

הנדון: תת ועדת ביטוחים - עקרונות המודל המוצע

עיקרי הבעיות במערכת:

- בניגוד למדיניות משרד הבריאות, חלקים לא קטנים של מערכת הבריאות (בעיקר ניתוחים מסוגים מסוימים וייעוצים) נמצאים מזה מספר שנים בתהליך הפרטה לא מבוקר.
- לכלל הגורמים במערכת (פרט לאזרח) יש תמריץ, במצב הקיים, שתהליך זה יימשך (רופאים מנתחים ויועצים, קופות חולים, בתי החולים וחברות הביטוח).
- חסרה בקרה ממשית על הפרוצדורות המבוצעות במערכת הפרטית והצורך בהן.
- פעילות זו היא בעלת השפעה חיצונית שלילית על המערכת הציבורית (בחירת מקרים קלים, יצירת תורים, יציאת רופאים בכירים מבתי החולים ומהמרפאות הציבוריות לעבר עיסוק פרטי, טיפול ציבורי בניתוחים שהסתבכו בפעילות פרטית, יצירת לחץ להעלאת שכר במערכת, ויצירת הילה שלילית למע' הציבורית). אורך התורים במערכת הציבורית, שמגיע בחלק מהניתוחים לשנה ויותר, הוא אחת התוצאות של תהליך זה.
- כיסוי בחירת המנתח ובחירת היועץ מוכר בעיקר פתרון של קיצור תורים – קרי, מוכר פתרון לבעיה שנוצרה ונוצרת במידה רבה עקב קיומו שלו. וככל שבחירת המנתח ואו היועץ תופעל יותר כך תחמיר הבעיה וכתוצאה ממנה קיצור התור יהיה שווה יותר ויירכש יותר ויופעל יותר וחוזר חלילה.
- למצב הזה יש השפעה שלילית מרחיקת לכת על השוויון והנגישות לשירותי רפואה באוכלוסייה.
- ברקע דברים אלו יש חוסר בולט במידע של מבוטחים לגבי מה הכיסוי שרכשו, מה המוצרים המוצעים בשוק ומה המחיר הראוי להיות משולם בגינם. כך, ותוך שימוש בטקטיקות שיווק אגרסיביות ופסולות, הגענו למצב שלכ-40% מהאוכלוסייה יש כפל ביטוח.
- חברות הביטוח מוכרות פוליסות פרט עם כיסוי מובטח לכל החיים (עד גיל מסוים) בפוליסות אלו שיעור תשלום התביעות נמוך כיום ויש אפשרות שיעלה בעתיד. במקביל משווקים ביטוחי קבוצתיים לקבוצות גדולות ומאורגנות שהם לתקופה קצובה (מס' שנים) ושיעורי תשלום התביעות מהפרמיה בהם גבוה. דומה שמי שידו משגת קונה ביטוח (ועדיף שניים או יותר!) כי "לך תסמוך על המערכת הציבורית".
- פוליסות הפרט, שהן מנוע הרווחיות של חברות הביטוח, הן חוזים שלא ניתן להתערב בהם. על מנת להביא לביטולן יש להציע לפרטים חוזה עדיף מבחינת המחיר ודומה מבחינת הכיסוי.

הערה כללית: לא ניתן לפתור את המצב בטיפול בצד המימון (ביטוחים) בלבד.

להלן היעדים המרכזיים למודל הביטוחים:

- מניעת סבסוד בין רכיבי כיסוי אחרים ורכיב הניתוחים והייעוצים, שהוא בעל ההשפעה השלילית החזקה ביותר על המערכת הציבורית (ע"י הפרדת רכיב הניתוחים והייעוצים מכלל הכיסויים).
- הפנמת ההשפעה החיצונית השלילית של רכיב הניתוחים והייעוצים על כלל המשק – אצל השחקנים הרלוונטיים בשוק (ע"י הטלת מס על רכיב הניתוחים והייעוצים שיועבר לקיצור תורים במערכת הציבורית)

- יצירת תמריץ לכלל המעורבים להעדיף את המערכת הציבורית:
 - לאזרח (תמריץ לקופה לתת שירות טוב יותר בניתוח וייעוץ בשל מנגנון קנס/פרס)
 - לרופא (קביעת הסדרים בלבד)
 - לקופה (מנגנון קנס/פרס + מיסוי לטובת המע' הציבורית)
 - לחברת הביטוח (מיסוי לטובת המע' הציבורית)
 - לבתי החולים (חתימת הסכמי SLA מול הקופות ואיסור תיאום)
- הפחתת מחירי גורמי הייצור במערכת הפרטית (רופאים וצוות תומך, חדרי ניתוח כד') – ע"י יצירת מנגנון תחרות מחירים אגרסיבית (ללא חסמי מעבר, פוליסה אחידה) בין ספקי רכיב הניתוחים והייעוצים שיפעיל לחץ על מחירי גורמי הייצור כלפי מטה, וכן על ידי מניעת החזרים.
- פתרון כשלי השוק המרכזיים במערכת:
 - יצירת שוק בו האזרח מבין מה הוא קונה, ללא כפל ביטוח שלא מדעת - היום אין לאזרחים אפשרות להשוות בין פוליסות ביטוח שונות בין לבין עצמן, בין לבין השב"י ובין שב"נים של קופות שונות. הכל מסובך מאוד ומשתנה כל הזמן. (ע"י יצירת פוליסה אחידה וחובת שיבוב).
 - יצירת שוק בו האזרח קונה רק את מה שהוא רוצה - כיום השב"י נמכר בחבילה בסיסית רחבה הכוללת ניתוחים, ייעוצים, תרופות, שירותים נוספים (פיזיותרפיה, הריון ולידה וכד') ולאזרחים אין יכולת לבחור רק את מה שהם רוצים לקנות אלא שהם חייבים לרכוש הכל או לא כלום. (ע"י פירוק השב"י לרכיבים).
 - יצירת שוק בו לאזרח יש אפשרות בחירה בין ספקים שונים - כיום כל אזרח "שבוי" בידי קופת החולים שלו, היא היחידה היכולה להציע לו את שירות השב"י (שהוא שירות פרטי לחלוטין!).
 - יצירת שוק שפועל לרווחת הצרכן – הסרת החיתום וההחרגה של חברות הביטוח ויצירת תחרות מחירים על פוליסה אחידה.

הצעדים המוצעים על מנת להשיג את היעדים:

1. Debundle - פירוק רבדי השב"י לשלושה רכיבים בלתי תלויים שלא יהיה ביניהם סבסוד צולב:
 - א. ניתוחים וייעוץ אגב ניתוח, וכן ייעוצים וחווות דעת שנייה ("הרכיב הראשון");
 - ב. תרופות, הריון, שיניים (משקם ומשמר), התפתחות הילד, העמקת שירותי סל (תוספת פיזיותרפיה וכדומה) ("הרכיב השני");
 - ג. כל השאר (nice to have) ("הרכיב השלישי").
2. הכיסוי - יצירת תנאים אחידים לכל תכניות השב"י של הקופות בנוגע לשני הרכיבים הראשונים. בנוסף, יצירת תנאים אחידים לתכניות השב"י ולחברות הביטוח בנוגע לרכיב הראשון. הגדרת הכיסוי ברכיב הראשון, לרבות כללי הגילוי הנדרשים, תיעשה במשותף על ידי נציגי אגף שוק ההון ומשרד הבריאות.
3. במסגרת יצירת אחידות לגבי הרכיב הראשון יקבעו, בין היתר, העקרונות הבאים:
 - א. חברות ביטוח לא יהיו רשאיות למכור כיסוי לניתוחים או ייעוץ מלבד הכיסוי שיוגדר מראש;
 - ב. תקופת הביטוח תהיה קצובה למספר שנים (חברות הביטוח לא ישווקו ביטוח ניתוח וייעוץ אגב ניתוח עם תקופת ביטוח לכל החיים);

ג. בסוף התקופה אנשים יצטרכו לבחור מחדש מבטח/קופה ***--** לחילופין יקבע נוהל להודעה על חידוש הביטוח. במקרים שיוגדרו המבוטחים בקופה/שבן יצטרכו להסכים מחדש לחידוש בין היתר כאשר תהיה העלאה במחיר אגב החידוש).

ד. תוקם ועדה משותפת בריאות/אוצר לקביעת מקסימום ולפיקוח על הפרמיות של השב"נ.

ה. הקבלה לביטוח תהיה ללא חיתום רפואי, ללא החרגות וללא תוספת פרמיה למבוטח מסויים; חשיבותה של הסרת החיתום וההחרגה היא קריטית לרווחה הכוללת של הצרכנים. ביטוח עם חיתום והחרגה הוא מוצר נחות ולא יעיל מנק' מבט משקית. החיתום וההחרגה מונעים מבעלי "הגנים הגרועים", אלו שהיכה בהם הגורל מבחינה בריאותית, לגדר מראש את הסיכונים שלהם. כיוון שהם שונאי סיכון – זה סיכון מיותר שנופל להם על הכתפיים ולא באשמתם (סרטן במשפחה לדוג'). הוא מאפשר להם רק לגדר את השונות בהוצאה הרפואית שלהם עצמם – ללא ערבות הדדית שזה פגיעה גם ערכית אבל לא פחות מזה ביעילות הכלכלית.

ו. תקופת אכשרה:

1) בעת צירוף לראשונה - תקופת אכשרה אחידה שתקבע מראש (תקופת האכשרה תהיה זהה לזו שנהוגה כיום בשב"נ). תישקל תקופת אכשרה שתעלה עם גיל המבוטח על מנת ליצור תמריץ לצעירים לרכוש מוקדם באופן שיסבסד את המבוגרים יותר.

2) בעת מעברים בין חברות ביטוח וקופות חולים – לא תימנה תקופת אכשרה נוספת. ואולם, במקרה שהצורך בניתוח או בהתייעצות התגלה/אובחן בתיעוד רפואי מוקדם תקבע תקופת המתנה נוספת לגבי אותו מקרה (על מנת לא לתת תמריץ למבטחים להעביר לאחרים מבוטחים חולים).

ז. קביעת פרמיה - מבטח או קופה יקבעו מחיר אחיד אשר ישתנה לפי קבוצות גיל. קבוצות הגיל יקבעו מראש ובאופן אחיד לקופות ולחברות על ידי הרגולטור. הפרמיות ייקבעו לפי קבוצות גיל רחבות, למניעת גריפת שמנת. יש לשקול קביעה של יחס מקסימלי בין הפרמיה הגבוהה ביותר לנמוכה יותר במערכת (על מנת למנוע מהביטוחים הקבוצתיים להיות מסובסדים על ידי הפרטים, כפי שמתקיים כיום).

ח. מנגנון איזון סיכונים במצב של סבסוד צולב עמוק – טרם נתקבלו נתונים על עומק הסבסוד הצולב בין הגילאים בניתוחים וייעוצים. ככל שהוא משמעותי יותר, צוות אגף שוק ההון ומשרד הבריאות יגדירו מנגנון איזון סיכונים כך שהמבוטחים בעלי העלות הכבדה ביותר (גילאי 70 ומעלה לדוג') יכוסו על ידי הפרשות לקרן איזון של כלל המערכת (כל מבטח יפריש לפי גודלו ויגלם את זה בתעריפים) ולא על ידי מבטח ספציפי, על מנת שלא יוצר תמריץ לאנטי-סלקציה ביחס אליהם.

ט. יהיה ניתן לשנות את התעריף/פרמיה בסוף כל תקופת ביטוח לכלל המבוטחים בתכנית (ולא למבוטח ספציפי); חברה או קופה יכולה להחליט בסוף תקופה שהיא לא ממשיכה להציע את סוג הביטוח לכלל המבוטחים.

י. הפרמיה תקיים אי-תלות חזקה עם שאר המוצרים - לא יהיה מוצר שמחירו יהיה תלוי בשאלה אם מבוטח רכש/לא רכש את פוליסת הניתוחים האחידה והפרמיה לא תשתנה אם מבוטח רכש מוצר אחר.

יא. השתתפות עצמית - יקבע רף מינימלי ומקסימלי להשתתפות עצמית ויאסר על מכירת ביטוח/מוצר לכיסוי ההשתתפות העצמית;

יב. ביצוע הניתוח יהיה באמצעות רופאים שבהסדר בלבד (יאסר על החזר הוצאות בגין ניתוח אצל רופא שלא בהסדר). איסור זה לא יחול על קופות ומבטחים קטנים.

4. ניתוק זיקה בין החברות בקופה לרכש הרכיב הראשון. זאת כיוון שאין הגיון במצב הקיים כבר כיום שבו מבוטח מכבי יכול לרכוש ביטוח ניתוחים בהראל (בלי לקנות שב"נ) אך אינו יכול לעשות זאת בכללית.
5. תכניות השב"נ יבצעו צירוף מחדש של המבוטחים הקיימים לרכיב הניתוחים והייעוצים, כאשר לכל מבוטח תהיה אפשרות לבחור להצטרף לכל אחד רכיב ללא תלות ברכישת רכיבים אחרים והוא ידרש לתת לגביו הסכמה בכתב מראש בחלון זמנים שיוגדר (opt in). מבוטח יוכל לבחור לרכוש את רובד הניתוחים והייעוץ בחברת ביטוח או בקופת החולים. תנאי ה- OPT IN הוא הכרח מבחינת אגף שוק ההון להסרת החיתום וההחרגה.
 - א. הבעיות עם OPT IN שמעלים חלק מהאנשים היא שהקופות יתעסקו וישקיעו משאבים בגיוס מחדש של המבוטחים וכן שאוכלוסיות מוחלשות לא יבינו את השינוי וימצאו את עצמן לאחר הביטול מול שוקת שבורה ללא ביטוח.
 - ב. אפשר להסיר את המגבלה הקיימת על הביטוחים הקבוצתיים לרכוש את הפוליסה האחידה מהשב"נ במרוכז (כיום כל אזרח קונה בנפרד). כך יוכלו הקופות לקבל גישה למספר רב של מבוטחים (כל אחת לשלה) ללא עלות שיווק גבוהה.
 - ג. ניתן לחשוב על מימון ממשלתי יעודי לנושא ההסברה והפרסום ואתר ממשלתי שמאפשר בחירת ביטוח, תוך הגבלת ההוצאות של הקופות וחברות הביטוח על שיווק ופרסום בתקופת ה-OPT IN. ניתן גם להקים ועדות חריגים לשמירת זכויות בשב"נ עבור אוכלוסיות מוחלשות שלא זכרו לחדש ביטוח.
6. גורמי המקצוע יבחנו ביטול של כתבי השירות שאין בהם צורך.
7. תיקבע חובת שיבוב דו-צדדית בין הקופות לחברות הביטוח בכל הפוליסות (לבדוק משפטית האם אפשר כולל קיימות).
8. ייאסר קשר בין חברת ביטוח לקופה בתפעול שב"נ או בהסדרי רכש, למעט בין מבטחים קטנים וקופות קטנות לתקופה מוגבלת ובאישור ההגבלים. הרגולטורים יפעלו למניעת שיווק שכולל אמירות פוגעניות כלפי המע' הציבורית.
9. בכל מקום שיש חפיפה בין מוצרים בשב"נ ובפרטי – חובה שתהיה אחידות הגדרות.
10. יש לפעול לקיום בקרה של יועצי-על בלתי תלויים על ניתוחים במערכת הפרטית (קופות וחברות ביטוח)
11. קנס/פרס לקופות - קנס מהותי וממשי לקופה בהפעלת שב"נ או ביטוח פרטי ברובד הראשון של כל חבר הקופה. הקנס אמור לנטרל את התמריץ שיש לקופה לכך שמבוטחיה יקבלו שירותים במגזר הפרטי וישלמו עליהם מהשקל הראשון (הנובע מכך שניתוחים אלו משולמים לקופה במסגרת הקפיטציה).
 - א. ייקבע תוואי נורמטיבי יורד על פני עשר שנים של שיעור הפעלות ניתוחים וייעוצים על ידי מבטחי הקופות. כל קופה שתחרוג ממנו תיקנס והכסף יחולק לקופות שלא חרגו כפרס. התוואי יהיה הממוצע הקיים ויירד במספר אחוזים בכל שנה. אם כולן חרגו, זו שחרגה הכי מעט תקבל הכי הרבה ולהפך.
 - ב. לחילופין, קופה ששיעור השימוש של מבוטחיה בפרטי גבוה מהממוצע במערכת תשלם קנסות יותר גבוהים שיועברו לקופות שעבורן שיעור השימוש הפרטי נמוך יותר. הרציונל הוא שלקופות יהיה תמריץ לתת שירותים טובים בתחומי הניתוחים והייעוצים בסל הציבורי על מנת להפחית את השימושים הפרטיים תוך יצירת תחרות על האיכות של הסל הציבורי מול המערך הפרטי.
12. תכולת השב"נ ברכיב השני והשלישי ייקבעו בוועדת סל-שב"נ שהיא ועדה ציבורית שתסרן את התוספות הרבות לסלי השב"נ (שכולם רוכשים אותם כיום כי הם נמכרים בחבילה – Bundle).

13. יועמק המידע הזמין לרגולטורים - לגבי שימושים, עלויות, מחירים ותורים בפרטי ובציבורי בניתוחים ובבדיקות כגון MRI, ברמת קופה וברמת בית חולים ברמה חודשית.
14. הרגולטור יפעל להגדיר לקופות מדדי איכות שירות (SLA) מול בתי החולים ויעודד חתימת הסכמים קופה-בית חולים שמגדירים יעדים בקשר לאיכות השירות האמורה וזאת במטרה לאפשר לקופות "להילחם" כנגד הפרטת המערכת (והפעלת ביטוחי הניתוחים) על ידי מתן שירות איכותי בסל למבוטחיין.
15. ייאסר על בתי החולים הממשלתיים לשתף פעולה ולתאם מהלכים מול הקופות.
16. תקבע רשימה של ניתוחים שמשך זמן ההמתנה אליהם בציבורי (לא בממוצע, אלא בכל בית חולים בנפרד) ארוך כיום ויוגדר מכניזם (תמריץ/כספי לבתי חולים/קופות וכד') לקיצור התורים באופן (משמעותי) שיוגדר מראש תוך שנה (נניח הפחתת האחוזון ה-75 של אורך התור ל-X ימים תוך Y חודשים).
17. לאחר שיקוצרו התורים ותהיה מערכת מעקב מסודרת אחריהם – יוטל מס שימוש על ביטוח הניתוחים והייעוצים בגובה של 15% מהפרמיה, אשר יוקדשו רק לקיצור תורים והעלאת איכות השירות שמקבלים מבוטחי הקופות בבתי החולים הציבוריים.
18. הסדרי בלעדיות לגבי נותני שירותים ייאסרו (מנתחים ומוסדות - בתי חולים, מכונים). במטרה למנוע תחרות על גורמי הייצור שתוצאתה תהיה העלאת מחירים תוך הקטנת היצע.
19. יוקצו משאבים ממשלתיים להבהרת המצב החדש לאוכלוסייה, יפורטו תכולות הכיסויים, יוקם אתר השוואת מחירים וייעשה מאמץ להסביר מדוע כיסוי הניתוחים בביטוחי הפרט הקיימים הוא יקר מאוד.

התאמת המודל למודלים שונים בצד האספקה:

- במצב שיש שר"פ התאמת המודל היא ברורה. הגדלת צד ההיצע צפויה להביא להגדלת הביקוש לכיסוי הניתוחים והייעוצים לפחות בטווח הקצר (עד שהמערכת הציבורית תתייצב). לכן שיפור השוק לכיסויים, לרבות ביטול החיתום וההחרגה, הוא רכיב חשוב ברפורמה.
- במצב שאין שר"פ עלולות השאלה האם יש לאפשר לקופות להציע בחירת מנתח שהיא למעשה ריקה מתוכן בפריפריה ובמקומות שאין בהם היצע חדרי ניתוח פרטיים.
 - אם יאסר על השב"נ להציע בחירת מנתח – מודל הפוליסה האחידה ונגזרותיו הוא חשוב מאוד ליצירת תחרות בין חברות הביטוח ללא חיתום והחרגה (כך שכלל האזרחים יוכלו לקבל גישה למוצר, בכפוף למגבלות צד האספקה).

הערה אחרונה:

לאחרונה נשמעו טענות לפיהן הפרדת רכיב הניתוחים והייעוצים יעלה את השימושים ביחס למצב הקיים. לכאורה, הדבר יקרה בשל "מודעות" המבוטח לכך שיש לו כיסוי כאמור. מודעות, אשר לפי הטיעון, אינה קיימת כיום אצל כל המבוטחים כי הם קונים חבילה של כיסויים בשב"נ ולא ממש יודעים מה יש להם. אולם, בפועל כיום המנתח הוא זה שמוודא איזה כיסוי יש למבוטח ומודעותו של החולה כלל אינה פקטור בהפעלת הכיסוי (כמובן שהוא יכול להחליט לא ללכת לפרטי בגלל שקיבל תור קצר בציבורי, כי ההשתתפות העצמית גבוהה או מסיבה אחרת. אבל זה בטוח לא בגלל שהוא לא מודע לקיום האפשרות). מעבר לכך, הדרך להתמודד עם הגדלת שימושים לא מבוקרת היא באמצעות השתתפות עצמית. אסור לגרום לסבסוד צולב של רכיב הניתוחים והייעוצים, על השפעותיו השליליות, על ידי השארתו בחבילה אחת עם שירותים אחרים.