"ן לסל, ללא תלות בהמלצות/תיעדוף של ועדת הסל.
- (9) השאלה אם קיימת הסטה מכוונת של שירותים מהציבורי לפרטי – תיבדק באופן שוטף וייקבעו סנקציות שיינקטו במקרה הצורך.

### הממשק בין רגולטורים

לאור העובדה שנמצא במסמך זה שאכן קיים צורך בשני רגולטורים ובשני מערכים נפרדים בביטוח הבריאות, יש הכרח להסדיר את הממשק ביניהם. להלן מספר המלצות הנוגעות עניין זה:

- (1) כדי למזער את החפיפה בין המבוטחים וכן בין המוצרים תבוצע עבודה במסגרתה מוצרי ביטוח חופפים יאופיינו בכל אחד מהמערכים, על ידי הרגולטור המתאים, בהתאם למטרותיו של המערך ויתרונותיו היחסיים למבוטחים. לאחר האפיון הראשוני ינתחו הרגולטורים במשותף את המוצרים לאור האפיון המוצע ויקבעו כיצד ינוהל הממשק בין המערכים
- (2) הגדרת של מונחים רפואיים ונתוני שכיחות/היארעות של אירועים ביטוחיים בריאותיים בפוליסות בהתאמה עם משרד הבריאות
- (3) המשרדים יקיימו קשר שוטף ורציף של הידברות ביניהם
- (4) לכל משרד תישמר הסמכות לפעול עצמאית, בהתאם למיתווה שהוגדר
- (5) תתבצע בחינה שוטפת של התהליכים והמגמות, באמצעות וועדה, כדלקמן:
- הקמת וועדה, בין משרדית, לתאום היבטי מאקרו הנוגעים לאסדרה בביטוחי בריאות והקשר בינם לבין המערכת הציבורית (לאחר יישום עקרונות של מסמך זה)
- א. דיונים, על בסיס קבוע, לפי נושאים ועל בסיס תוכנית שנתית
- ב. משתתפים - שוק ההון, משרד הבריאות
- ג. אחת לחצי שנה, ישיבה משותפת של המפקח על הביטוח ומנכ"ל משרד הבריאות
- (6) סוגיות מהותיות של מדיניות בקו התפר שבין מערכי הביטוח יוצגו ויידונו מעת לעת בגופים סטאטוטוריים המייעצים לשרים בעניינים הרלוונטיים:
- א. במועצת הבריאות, המייעצת לשר הבריאות בתחומים המנויים בסעיף 52 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי
- ב. במועצה המייעצת לשר האוצר ולמפקח על הביטוח (מכח סעיף 6 לחוק הפיקוח על עסקי ביטוח).

(7) לכל בקשה לאישור פוליסה שתופנה לאגף שוק ההון או שינויים בשב"ן שיופנו למשרד הבריאות, יחויב צירוף של נייר עבודה המתייחס לסדרת שאלות מובנות מראש (גנריות) בהקשר למשקים אפשריים של הבקשה עם מערכת הבריאות הציבורית ועם הביטוח הוולונטארי האחר, וכן פירוט של מצבי 'כפלי' אפשרי וצדדים שיינקטו לצמצום השפעה שלילית על המערכת הציבורית ולהגנה על הצרכן

(8) שני הרגולטורים יפעלו לאיסוף מידע החיוני לקבלת החלטות, כל אחד בתחומו. המידע יהיה שקוף לשניהם, בסודיות המסחרית המתבקשת ובמקרה הצורך ללא זיהוי של מבטח ספציפי.

#### סיכום

קיימת הצדקה לקיומם של שני השווקים, כל עוד קיים בידול ביניהם – ביעדים, בערכים שבבסיסם ובהתאם לכך בכללי הפעילות ובתכולת מצריהם. ככל שהדמיון ביניהם יגבר, יגדל הבלבול בקרב צרכנים, יגבר חוסר האזון בין המבטחים ותפחת ההצדקה לקיומם של רגולטורים שונים וכללים שונים.

במסמך זה הוצגו עקרונות של מודל שמבטא את הראציונל בשמירת שני המערכים – תוך שמירה על ייחודיותם ויתרונם היחסי של כל אחד מהם ואת ההכרח והדרך לשת"פ בין הרגולטורים.

הוצגו כללי אסדרה של הממשק בין המערכת הציבורית לוונטאריה וכללי פעילות שמגבירים את היכולת להגן על המערכת הציבורית מפני השפעות שליליות אפשריות של שני המערכים פעילות המתמקדת בביטוחים, עיקרה מתמקד בצדדים המשפיעים בעיקר על היבט אחד של צד הביקושים. במערכת הבריאות קיימת חשיבות רבה לטיפול מקביל בצד ההיצע (כצעד משלים הפועל להגבלת קצב הגידול של היצע המיטות הפרטיות, עקב האפקט האפשרי של provider induced demand).

במקביל להחלטות מדיניות ונקיטת צעדים שמטרתם רה-ארגון של מערך האסדרה בביטוחים הוולונטאריים, מתחייב במקביל לשנות את סדרי העדיפויות הממשלתיים בהקצאת המשאבים למערכת הרפואה הציבורית. מערכת זו העובדת בתקציב חסר חייבת השלמה תקציבית ניכרת והפתרון להפנות את המבטחים למערכות פרטיות ולהישען על מערכות ביטוח פרטיות הוא קל מידי וסכנותיו רבים - לעקרונות הבסיסיים של שוויון, צדק וערבות הדדית וללכידות החברתית בישראל.

נספח א'

דוגמאות לפעילויות מוצעות לפי תופעות המחייבות התערבות

התופעה	הפעילות המוצעת	יעד השינוי
<b>מגבלות הידע של הצרכן</b>	(1) פרסום מידע השוואתי בין מבטחים בכל אחד מהמערכים (כגון בהקשר לכיסויים, שימושים, שיעורי החזר)	שב"ן+ביטוח מסחרי
	(2) יועץ ביטוח אישי	ביטוח מסחרי
	(3) למידה הדדית ועדכון של כל נושא היגילוי נאות' ומידע לצרכן	שב"ן+ביטוח מסחרי
	(4) צמצום כיסויים	שב"ן+ביטוח מסחרי
	(5) הגברת אחריות הרגולטור באישור המוקדם (כנספח)	ביטוח מסחרי
	(6) סטנדרטיזציה של מונחים והגדרות	שב"ן+ביטוח מסחרי
	(7) סטנדרטיזציה של אופן הצגת הפרמיות	שב"ן+ביטוח מסחרי
<b>כפל ביטוח</b>	(1) אפיון המוצרים בין שני המערכים (צמצום החפיפה)	שב"ן+ביטוח מסחרי
	(2) עידוד שיווק פוליסות משדרגות שב"ן	ביטוח מסחרי
	(3) פוליסות פיצוי	ביטוח מסחרי
	(4) שיבוב בין מבטחים (מסחרי ושב"ן)	שב"ן+ביטוח מסחרי
	(5) החתמת מבטח חדש על 'הצהרת מידע בדבר כפל ביטוח' בעת רכישת פוליסות מהשקל הראשון	ביטוח מסחרי
<b>Moral hazard</b>	(1) קביעת חובת השתתפות עצמית בניתוחים	ביטוח מסחרי
	(2) קביעת רף מינימום של השתתפות עצמית	שב"ן+ביטוח מסחרי
	(3) הגבלת ניתוחים לרופאי הסדר	שב"ן+ביטוח מסחרי
	(4) בקרת ניתוחים באמצעות יועצי על	שב"ן+ביטוח מסחרי
	(5) צמצום היצע הכיסויים	שב"ן+ביטוח מסחרי
<b>מניעת השפעות שליליות על המערכת הציבורית</b>	(1) הפרדת ספקים (סל/שב"ן)	שב"ן
	(2) הפרדה תקציבית (שב"ן)	שב"ן
	(3) איסור כיסוי השתתפות עצמית שבסל	שב"ן+ביטוח מסחרי
	(4) איסור הקשר קופה-חברת ביטוח	שב"ן+ביטוח מסחרי
	(5) איסור שיווק כתבי שירות	ביטוח מסחרי
	(6) איסור הסכמים לאספקת שירותים דמויי סל ו/או קיצור תורים ו/או מעקף של הסדרי בחירה באמצעות ביטוח פרטי בהקשר לבתי"ח ציבוריים ושירותי הקופות	שב"ן+ביטוח מסחרי
	(7) קיום טכנולוגיה בשב"ן לא תשמש כשיקול בשאלת תיעדוף טכנולוגיות המועמדות לסל	שב"ן
	(8) רציפות ביטוחית במעבר בין קופות (בביטוחי סיעוד קבוצתי של קופה)	ביטוח מסחרי
	(9) הגבלת כיסויים ומניעת היווצרות "קופה עסקית"	ביטוח מסחרי
	(10) הגבלת ההכנסות משירותים פרטיים כאחוז מהמחזור בבתי"ח ציבוריים מהסכמים ביטוחיים (ותירות מרפא :)	שני צעדים משלימים וחיוניים אך אינם קשורים לשינוי במערך הביטוחים
	(11) מגבלות בהתפתחות היצע תשתית מיטות פרטיות	
<b>מיתון הגידול בהוצאות משק הבית והגידול בשיעור ההוצאה הפרטית מתוך הוצאה הלאומית לבריאות</b>	(1) מעבר למתכונת של רופאי הסדר בכיסויים לניתוחים	שב"ן+ביטוח מסחרי
	(2) הנהגת השתתפויות עצמיות חובה בניתוחים (משמעותיות)	שב"ן+ביטוח מסחרי
	(3) שליטה על היקף ועל קצב הגידול בפרמיות ברובד הראשון	שב"ן
	(4) צמצום כיסויים בשב"ן	שב"ן
	(5) הגברת החדירה של פוליסות משדרגות שב"ן על חשבון פוליסות מהשקל הראשון	ביטוח מסחרי
	(6) ביטול כתבי השירות	ביטוח מסחרי
	(7) צמצום החפיפה בכיסויים וחלוקת החבויות בין המבטחים תביא לצמצום הוצאות והקטנת פרמיות	שב"ן+ביטוח מסחרי
	(8) ההפרדה בין יועצים בסל הבסיסי לבין יועצי שב"ן	שב"ן

<p>חיזוק התמורה לצרכן</p>	1	ריכוז שירותים חיוניים ברובד ראשון והנגשתו	שב"ן
	2	קביעת מנגנון לבקרה ושליטה בקצב גידול פרמיות ברובד הראשון	שב"ן
	3	איגום סיכונים בשב"ן באמצעות גיוון שירותים	שב"ן
	4	קביעת רף LR ושיעורי החזר והשבה/פיצוי למבוטחים	שב"ן+ביטוח מסחרי
		קביעת רף מקסימום של השתתפות עצמית במקרים של הפרה	
	5	קביעת סטנדרט שירות מינהלי ופרסומו	שב"ן+ביטוח מסחרי
	6	פיצוי למבוטחי פריפריה שלא קבלו שירות בזמינות ראויה	שב"ן+ביטוח מסחרי
	7	התאמת תוכנית שב"ן למאפייני המבוטחים, צרכיהם והעדפותיהם	שב"ן
<p>הגנה על לקוח 'שבוי' (בשב"ן)</p>	8	עידוד תחרות על השירות באמצעות פרסום השוואתי שנתי של הישגים מול סטנדרטים שנקבעו	שב"ן+ביטוח מסחרי
	1	חלוקת הכיסויים בין הרבדים בהתאם לייעודם – רובד ראשון שירותים חיוניים	שב"ן
	2	הבטחת נגישות מירבית לרובד ראשון	שב"ן
	3	בקרה הדוקה על הכיסויים שיתווספו לשב"ן (לרבות ניתוח ההשפעה העתידית על הסל הבסיסי, חיוניות וכדו')	שב"ן
	4	הגבלת קצב הגידול בפרמיות	שב"ן
	1	איסור קשר בין חברת ביטוח לשב"ן לניהול תביעות, שיווק וכדו'	שב"ן+ביטוח מסחרי
	2	איסור על קופה לשמש כבעלת פוליסת בריאות מסחרית	קופה
	3	בדיקת קשרים נוספים (כגון קופה כבעלת פוליסת נוסעים לחו"ל; קופה כמבטחת; קופה כנותן שירות חברת ביטוח)	קופה
<p>מניעת ניצול רעה של קשר בין חברת ביטוח לקופה</p>	1	תאום באמצעות וועדה משותפת	
	2	שיתוף תקופתי ברמת מנכ"ל משהב"ר-מפקח על הביטוח	
	3	העלאת נושאי קו התפר לדיון מעת לעת במועצות	
	4	סטאטוטוריות המייעצות לשרים (האוצר והבריאות)	
		שיתופי מידע החיוני לקבלת החלטות ללא זיהוי מבטחים	משהב"ר+אגף שוק ההון
	1	הגברת התאום בין רגולטורים	
	2	שיתוף תקופתי ברמת מנכ"ל משהב"ר-מפקח על הביטוח	
	3	העלאת נושאי קו התפר לדיון מעת לעת במועצות	
	4	סטאטוטוריות המייעצות לשרים (האוצר והבריאות)	
		שיתופי מידע החיוני לקבלת החלטות ללא זיהוי מבטחים	משהב"ר+אגף שוק ההון

#### דוגמאות להשפעות שליליות אפשריות של הביטוחים הוולונטארים על המערכת הציבורית

- משיכת רופאים/תחרות על תשתיות מוגבלות של כ"א מקצועי
- סחרור תעריפים/שכר
- Cherry picking בבי"ח פרטיים מביא לתמהיל של חולים מורכבים יותר בציבוריים ועלויות גבוהות יותר
- רופא יועץ בסל הציבורי המשמש כ'סוכן'
- חשש ממעבר מהתקציב ל הסל הציבורי למימון השב"ן
- חשש מכיסוי ההשתתפויות העצמיות שבסל ועקב כך הגברת ביקושים לשירותי סל
- קשר קופה – חברת ביטוח
  - חשש מניצול בלתי ראוי של משאב לאומי (כגון מערכות מידע)
  - חשש משיווק 'יעיל' של ביטוחים מסחריים באמצעות ניצול מעמדה של קופה
- פגיעה בערכים שבבסיס המערכת הציבורית – כגון שוויוניות בנגישות לשירותי בריאות ציבוריים, חופש המעבר בין קופות וכדו'
- מניעת כניסת טכנולוגית חדשות לסל הבסיסי

**נספח ב'**

**המלצה לכללי התנהגות במצבי כפל ביטוח בגין שירות ביטוחי לו זכאי מבוטח הן בגין פוליסת ביטוח והן במסגרת תוכנית השב"ן**

כאשר יתקיים מצב של כפל ביטוח על מקרה ביטוח זהה בגינו קיימת למבוטח חבות הן מכוח פוליסה מסחרית והן מכוח תוכנית שב"ן, יחולו כללי השיבוב והנוהג המקובלים כיום בין חברות ביטוח בהקשר לחבויות משותפות של חברות ביטוח ושל צדדים אחרים, בהתאם להוראות סעיפים 59 ו-62 לחוק חוזה הביטוח

להלן מתווה מוצע לשיבוב בין המבטחים ולהגדרת זכאות המבוטח :

- (1) כשגמולי הביטוח המוצעים במסגרת חברת הביטוח הם במתכונת פיצוי – אין שיבוב
- (2) כשמדובר בניתוח בגינו שני המבטחים מציעים החזר כספי
  - א. המבוטח מקבל את הסכום המקסימלי משני המבטחים, בהנחה שהוא נמוך מגובה הוצאתו בפועל. כל מבטח ינכה ממנו ההשתתפות העצמית הבסיסית שתיקבע
  - ב. כאשר גובה ההוצאה בפועל נמוך מסכום התגמול המצטבר, המבטחים משתבבים ביניהם
- (3) כשמדובר בניתוח בגינו שני המבטחים מציעים רק מנתחים בהסדר והמבוטח פנה למנתח הקשור בהסכם עם שני המבטחים :
  - א. יבצע את הניתוח אצל אחד מהם על פי בחירתו והמבטח במסגרתו בוצע הטיפול יהיה זכאי לקבלת מחצית מהוצאתו בגין הניתוח
  - ב. למבוטח לא תהא זכות להשלמת הוצאה דרך מנגנון החזר של המבטח השני
- (4) כשמדובר בניתוח עם מנתח שקשור בהסדר עם מבטח אחד והמבטח השני מזכה בהחזר כספי – נוהגים לפי החלטת המבוטח
  - א. אם בחר במנתח שבהסדר – יבצע הניתוח. למבוטח לא תהא לחזור למבטח השני כדי לקבל מימון של ההשתתפות העצמית ששלים.
  - ב. אם בחר בקבלת החזר ממנתח שלא בהסדר יקבל רק את ההחזר מהמבטח המתאים. המבטחים ישתבבו ביניהם בגין ההוצאה על מקרה זה.