



ביטוחי בריאות באמצעות חברות הביטוח בישראל

ועדת משנה לוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית
דצמבר 2013



נתוני רקע כלליים

קבוצת הראל ביטוח ופיננסים

קבוצת הראל ביטוח ופיננסים

☐ התפתחה מסוכנות ביטוח קטנה שהוקמה בשנת 1935

☐ מתאפיינת ברכישות ומיזוגים במהלך השנים

☐ סך פרמיות שהורווחו ודמי הגמולים בשנת 2012 כ- 13.9 מיליארד ש"ח

☐ סך פרמיות שהורווחו ודמי הגמולים בתשעת החודשים הראשונים של שנת 2013 כ- 11.7 מיליארד ₪

☐ הון המיוחס לבעלים של החברה כ- 4.3 מיליארד ש"ח נכון ליום 30 בספטמבר 2013

☐ שווי שוק 4.7 מיליארד ש"ח נכון ליום 14 בנובמבר 2013

☐ מס' 1 בביטוח בריאות

☐ מס' 1 בביטוח כללי

☐ מס' 4 בגמל מבין קבוצות הביטוח

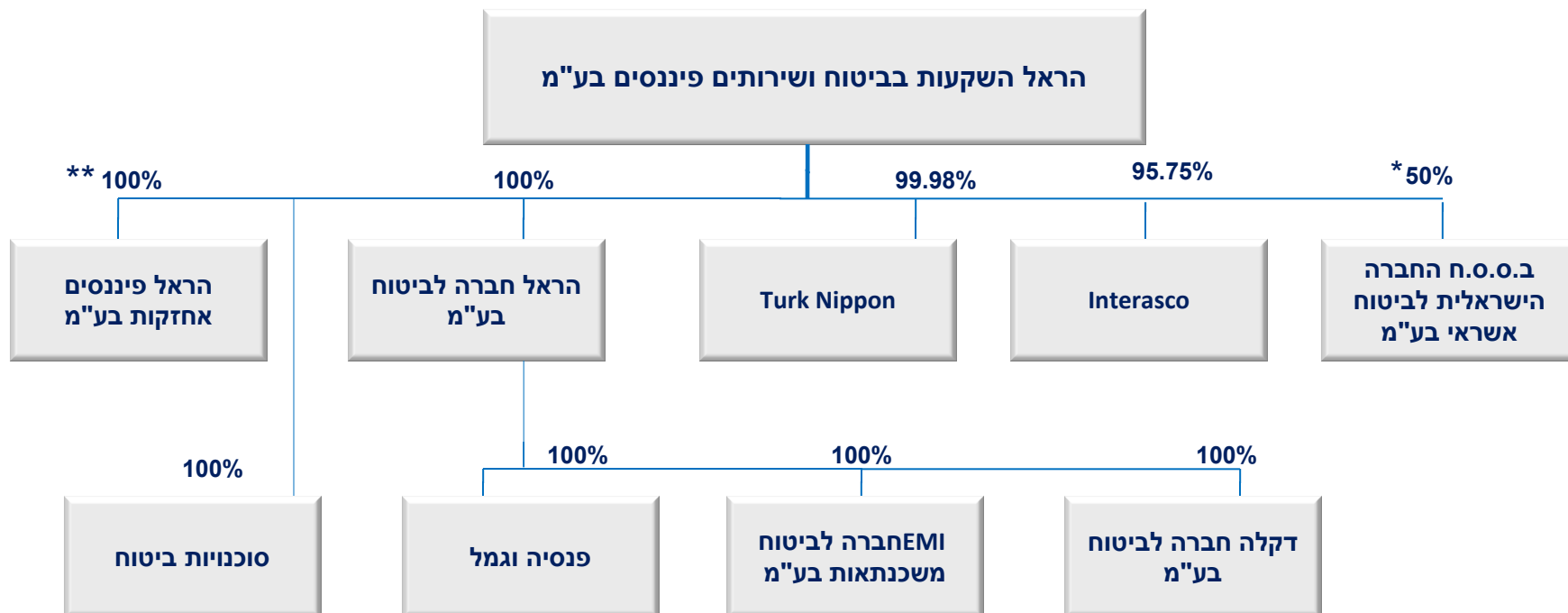
☐ מס' 2 בקרנות נאמנות

☐ מס' 4 בביטוח חיים

☐ מס' 4 בפנסיה

☐ כ- 152.7 מיליארד ש"ח נכסים מנוהלים נכון ליום 30 בספטמבר 2013

קבוצת הראל ביטוח ופיננסים



* ביום 3 ביוני 2013 הושלמה רכישת כ- 17% נוספים ממניות בססח.

** ביום 4 באפריל 2013 הושלמה רכישת כלל ניהול קרנות נאמנות בע"מ ופעילות ניהול התיקים של כלל פיננסים על ידי הראל פיננסים.



ביטוח בריאות

- ☐ מעל 75 שנות ניסיון וידע מצטבר בתחום
- ☐ למעלה מ-10% צמיחה מדי שנה
- ☐ קשרים נרחבים עם מוסדות רפואיים בארץ ובחו"ל
- ☐ מעל ל-3 מיליון מבוטחים
- ☐ תשתית שירות מקצועית ומתקדמת

תועלות ביטוחי הבריאות באמצעות חברות הביטוח

- מהווים מענה לצורך חשוב שקיים בקרב הציבור בישראל (כמו בכל העולם) - הבטחת מקורות מימון למבוטח בקרות אירוע ביטוחי שלדעת המבוטח נחוצים לו בשעה זאת.
- מקטינים את הלחץ התקציבי על מערכת הבריאות הציבורית, שכן אלמלא ביטוחים אלו, חלק מהפעולות הרפואיות היו מוטלות על המערכת הציבורית ללא כל מקור מימון נוסף.
- הדבירו במידה רבה את כלכלת הבריאות השחורה, שנעשתה בתוך בתי החולים הציבוריים תוך תשלום בלתי חוקי לרופא המטפל מצד המטופל.

מערכת משלימה לצד מערכת הבריאות הציבורית

- בכל מקום בעולם - ביטוחי הבריאות באמצעות חברות הביטוח, אינם פועלים בריק, אלא מהווים מענה לצורך של חלק מהאוכלוסייה כהשלמה לביטוחים ממלכתיים – ציבוריים.
- שיפור מערכת הבריאות הציבורית תתבטא בהפחתת הביקוש לביטוחי בריאות באמצעות חברות הביטוח – וזה לגיטימי.
- אך מנגד – הגבלות ופגיעה בביטוחי הבריאות של חברות הביטוח, לא תוביל לשיפור מערכת הבריאות הציבורית, אלא לפגיעה בלתי מוצדקת בציבור.



הסיכון של חברות הביטוח בביטוחי בריאות

- ❑ ביטוחי הבריאות של חברות הביטוח מהוות חוזה ארוך טווח עם המבוטח לכל חייו.
- ❑ חברת הביטוח חייבת לעמוד בהתחייבות החוזית שנטלה על עצמה הן בתנאי הביטוח והן במחיר (תעריף קבוע או משתנה עם הגיל), כפי שנקבע במועד תחילת הביטוח.
- ❑ חברות הביטוח נוטלות סיכון גבוה, שכן קיימת אי וודאות לגבי משתנים קריטיים שעלולים להגדיל את הוצאות חברות הביטוח בעתיד (במהלך של עשרות שנים) בשיעור ניכר מהסיבות הבאות:
 - ❑ עליה משמעותית נוספת בתוחלת החיים
 - ❑ השקת תרופות וטכנולוגיות חדשות ויקרות בעתיד שיחייבו את חברות הביטוח לממן
 - ❑ תוספות שכר חריגות לרופאים ולאחיות, טכנולוגיות חדשות, שימוש אינטנסיבי יותר במערכת הפרטית ביחס לציבורית גורמים לעליית ההוצאה של חברות הביטוח ביחס למתוכנן

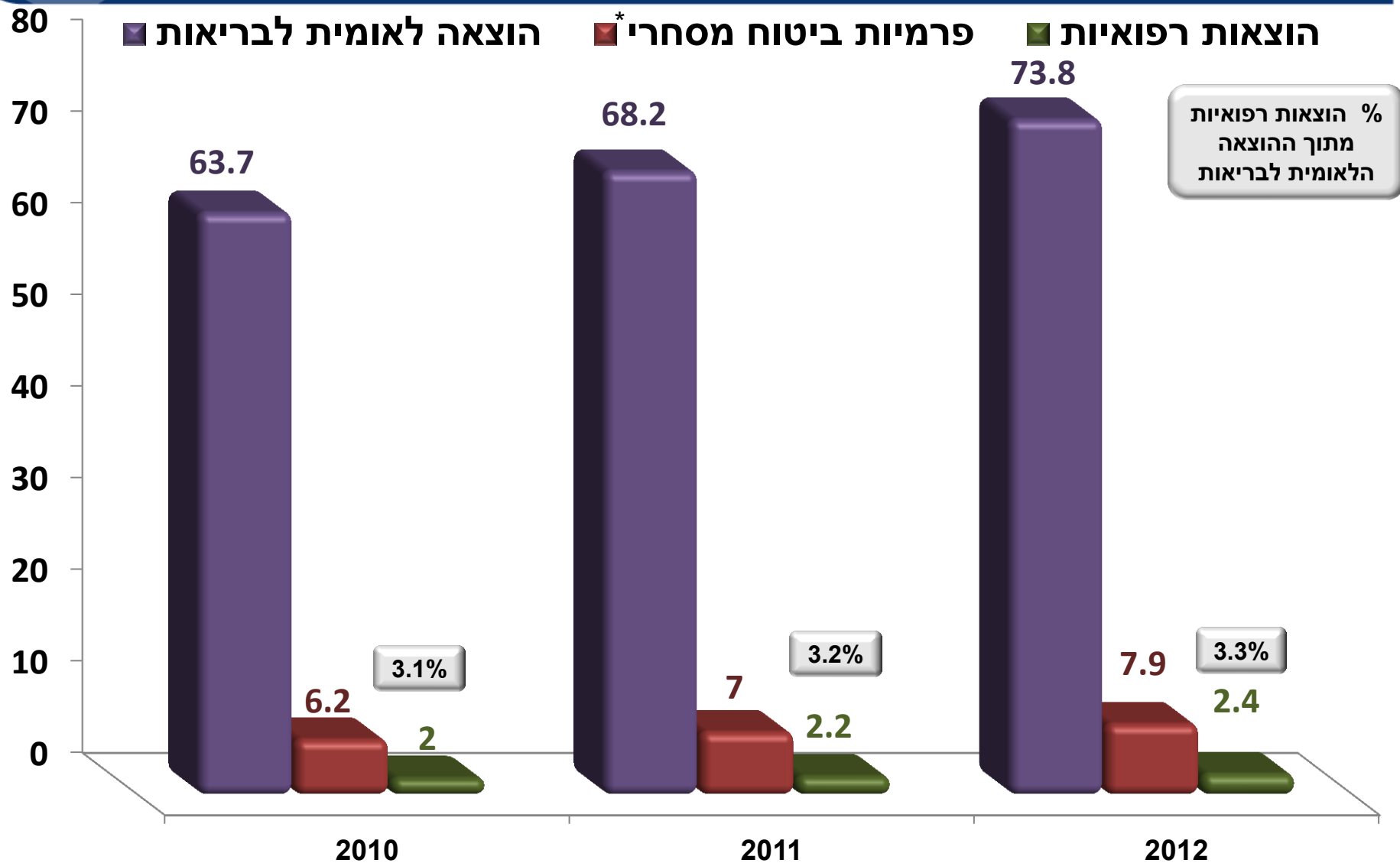


נתוני רקע כלליים

ענף בריאות

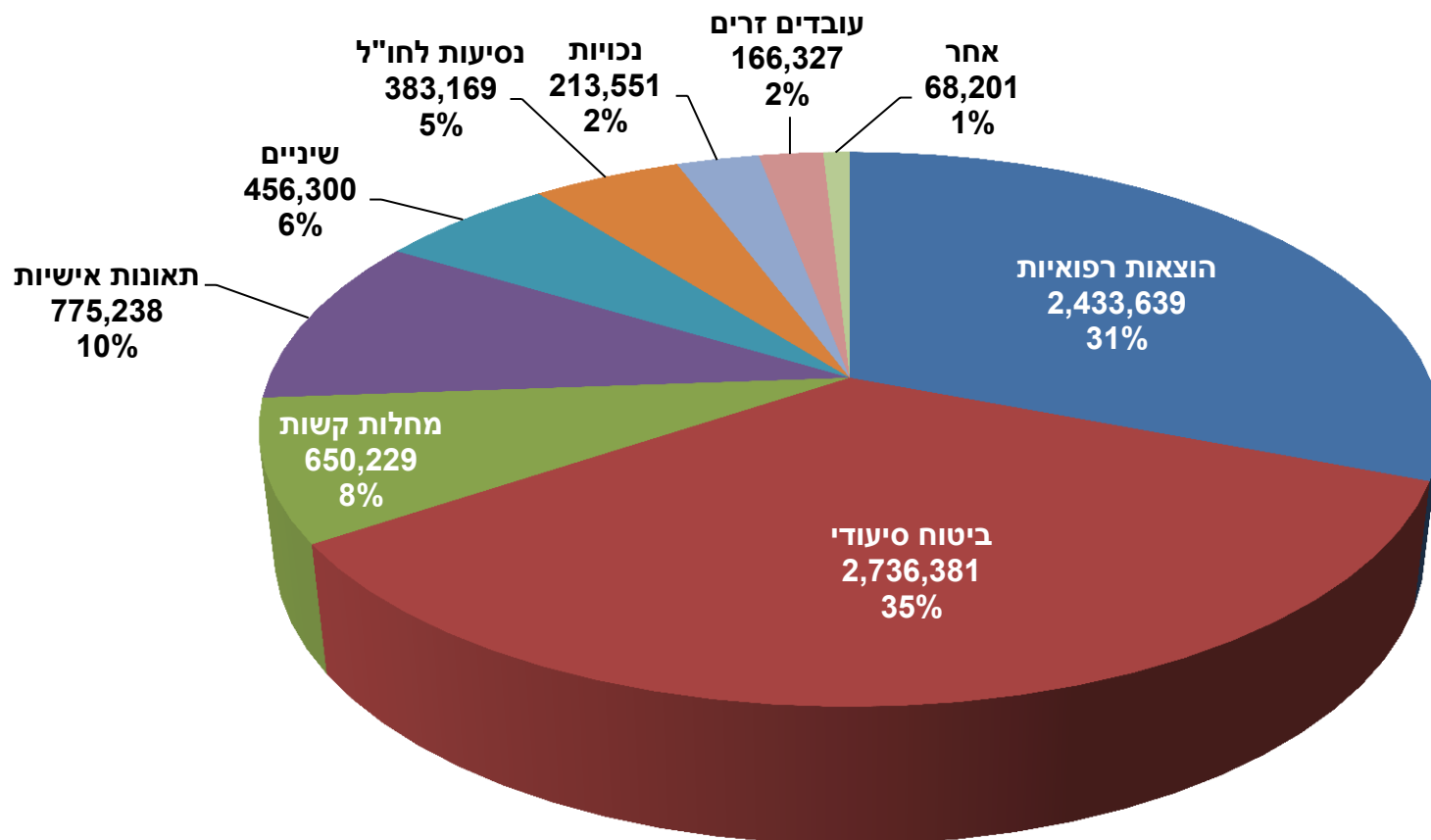
היחס בין הוצאה ציבורית לפרטית

2010-2012 (במיליארדי ₪)



סך פרמיות ענף בריאות מסחרי ב 2012 (באלפי ₪)

7.9 מיליארד ₪



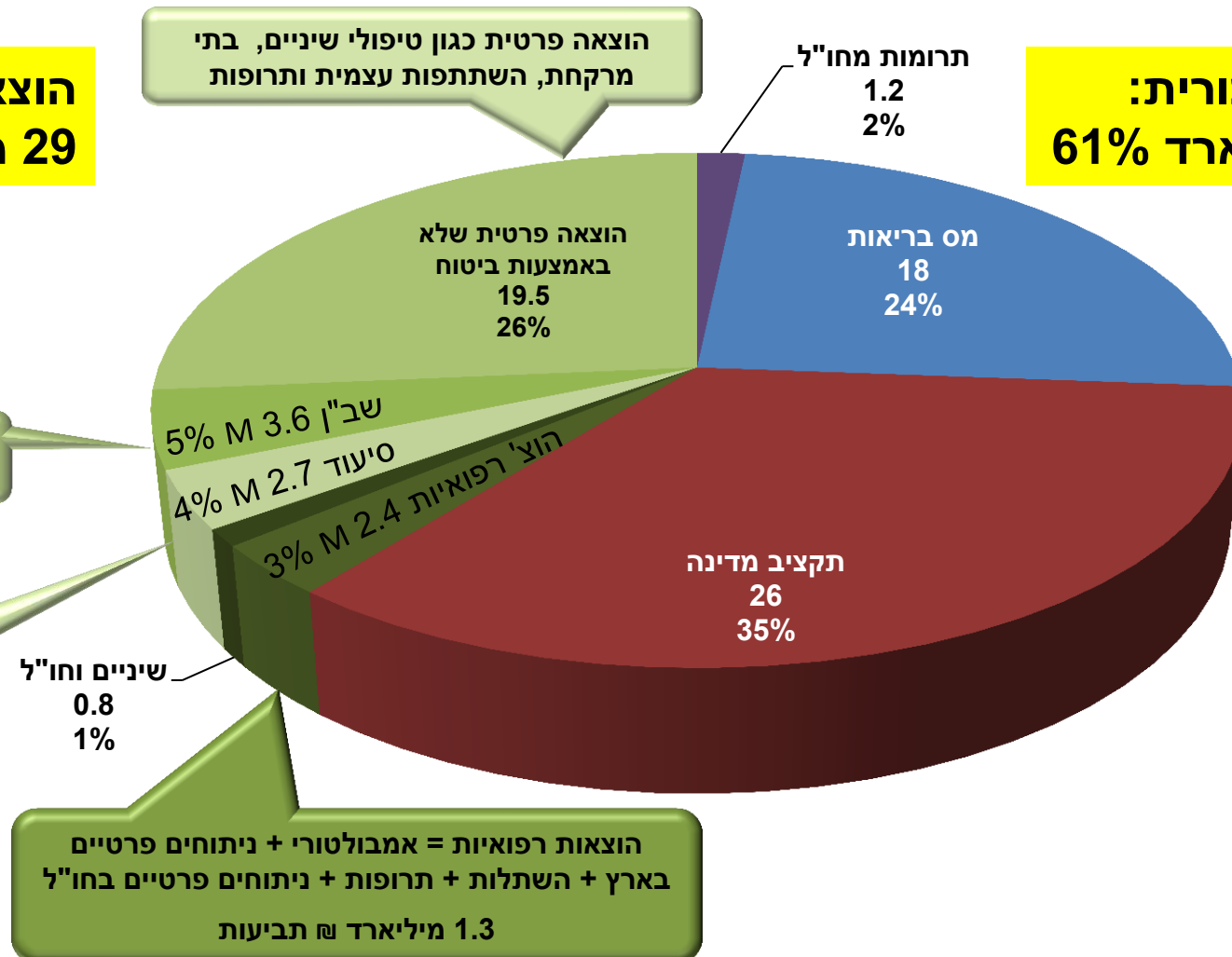
התפלגות ההוצאה הלאומית

(סה"כ הוצאה לאומית לבריאות ב 2012: 73.8 מיליארד ₪)

מסקנה -סעיף הוצאות רפואית בחברות הביטוח מתוך ההוצאה הפרטית עומדת על פחות מ- 3% מההוצאה הלאומית

הוצאה פרטית:
29 מיליארד 39%

הוצאה ציבורית:
44.8 מיליארד 61%

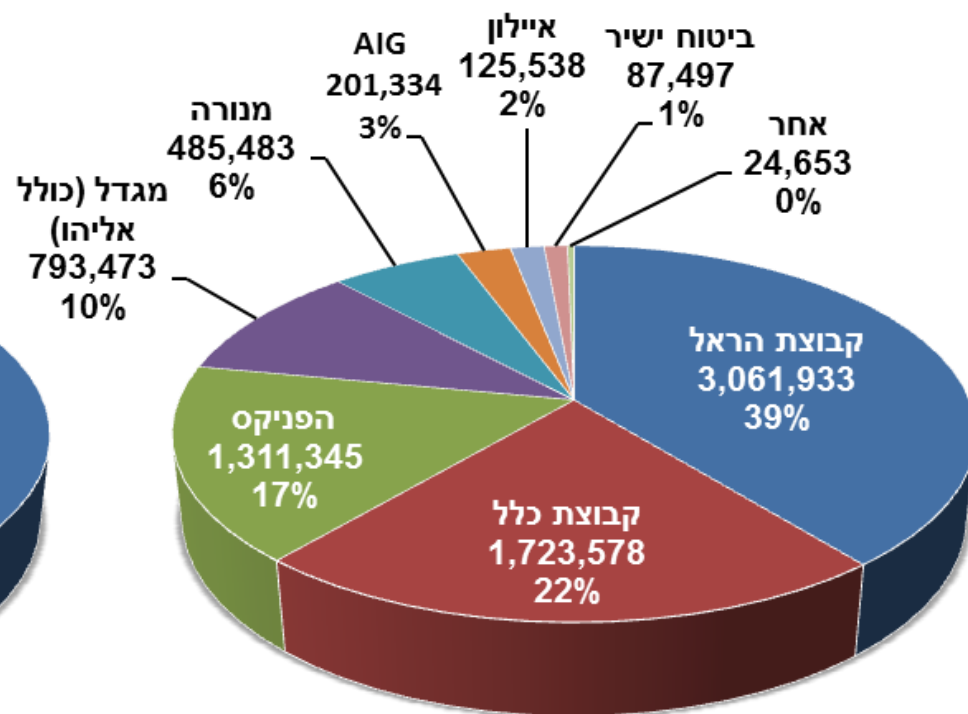
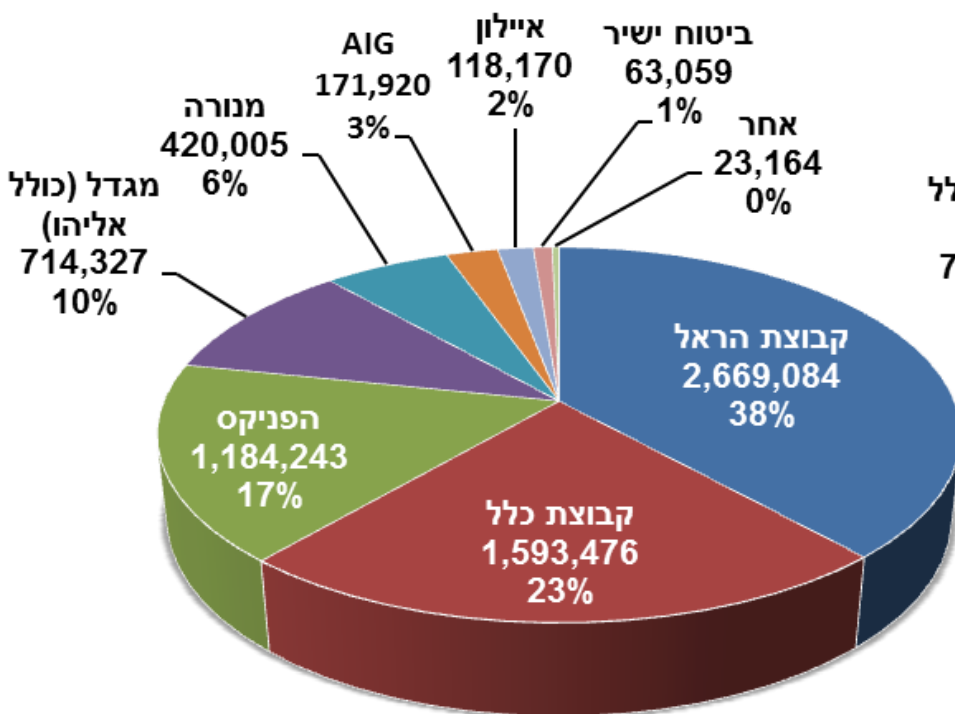


התפלגות דמי ביטוח ברוטו

סה"כ ענפי בריאות* פרט + קבוצתי (באלפי ₪)

2011

2012



סה"כ דמי ביטוח ברוטו 2011:
7 מיליארד ₪

שיעור שינוי:
12%

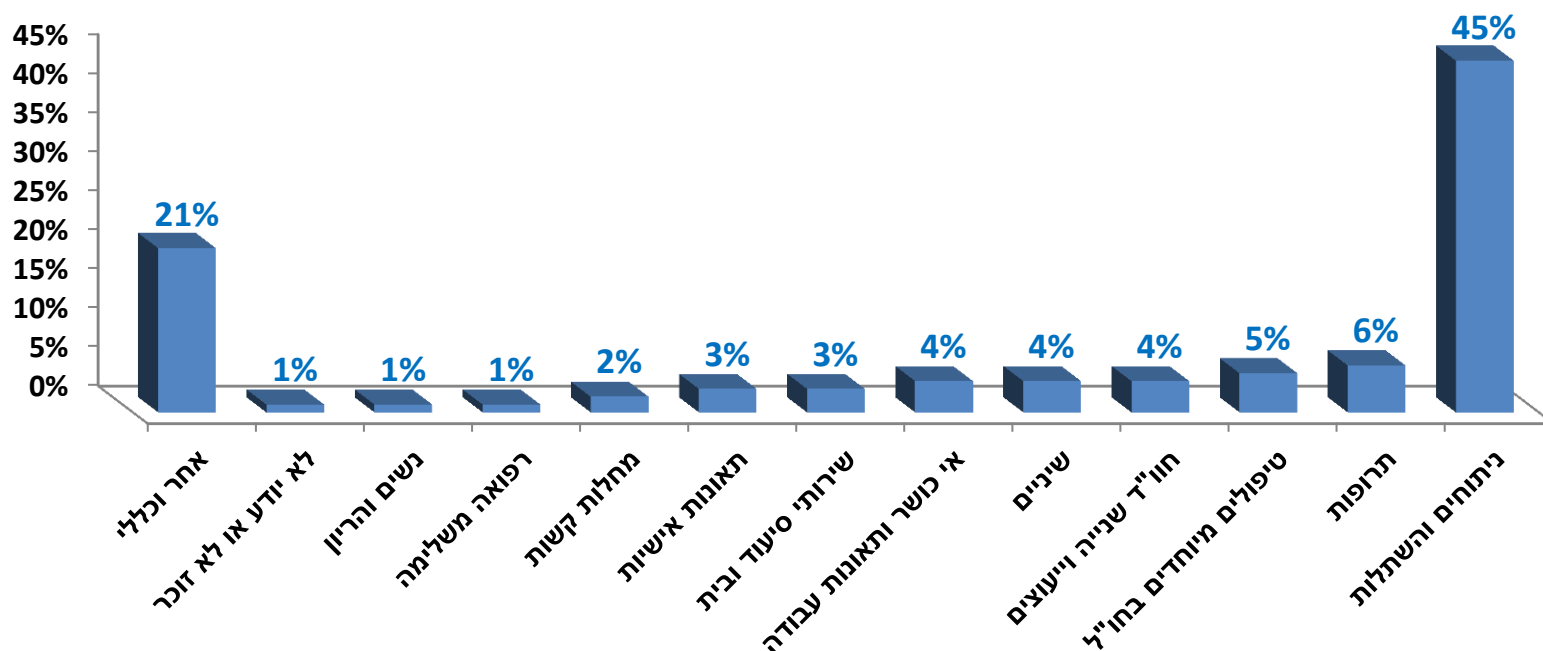
סה"כ דמי ביטוח ברוטו 2012:
7.9 מיליארד ₪

*כולל: הוצאות רפואיות, ביטוח סיעודי, מחלות קשות, שיניים, נסיעות לחו"ל, נכויות, עובדים זרים, תאונות אישיות.
*אחר כולל בתוכו הכשרה ושירביט

נתוני רקע כלליים – סקר ברוקדייל

□ ל 42% מאוכלוסיית המרואיינים ביטוח בריאות מסחרי .

□ על פי הסקר עולה כי רק לכ-20% מהאוכלוסייה הבוגרת (45% מתוך 42%) בישראל ישנו ביטוח בריאות מסוג הוצאות רפואיות (השתלות וניתוחים) באופן פרטי בביטוח קולקטיבי ופרט .



- מקור הנתונים: מכון ברוקדייל - דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2012
- יש לציין שלרוב האנשים שיש יותר מפוליסה אחת יש פוליסת ניתוחים והשתלות + פוליסה נוספת המכסה כיסוי אחר כגון תרופות
- ה"אחר" כלל בעיקר את התשובה: כל מה שצוין לעיל, וחלק ענו-בדיקות והחזרים כספיים, ללא פירוט השירות

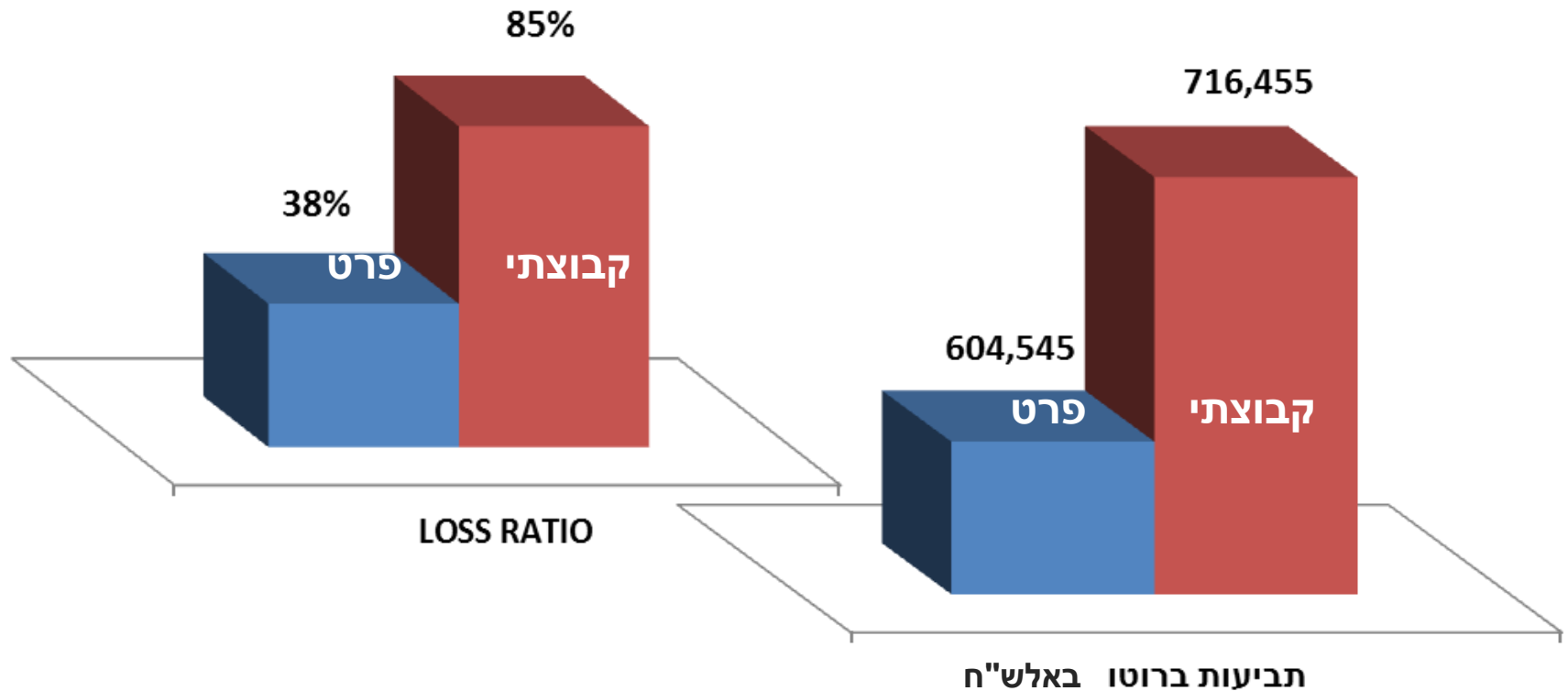
תביעות ו Loss Ratio ענף הוצאות רפואיות פרט מול קולקטיב 2012

הערה 1: ללא מרכיב עמלות הפצה והוצאות חברות הביטוח .

הערה 2: שיעור ה L/R המוצג כולל פוליסות תאונות אישיות לטווח ארוך

שיעור ה L/R בהוצאות רפואיות בלבד עומד על כ 50% (נתוני הראל)

■ פרט ■ קבוצתי



מקור נתונים: דוח ממונה על שוק ההון 2012

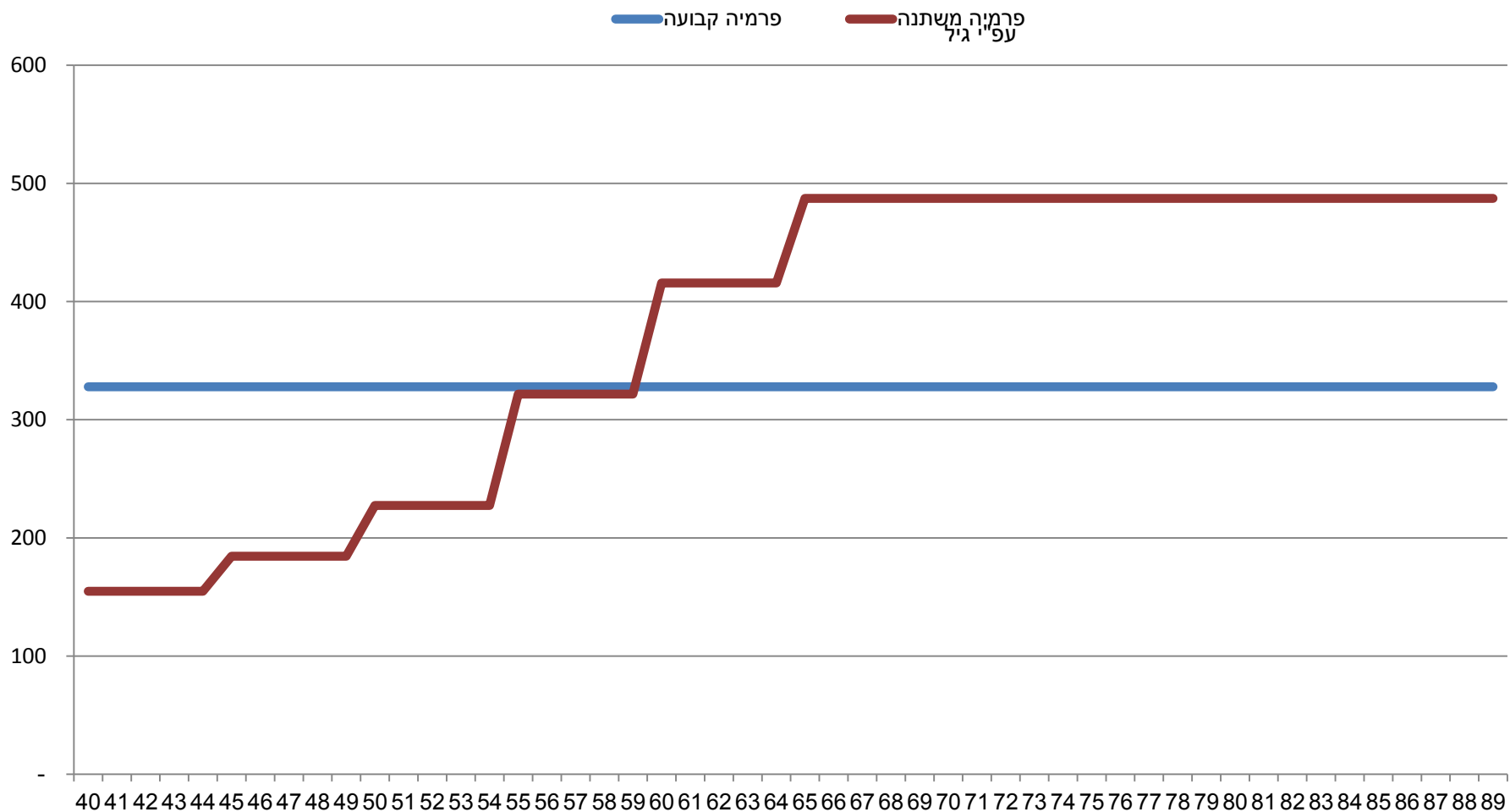


דגשים L/R

- ❑ הביטוח הפרטי בשונה מהשב"ן, כולל התחייבות לטווח ארוך הן במחיר והן בתנאי הביטוח ועל כן עלותו כוללת חשיפה לשינויים רפואיים וטכנולוגיים עתידיים, עלייה בהוצאות רופאים, צוותים רפואיים וכו'.
- ❑ הערה: ניתן ללמוד מהניסיון בתחום משיק (קצבאות פרישה וקצבאות סיעוד) אשר בדיעבד נדרשה הגדלה רטרואקטיבית של עתודות קצבאות זקנה וסיעוד פרט עקב גידול בתוחלת החיים מעבר לצפי.
- ❑ ענף ביטוחי הבריאות הפרטיים נהנה משעור צמיחה גבוה בשנים האחרונות. אי לכך ישנה הטייה ל – L/R נמוך בשנים הראשונות כתוצאה מתמהיל מבוטחים צעיר והשפעת הליך החיתום הרפואי, סביר להניח כי עם הפסקת הצמיחה ה- L/R יעלה.
- ❑ שיעור ה- L/R אינו כולל בין היתר הוצאות חברה והוצאות שיווק והפצה.

פרמיה קבועה מול משתנה

פריפרד פלטינום לגיל הצטרפות 40



התפתחות שב"ן וביטוח פרטי – רקע היסטורי

□ עד 1998 (קודם להפעלת שב"ן) המצב היה :

□ מערכת בריאות ציבורית, לצד ביטוחי בריאות פרטיים ע"י חברות ביטוח בלבד במסגרות פרטיות

□ חברות הביטוח הפרטיות העניקו באופן בלעדי כיסוי בגין ניתוח פרטי ובחירת מנתח

□ **חוק ההסדרים 1998 – (הפעלת השב"ן) הכיסויים אשר ניתן להציע:**

□ כיסוי לניתוחים פרטיים לרבות התייעצויות

□ כמו כן הוחלט כי הביטוח סיעודי יינתן רק באמצעות חברות הביטוח

□ כיוון שהשב"ן נתפס כרובד שני חובה אשר נרכש על ידי רוב האוכלוסייה (חדירה של כ- 73% מהאוכלוסייה)

□ כיום ל כ - 20% מהאוכלוסייה יש ביטוח הוצאות רפואיות

□ לכ- 90% ממבוטחי הביטוח הפרטי יש גם שב"ן - **מכאן כי השב"ן יצר כפל ביטוח לכאורה כיוון שהמבוטחים שלמו לחברות הביטוח והן לשב"ן בגין כיסוי הניתוחים והתייעצויות .**

תוצאה – בכדי למנוע את התשלום הכפול של המבוטחים, חברות הביטוח הובילו מתן פיצוי בפוליסות הבריאות למבוטח שעבר ניתוח המסגרת השב"ן או המערכת הציבורית, באופן זה משלם המבוטח פעמיים בגין הניתוחים ומקבל משני הגורמים תגמולי ביטוח –מחברת הביטוח והשב"ן.

החל מינואר 2014 אסר המפקח על הביטוח על שיווק פוליסות חדשות בהן יינתן פיצוי למבוטח הזכאי לשיפוי מחברת הביטוח בגין מעבר ניתוח במערכת הציבורית או בשב"ן.

□ 5.8 מיליון איש חברים בשב"ן אשר נותן כיסוי לניתוחים פרטיים – עקב כך עלייה בביקוש ועלייה גבוהה מאוד של עלות הניתוחים הפרטיים



שב"ן קופות החולים – נתונים 2012

☐ כמות מבוטחים – 5.8 מליון איש (73.3% מחברי הקופות)
מסקנה: השב"ן הפך להיות רובד ציבורי נוסף כמעט חובה

☐ תשלומים כדמי חבר לשב"נים - 3.519 מיליארד ₪

☐ ממוצע תשלום לנפש לחודש - 50.5 ₪

☐ ממוצע תשלום חודשי למשפחה 2 מבוגרים 2.5 ילדים - 227.25 ₪

☐ סה"כ תשלומי התביעות של השב"ן – 2.896 מיליארד ₪

☐ סה"כ עלות מרכיב התביעות בגין הניתוחים של בשב"ן – 1.22 מיליארד ₪ (42.2%)

עלות ביטוחי שב"ן לפי גיל – רובד ראשון ושני

סימולציית עלות לחודש / שנה למשפחה

שם קופה"ח		כללית		מכבי		מאוחדת		לאומית	
גיל / שם הרובד		רובד ראשון	רובד שני	רובד ראשון	רובד שני	רובד ראשון	רובד שני	רובד ראשון	רובד שני
		מושלם זהב	מושלם פלטינום	מגן זהב	מכבי שלי	מאוחדת עדיף	מאוחדת שיא	לאומית כסף	לאומית זהב
ילד עד 17		5.58 ₪	23.90 ₪	21.95 ₪	40.78 ₪	38.50 ₪	51.00 ₪	8.20 ₪	18.27 ₪
גיל 18		15.56 ₪	30.26 ₪	40.77 ₪	83.53 ₪	38.50 ₪	51.00 ₪	19.73 ₪	25.83 ₪
זוג הורים בני 40		112.36 ₪	213.36 ₪	146.46 ₪	236.06 ₪	127.00 ₪	242.00 ₪	58.08 ₪	172.84 ₪
סה"כ עלות לחודש		133.50 ₪	267.52 ₪	209.18 ₪	360.37 ₪	140.00 ₪	280.00 ₪	86.01 ₪	216.94 ₪
סה"כ עלות לשנה		1,602.00 ₪	3,210.24 ₪	2,510.16 ₪	4,324.44 ₪	1,680.00 ₪	3,360.00 ₪	1,032.12 ₪	2,603.28 ₪

דגשים:

* 'מאוחדת עדיף' - עלות גלובאלית למשפחה הכוללת ילדים עד גיל 18 - 101.5 ₪ (במקרה זה - 101.5+38.50 ₪)
 * עלות 'מאוחדת שיא' למשפחה הכוללת ילדים עד גיל 18 - 101.5 ₪ כולל פרמיה נוספת עבור כל גיל בנפרד

השתתפות עצמית בניתוחים

ממוצע השתתפות עצמית לניתוח בבית חולים פרטי בש"ח

ההשתתפות העצמית בשב"ן עלתה בשיעור של כ- 60% בין השנים 2008-2012



מקור הנתונים: אסותא מרכזים רפואיים

מסקנה: השב"ן אינו מבטיח יציבות במחיר ובכיסוי
לדוגמא הוצאת מרכיב התרופות בשנת 2009

מוצרי ביטוח הניתוחים הקיימים בהראל (מוצרי שיפוי)

- ❑ **ביטוח מהשקל הראשון** – מימון לניתוח פרטי
- ❑ **ביטוח משלים שב"ן** – כיסוי משלים של ההפרש בין ההוצאה בגין ביצוע הניתוח לבין התשלום המגיע למבוטח על פי השב"ן
- ❑ **בהראל ביטוח אפגרייד קיים מעל 10 שנים ומהווה כ – 35% מהמכירות של מוצרי הניתוחים באופן שוטף.**
- ❑ **המשמעות: אינטגרציה בין הרובד הציבורי לפרטי = רובד פרטי משלים במחיר נמוך למבוטח בשיעור של למעלה מ -30%.**

מחירי מוצרים מבוגר (גיל 40) וילד (עד גיל 21)

אפ -גרייד פלטיניום (תרופות, השתלות וטיפולים מיוחדים, ניתוחים משלים שב"ן, ניתוחים בחו"ל)

ילד 27 ₪ מבוגר 108 ₪

משפחה שני מבוגרים שני ילדים לחודש = 270 ₪

פריפרד פלטיניום (תרופות, השתלות וטיפולים מיוחדים, ניתוחים מלא, ניתוחים בחו"ל)

ילד 37 ₪ מבוגר 152 ₪

משפחה שני מבוגרים שני ילדים לחודש = 378 ₪

מודל אופציונאלי לבחינה

- כיום ביצוע הניתוחים של חברות הביטוח והשב"נים נעשה רק במספר מצומצם של בתי חולים פרטיים והדבר משתקף בעלויות שבתי חולים אלו גוברים.
- ברמה העקרונית שר"פ הנו בעייתי ← מוביל להגדלת שימושים ← העלאת מחיר לאזרחים ← הקטנת מספר המשתמשים (מבוטחים) ← הגדלת אי שוויון.
- המחשה על פי דוגמת מודל שר"פ הדסה:
על פי נתוני משרד הבריאות דוח ציבורי מסכם 2012
- עלות ממוצעת לנפש לבחירת מנתח בקופת חולים כללית כ – 167 ₪ בשנה
- עלות ממוצעת לנפש לבחירת מנתח בקופת חולים כללית מחוז ירושלים כ – 341 ₪ בשנה

מודל אופציונאלי לבחינה

הצעה לבחינה

❑ **מודל לבחינה** - ניתן לשקול לאפשר לבתי חולים ממשלתיים וציבוריים להחכיר לחברות הביטוח ולקופות החולים במסגרת השב"ן, מתקני ניתוח בשעות הערב, כנגד תמורה הוגנת שתגדיל המקורות העומדים לרשותם.

❑ יתרונות אפשריים

❑ הסדר כאמור יתאפשר לחברות הביטוח והשב"ן במסגרת זכאותם לניתוח פרטי ולא יתאפשר שימוש ללקוחות פרטיים באופן ישיר, כדי למנוע שר"פ בבתי חולים ציבוריים-ממשלתיים.

❑ המודל לבחינה אינו תואם את מודל שר"פ הדסה בכך שהנו רלוונטי לניתוחים בלבד וללא שר"פ עבור התייעצויות, בדיקות, אונקולוגיה ועוד.

❑ המודל מאפשר הגדלה של הכנסות בתי החולים הציבוריים שלא על חשבון הציבור לצד קיטון בעלויות ניתוחים פרטיים בכלל השוק (פתיחת תחרות) והשאת הצוות הרפואי בבית החולים.

❑ **סיכום מהות המודל** – שימוש במתקנים ציבוריים מוגדרים ומוגבלים לרפואה פרטית

❑ חסרונות אפשריים

❑ נראות – הכנסת רפואה פרטית לבתי חולים ציבוריים

❑ בעייתיות – דרוש פתרון לאשפוז לאחר הניתוח, שכן האשפוז הנו ציבורי



תודה