

21.05.2014

לכב'
ח"כ יעל גרמן
שרת הבריאות ויו"ר הוועדה המייעצת לבחינת דרכים לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית
כאן

הנדון: התייחסות למודל ביטוחי שהוצג בוועדה המייעצת
מכתב משותף של הח"מ ושל הסמנכ"ל לפיקוח על קופות חולים ושב"ן, 1582014, מיום 19 במרץ 2014
מכתבי לשרה ולוועדה המייעצת מיום 3 באפריל 2014

במהלך ישיבה של הוועדה המייעצת מיום 17 באפריל, הסתבר שיו"ר תת-הוועדה לביטוחים הגיע ככל הנראה להבנה עם המפקחת על הביטוח במשרד האוצר בעניין פוליסה אחידה וזהה, שתהווה מוצר יחיד בשוק בהקשר לניתוחים וייעוצים. לדבריו, הפוליסה תשווק ללא חיתום והיא תהיה זהה לחלוטין לזו שתשווק כחבילה נפרדת במסגרת השב"ן. לדברי המציע, לא ישווקו יותר מוצרי ביטוח אחרים בתחום הניתוחים והייעוצים (לא כפוליסות פרט ולא קבוצתיות). הצעה זו מתווספת לרכיבים אחרים של מודל ביטוחים, שהולך ומתגבש בוועדה. מודל זה כולל בין היתר חלוקת השב"ן לשלוש חבילות נפרדות - שתיים מהן תהיינה זהות בכל הקופות; מנגנון קנס-פרס בגין הפניית מבוטחים למערכת הפרטית; הטלת מס ייעודי; קביעת סל השב"ן בידי ועדת סל חיצונית; ועוד.

מאחר ולתחושתי בדיונים סביב המודל הבליטו המציעים את היתרונות שהם רואים בו אך התייחסו פחות לסיכונים הנלווים אליו, רואה אני לנכון, כל עוד לא התקבלו החלטות, להדגיש במסמך הנוכחי דווקא את האתגרים שהמודל מציב, ולהצביע על סכנות אפשריות ונקודות תורפה שבו. זאת, כדי לאפשר לך ולחברי הוועדה להרחיב את מסגרת הדיון כך שמול היתרונות שבמודל ניתן יהיה להציב אתגרים אפשריים וסכנות שעלולות להתלוות אליו ולדון בהם באופן מעמיק.

אקדים ואומר כי התייחסותי למודל האמור נוגעת להשלכות האפשריות שלו הן על הליכי הרגולציה עצמם והן על כל אחד ממערכי הביטוח הפרטי בנפרד, כמו גם על יחסי הגומלין שביניהם. יש לציין כי ממבט ראשון אכן ניתן להתרשם שהמודל מתמודד עם סוגיות ליבה כגון היקף הניתוחים הפרטיים, כפל ביטוח, מקורות מימון למערכת הציבורית ועוד. עם זאת, כאמור, נראה שהוא מציב גם אתגרים בלתי מבוטלים ולכן אין להקל ראש באי-הוודאות הנלווית אליו ובנקודות התורפה שבו.

להלן מספר הדגשים המבהירים את עמדתי:

1. **מעורבות יתר של המדינה** – על פי ההצעה שתי 'חבילות' הראשונות (חבילת ה'ניתוחים' וחבילת 'השלמות סלי') יהיו זהות בין הקופות. ואילו הראשונה שבהם תהיה זהה גם לאלה של חברות ביטוח (ותשווק כמוצר יחיד בשוק). צעדים כגון הכתבת הכיסויים בפוליסה/בשב"ן, הגבלת פוליסה ככיסוי יחיד בשוק, ללא חיתום, וביטול האפשרות של מבוטחים לרכוש פוליסות פרט המבטיחות פרמיות קבועות לטווח ארוך יחסית – כל אלה, מהווים התערבות חריגה ביותר, מצד המדינה בענף ביטוחי הבריאות לסוגיהם. כזו, שגם לדעת מומחים חיצוניים, אינה מקובלת במדינות מערביות אחרות¹. כאן המקום גם

¹ התערבות מעין זו של רגולטור בכיסויים ובביטוחי בריאות וולונטארים (משלימים) נאסרה על ידי הדירקטיבה השלישית בכל מדינות האיחוד האירופי. התערבות רגולטורית מהותית הותרה רק לגבי 'substitutive insurance', היינו הביטוח שהוא חלופי לסל הבסיסי. במקרה האחרון נועדה ההתערבות, לוודא שלמבוטח יהיה כיסוי ביטוחי בהיקף שלא יפחת מזה הניתן בסל הציבורי. התערבות שכזו קיימת בגרמניה לגבי פוליסות הביטוח שרוכשים מבוטחים שמיצו את זכותם לצאת מהמערכת הציבורית. גם בארה"ב במסגרת Obama care חייבו את חברות הביטוח להציע 4 חלופות מוגדרות של סל בסיסי. גם שם מדובר בכיסוי שנועד להבטיח סל מינימום בהיקף מספק. אגב, תוכניות חלופיות אלה הוגדרו רק לחברות הביטוח והן אינן חופפות בהכרח לסל המוצע על ידי ה-HMOs.

להדגיש כי בישראל לא הוכתבה עד כה מדיניות של סל אחיד ומחייב אפילו לא בהקשר לסל הבסיסי מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי וכי המדינה אפשרה לקופות החולים להוסיף שירותים לסל שהוגדר מלכתחילה בחוק, דבר שמאפשר להן להתאים את הסל הבסיסי לצרכים ולמאפיינים של מבוטחיהן. לפיכך, לא ברור מדוע דווקא בביטוחים פרטיים מצאו לנכון המציעים להמליץ בפני משרד הבריאות ומשרד האוצר לנקוט גישה פטרונית, קשיחה, המכתיבה לכל השוק את חבילת הניתוחים ובהקשר לקופות, היא מכתיבה בנוסף גם את הכיסויים שייכללו בחבילה של 'משלימי סל' (הרובד השני המוצע).

ראוי להדגיש – רמה כה גבוהה של התערבות המדינה, במוצר שמהותו מקדמת ניתוחים פרטיים ותורמת להפרטה של מערכת הבריאות בישראל היא תמונה למדי. זאת, מאחר וכיום קיימים שירותים אחרים כגון רפואת שיניים לאוכלוסייה הבוגרת, בהם המימון הציבורי אינו מכסה אף מקצת מהצרכים של משק הבית והוא נדרש לממן 'מהכיס' את מרבית ההוצאה. שם, לא מצאה המדינה צורך להתערב בשוק הפרטי ולהכתיב כיסויים ומחירים, כדי להבטיח למבוטחים כיסוי הולם ונגישות ראויה לשירותים חיוניים. תמונה בעיני שמציעים ליישם זאת דווקא בניתוחים פרטיים.

2. **פלטפורמה להרחבת היצע מיטות פרטיות לסוגיהן** - הצעת מוצר ביטוחי שכל תכליתו ניתוחים פרטיים (בניגוד למוצר משולב הקיים כיום) ופעילות שיווקית נרחבת שלו עלולים להביא בהמשך לשיעור גבוה יחסית של מימושים. כמו כן, קיומה של פוליסה/תוכנית שב"ן ממוקדת שכזו בידי מספר רב ביותר של מבוטחים, תיצור לחץ מצד המבוטחים של פוליסות אלה להגדיל את היצע המיטות הפרטיות ולהנהיג שר"פ בבתי חולים ציבוריים.

3. **טשטוש גבולות העיסוק של חברות הביטוח וקופות החולים** - במתכונת הנוכחית, ההצעה גורמת מחד לאובדן הצביון הציבורי של השב"ן, עקב הקושי בהמשך יישום עקרון העזרה ההדדית ועקב עידוד תחרות עם חברות הביטוח. מאידך, בהקשר לפוליסה האחידה היא 'צובעת' את חברות הביטוח בגווניו של ארגון לעזרה הדדית (מאחר ובין היתר מדובר על כך שבפוליסה האחידה לא יהיה חיתום ויהיה סבסוד צולב בין קבוצות הגיל). כל זאת, מבלי שחברת הביטוח תאבד את יתרונותיה כגוף מסחרי ומבלי שתתחייב לכללי הפעולה שמוכתבים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. יתרה מזאת, טשטוש הגבולות יאפשר ואולי אף יעודד את חברות הביטוח להתחרות עם השב"ן בתחומים נוספים (כגון חבילת 'משלימי סל') והפעם באמצעות פוליסות המאפשרות חיתום.

4. **תחרות בין מבטחים בתנאים בלתי שווים** –
א. מערך הביטוחים המסחריים ומערך השב"ן נשענים על פלטפורמות משפטיות שונות ועובדים לפי כללים שונים וקודים אתיים שונים. יצירת מוצר שנראה להדיוטות כמוצר זהה והקניית מראית עין של 'תחרות חופשית' – מציגה מצג מטעה. המוצר לא יהיה זהה, בין היתר בהרכב הרשימה של נותני השירות וברשימת הניתוחים ולכן לא תימנע רכישה של ביטוח כפול. בנוסף, התחרות לא תהא הוגנת מאחר ולמבטחים מסחריים קיימת אפשרות לנקוט בפעילות שיווקית, תוך שימוש בהליכים שלא מתאפשרים ולא נהוגים בקופות. הם יכולים לדוגמא, במסגרת פעולות שיווק, להוריד מחירים (למבוטחים מסוימים) ו/או לספוג זמנית הפסד בתיק ביטוחי אחד ולכסות על כך ברווחים מתיקי ביטוח אחרים, מה שכמובן לא מתאפשר לקופות החולים. הבדלים בין קופות לחברות הביטוח קיימים גם בהקשר של מעמדו של מבוטח מול המבטח בעת מיצוי זכויותיו מכוח הפוליסה. כל אלה, יקנו יתרונות לחברות הביטוח ויפגעו בקופות ובמבוטחי השב"ן.

ב. גם אם יאסר על חברות הביטוח לבצע חיתום בכניסה לביטוח, הן ידעו לסנן מבוטחים על ידי פנייה יזומה לצעירים ובריאים והצעת הטבות כגון הורדת

פרמיות בפוליסות אחרות, מתן פיצוי בגין 'היעדר תביעות' וכדו'. פעילות שכזו, אסורה על הקופה. התוצאה האפשרית – אנטי סלקציה. צעירים ובריאים יחסית יבחרו בחברות הבטוח. מצב זה עלול להביא לכך שחבילת הניתוחים המוצעת בשב"ן תתאפיין במבוטחים בגיל גבוה יחסית או עם תחלואה גבוהה, דבר שיגרום לעליית דמי הביטוח בשב"ן.

ג. כאשר המוצר הביטוחי מזוהה על ידי הצרכן כמוצר זהה (על פי ההצעה, שתי החבילות הראשונות אמורות להיות זהות בין הקופות ואילו החבילה הראשונה – זהה גם לזו שתשווק בשוק המסחרי) והקופה לא יכולה לבדל עצמה באמצעות סל השירותים ולהתאים את תמהיל השירותים לצרכים ולמאפיינים של המבוטחים – יקנה הדבר יתרון למבוטחים גדולים. אלה, בין אם מדובר במבטח מסחרי או שב"ן, מסוגלים לקבל מנותני השירות תעריפים נמוכים יחסית. התוצאה – דמי ביטוח נמוכים יותר בקופות/מבוטחים גדולים. דבר זה יעודד למבוטחים לעבור אליהן, לעיתים מבלי להבין השלכות אחרות של צעד זה עליהם, ויוביל להגברת הריכוזיות בשוק ופגיעה בקופות הקטנות ובמבוטחיהן.

5. **חשש ממשי לפגיעה במבוטחים** – על אף שברמה התיאורטית נראה כאילו קיים יתרון במודל זה עקב היכולת להשוות בין חלופות ולמנוע כפל ביטוח, במישור המעשי הוא עלול לפגוע במבוטחים וזאת מהטעמים הבאים:

א. **אובדן הערבות ההדדית** – כיום, עקב הגיוון במוצרי השב"ן, קיים גם גיוון בתמהיל המבוטחים. כתוצאה מכך דמי הביטוח של אלה שבריאים בדרך כלל או שצרכיהם נמוכים יחסית כגון שירותים במהלך הריון, רופאי ילדים, שיניים וכדו' מסייעים במימון הוצאות של המבטח בגין מבוטחים הזקוקים לניתוחים או לתרופות יקרות. פיצול השב"ן לחבילות נפרדות יביא לכך שהשימושים בקרב המבוטחים בכל אחת מהחבילות האלה יהיו גבוהים יחסית. מחירן ילך ויעלה ועקב כך ינשרו מבוטחים חלשים כלכלית ונגישותם לשירותי בריאות (בעיקר בשתי החבילות הראשונות) תוגבל יחסית למצב הנוכחי.

ב. **נסיגה ממחויבות ארוכת טווח** – תוכניות השב"ן קיימות בקופות החולים זמן רב, חלקן מהוות המשך לביטוח משלים שהיה קיים בחלק מהקופות עוד לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מכאן עולה גם שאלה אתית, שראוי לתת עליה את הדעת: מבוטחים ששילמו משך 15-20 שנה דמי ביטוח בגין תוכניות ביטוח משלים/שב"ן בקופות, ובכך סייעו וסבסדו מבוטחים אחרים שעברו ניתוחים או טיפולים יקרים, מגיעים כיום לגיל בו דמי הביטוח שמשלמים אחרים אמורים לסייע בכיסוי צרכיהם הבריאותיים – האם הוגן דווקא עתה, למנוע מהם את הסיוע הנחוץ להם במסגרת אותה ערבות הדדית שעמדה עד כה בבסיסן של תוכניות אלה.

ג. **פגיעה באמון של המבוטחים** – שינויים משמעותיים שמבצע הרגולטור בכיסויים ובזכויות של מבוטחים בשב"ן, יוצרים בקרב המבוטחים חוסר אמון ואובדן הביטחון ביכולת לשמר את זכויותיהם בתוכניות השב"ן לאורך זמן. דבר זה עלול לעודד רכישה של כיסויים ביטוחיים נוספים בשוק הפרטי ולשמש קרקע פורייה לפעילות שיווקית אפקטיבית מצד סוכני הביטוח.

ד. **עלייה בתעריפי הביטוח** – צפויה עלייה בתעריפי הביטוח של תוכניות השב"ן לדוגמא עקב:

- 1) אנטי-סלקציה שתיגרם בגין פיצול החבילות, כפי שהוסבר לעיל
- 2) ריכוז שירותים שכיחים וחיוניים בחבילה אחת צפופה (כגון, התפתחות הילד, תרופות, אביזרים, רפואת שיניים – לסוגיה, פיזיותרפיה), ללא אפשרות ליצור תמהיל מאוזן יותר
- 3) חברות הביטוח המסחריות, שהנן בעלות אמצעים, ירצו לבדל את פוליסת הניתוחים שלהן, הן יחזרו אחרי רופאים בעלי מוניטין רב

(יכוכבים)². אם הקופות ינסו לא לפגר אחריהן. תעריפי הרופאים יעלו והפרמיות בהתאם.

4) עלייה צפויה של דמי הביטוח בגין ההצעה להטיל קנסות ומיסוי ייעודי – ראה הסבר בסעיף 9(ב) להלן.

ה. **פגיעה בחופש הפרט** - על פי ההצעה, יאסר על חברות הביטוח להציע פוליסות ניתוחים וייעוצים, אלא רק במסגרת הפוליסה האחידה. מהיבט המבוטח, לפוליסות פרט קיימים יתרונות מסוימים (לדוגמה לעניין הבטחת מחיר לאורך זמן). חלק מהמבוטחים יעדיפו אולי לרכוש בשוק המסחרי מוצר שכזה דווקא, ולא ברור מדוע מתמרצים אותם לקנות (ואת חברות הביטוח למכור) מוצר מסחרי נחות.

6. חוסר וודאות לגבי המודל המוצע:

א. **חוסר וודאות של הצרכנים לגבי העקרונות האקטואריים ודמי הביטוח בפוליסה האחידה** - בעת הצגת הנושא בפני הוועדה הציבורית הוצע לאפשר למבטחים לבצע התאמת פרמיות אחת לשנה. משמעות צעד זה היא חוסר תמריץ למבטח לחסוך עלויות (ההוצאה מועברת ישירות למבוטח) וגידול מהיר יחסית בדמי הביטוח לאורך השנים. הגם שלאור הביקורת שהושמעה במהלך הצגת המודל בוועדה, תוקן הניסוח בהמשך (בהודעה לתקשורת), כך שהוא לא פירט אם העדכון הוא שנתי, עדיין מדובר ככל הנראה בתדירות גבוהה של עדכונים (מעבר למדד) ואין ביטחון שהצרכן יוכל לשאת בהוצאה זו לאורך השנים.

ב. באקטואריה של ביטוחי בריאות מסחריים קיימים שני מודלים עיקריים: ביטוחי פרט בהם הפרמיות נקבעות לפי רמת הסיכון של המבוטח (גיל, מצב בריאות וכדו') וביטוחים קבוצתיים שם הפרמיה נקבעת לפי רמת הסיכון של כל קבוצת גיל (community rating). סבסוד צולב בין קבוצות גיל נהוג כיום בעיקר בשב"ן הנשען על עקרון העזרה ההדדית, וכן בביטוחי סיעוד שבהם הסיכון האקטוארי הוא ארוך טווח והפרמיה בגיל המבוגר עלולה לעלות בתלילות רבה³. במודל דנן, הוצעה אפשרות לפיה בפוליסה האחידה, שתשווק בידי חברות הביטוח על בסיס אישי, ייושם מודל אקטוארי הדומה לביטוח קבוצתי (community rating) וחברות הביטוח יחויבו גם להנהיג סבסוד צולב בין קבוצות גיל. דבר זה אינו מקובל בביטוחי בריאות מסחריים וודאי שאין זה מוצדק ליישמו, כהכתבה מצד רגולטור, כאשר מדובר דווקא במוצר של מותרות - בחירת מנתח לביצוע ניתוח בבית חולים פרטי. טרם הנהגת שינוי שכזה ראוי לבחון בקפידה את מכלול משמעויותיו מהיבטים אקטואריים ואחרים.

ג. ההצעה מביאה אותנו למצב בו חברות הביטוח יפעלו בתחום זה כארגון לעזרה הדדית ואילו הקופות, עקב התחרות עם חברות הביטוח ייטו לפעול כמבטח מסחרי שמנסה, באמצעים שיעמדו לרשותן, לבחור את בעלי הסיכון הנמוך. לטעמי, שני הכיוונים אינם רצויים, ויש לבדל את שני מערכי הביטוח כך שיפעלו בהתאם לייעודים השונים שלהם. ההצעה המונחת על השולחן מקדמת את הכיוון הראשון - חברות הביטוח יתהדרו בתדמית היסמי-ציבורית שלהן ואותה ינצלו כדי להגביר מכירות של פוליסות בריאות. הן יקבלו 'כרטיס כניסה' לעולם השב"ן ולמכירת שירותי שב"ן, תוך ניצול יתרונותיהם המסחריים, כגון ברירת מבוטחים⁴.

² גם אם יאסר על חברת ביטוח לכרות הסכם כובל ובלעדי עם מומחים ידועי-שם, גובה התגמול למומחה שכזה ימנע מהקופות אפשרות להגיע למספר משמעותי של הסכמים כגון אלה

³ למיטב ידיעתי, אפילו בביטוחי הסיעוד הקבוצתיים שוקלים כיום באגף שוק ההון לבטל את הסבסוד הצולב
⁴ בעניין זה ראוי להזכיר כי במסגרת ה-Obama-care בארה"ב, החל מהשנה החולפת, חויבו חברות ביטוח שמעוניינות להצטרף לתוכנית זו, להציע 4 חבילות אחידות של סל בסיסי - ללא חיתום, ותוך אפשרות שניתנה להן לבצע התאמת פרמיות מידי שנה.

ד. לא ברור אם יאסר על חברות הביטוח גם למכור פוליסות פיצוי שמתייחסות למצבים רפואיים המצריכים ניתוח. השארת אפשרות זו תגדיל עד יותר את המכירות של ביטוחים מסחריים ולמעשה גם תשמש בין היתר לכיסוי ההשתתפות העצמית בה מחויב המבוטח בפוליסת הניתוחים ובשב"ן. כמו כן היא תאפשר ערוץ שיווק של פוליסת ניתוחים, הכוללת חיתום, במקביל לפוליסה האחידה (שלדברי המציעים אמורה להיות פוליסת הניתוחים היחידה בשוק).

ה. חוסר וודאות לגבי התוצאות

1) האם צעד זה יצמצם את הרכישה של ביטוחי בריאות פרטיים לסוגיהם, ויצמצם את הניתוחים הפרטיים?

(א) אם אכן יבחרו המבטחים לשווק מוצר זה, תנופת מכירות של שני המבטחים, הפרסום הרב לו זוכה הנושא והחרדה מצד המבוטחים מפני אובדן זכויותיהם, עלולים להביא לכך שההצטרפות למוצר זה לא תפחת ואולי אף תעלה על ההיקף הנוכחי⁵ והשימושים בו יגדלו.

(ב) כאמור, שיווק מוצר ביטוחי שכל תכליתו ניתוחים פרטיים (בניגוד למוצר משולב ומגוון הקיים כיום) ותשלום הפרמיה בגינו לאורך השנים, יובילו לשיעור גבוה יחסית של מימושים מקרב המבוטחים, וכן להגדלת הציפיות שלהם ממערכת האשפוז הפרטית. בהמשך, עלול להיווצר לחץ מצד מבוטחי פוליסות אלה להגדיל את היצע המיטות הפרטיות ולהרחיב את השירותים הפרטיים בבי"ח ציבוריים, לרבות השר"פ.

2) האם צעד זה - ימנע כפל ביטוח? להערכתך, התשובה לכך שלילית. זאת, מהטעמים הבאים:

(א) מאחר ובחבילת הניתוחים שתיראה אמנם ממבט ראשון זהה, יהיו עדיין הבדלים בין המבטחים ברשימה של נותני השירות (מנתחים ובתי חולים), בזמינות של השירות, ואולי אף ברשימת הניתוחים וכדו'. סביר להניח שבמועד הרכישה המבוטח ירצה להבטיח את עצמו לעתיד וה'סוכנים' ישכנעו אותו לרכוש הן את החבילה המוצעת בשב"ן והן את זו של חברת הביטוח, כדי לשמר בידיו את מירב האופציות לבחור בעתיד מנתח כלבבו.

(ב) פעילות שיווק נמרצת, שתבוא בעקבות השינוי המוצע, יחד עם חוסר הוודאות של הצרכנים, עלולים להביא צרכנים לרכוש יותר ממוצר אחד, והדבר לא יצמצם את כפל הביטוח ועלול, כאמור, להגביר עוד יותר את רכישת הביטוחים הפרטיים, לסוגיהם.

(ג) סוגיית כפל הביטוח יכולה להיפתר בצעדים אחרים, פחות 'מהפכניים'. לדוגמא רגולציה שיוצרת הפרדה ברורה בין הכיסויים הביטוחיים המוצעים בשני מערכי הביטוח; אסדרה הדוקה של פעילות שיווק; וגילוי נאות. דוגמאות ספציפיות לצעדים בכל אחד מהתחומים הנ"ל הוצעו בחלופה שהוצגה על ידי הח"מ בפני הוועדה, שעיקריה מופיעים בנספח הנוכחי (למיטב ידיעתי טרם התקיים בוועדה דיון בחלופה זו).

3) האמנם – לא יהיה סינון מבוטחים? עצם העידוד והצורך לבצע פעולות שיווק המוניות, יהיו הזדמנות למבטחים, לסוגיהם, לפנות באופן אקטיבי למבוטחים, ולבצע חיזור סלקטיבי אחר מבוטחים הנמנים על אוכלוסיות חזקות; גם גובה הפרמיה יהווה סוג של מסננת; לכך ניתן צרף את היכולת

עם זאת, החברות רשאיות להציע גם מוצרים מקבילים, שאינם זהים לחבילות אלה. אגב, האמור לעיל לא חל על HMOs. אין עדיין ניסיון מספיק עם המודל האמור של חברות הביטוח שם בהקשר לרפורמה האמורה. חברות ביטוח רבות נמנעות מלהצטרף ל-Obama-care exchange.

⁵ יתכן מצב בו תמהיל המבוטחים ישתנה, ללא שינוי ואולי אף הגדלה בהיקף המכירות

של חברת ביטוח לשווק, כמבצעים ובמחירים אטרקטיביים, לצד הפוליסה האחידה, פוליסות נוספות, הכוללות חיתום. גם בדרך זו ניתן יהיה לסנן מבוטחים המצטרפים לפוליסה האחידה. כל אלה הן מקצת דוגמאות אופן בו יתאפשר למבטחים לסנן מבוטחים ולהבטיח תמהיל מבוטחים עם רמת סיכון נמוכה ככל הניתן.

7. **קביעת הרכב סל השב"ן בידי וועדה חיצונית** – במודל המוצע נקבע שהרכב סל השב"ן (בחבילת 'משלמי סל בסיסי') ייקבע בידי וועדה חיצונית שתכתיב סל זהה לכל הקופות. יש זכור שתמהיל המבוטחים בכל קופה הוא שונה, מבחינה בריאותית, חברתית-כלכלית ותרבותית. בהתאם לכך, שונים גם צרכיהם, העדפותיהם, ויכולותיהם. הקופה מכירה את מבוטחיה, יש לה את האינטרס ואת היכולת להיענות לצרכיהם, במסגרת הכללים שמוכתבים לה בידי משרד הבריאות ובגבולות התקציב שבידה לעניין זה. במסגרת מוסדות הקופה קיים דירקטוריון שכולל גם נציגי ציבור והם אלה שמאשרים את השינויים בתקנוני השב"ן ובסל השירותים, טרם העברת הנושא לאישור משרד הבריאות. המשרד מצידו קובע את כללי המסגרת.⁶

הקופות צברו ניסיון של עשרות שנים בביטוחי בריאות וצריכה להישמר להם האוטונומיה להציע סל שירותים של תוכנית שב"ן המותאם למבוטחיהן, וליישמו בהתאם לאישורים ולכללים של משרד הבריאות. מעבר להליך האישור המתואר לעיל, אין לדעתי מקום להכללת גורמים נוספים בקביעת הרכב סל השירותים של השב"ן. אין לכך הצדקה במישור המהותי ויש כאן כרסום באוטונומיה המוקנית כיום לקופות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ופגיעה בסמכויותיו של משרד הבריאות.

מעניין אגב לציין, שהוועדה לא הציעה לבצע שינוי דומה המוביל למעורבות של גורמים חיצוניים, בכל הנוגע לפעילותו של המפקח על הביטוח בהקשר של אישור כיסויים ביטוחיים בפוליסות חדשות (ואפילו לא בהקשרים ספציפיים כגון מינוחים רפואיים והגדרת 'מחלות קשות' בפוליסות ביטוח).

8. מימון פרטי כפתרון לחוסר משאבים במערכת הציבורית

א. סוגיית 'קרן השפע'

חלק מהתומכים בהצעה מבהירים כי הכנסות השב"ן מסעיף בחירת מנתח יופנו למערכת הציבורית. זאת, באמצעות הנהגת בחירת רופא בתשלום במערכת הציבורית. לדעתי, הצעה זו מרכזת את הרע מכל העולמות. בהיבט המימון – נוצר כאן תקדים מסוכן – במקום לפעול להשגת מימון ציבורי, החסר למערכת הבריאות הציבורית, פועלים למיסוד הסכמים בין השב"ן לבין בתי חולים בהקשר לבחירת רופא בתשלום, על מנת שאלה יכניסו את הכסף החסר לבתי החולים. סידור זה מאוד 'נוח' והוא גם מאוד 'גמיש'. אם יחסר עוד כסף לבית החולים, ניתן יהיה להעלות את התעריפים של בחירת מנתח, הקופות יעלו את דמי הביטוח בשב"ן בהתאם, וההוצאה תגולגל על המבוטחים. במקום שהמדינה תקצה מימון ציבורי, פרוגרסיבי יחסית, המתבסס על תשלומים המביאים בחשבון את רמת ההכנסה של הפרט – היא תעודד את מימון השירותים בבתי החולים הציבוריים בעזרת מימון רגרסיבי, המבוסס על דמי הביטוח בשב"ן. אם יידרשו לבתי החולים תקציבים נוספים, תמיד אפשר יהיה להרחיב את ההסכמים בין השב"ן לבין בתי החולים ולהוסיף – בחירת מרדים במהלך ניתוח, בחירת נותני שירות במרפאות החוץ, מלונאות טובה יותר

⁶ ראוי להזכיר כי בהצעה המשותפת לח"מ ולסמנכ"ל קופות החולים וכן במכתבי הקודם (סימוכין ב') הובהרו שינויים משמעותיים בכללי המסגרת הנהוגים כיום ברגולציה של השב"נים, לרבות בהקשר של הרכב סל השירותים.

באשפוז, תוספת אביזרים רפואיים שאינם בסל בתשלום ועוד. לכאורה, לאחר שיושם מודל זה, יפחת התמריץ למדינה להקצות תקציב ציבורי, עקב האפשרות להשתמש בדמי הביטוח המשלים כמקור מימון חלופי. הצעה זו פסולה בעיני. היא תזיק הן למבוטחי השב"ן והן למערכת הציבורית ככלל; היא תגדיל משמעותית את ההוצאה הפרטית ותעמיק את הפערים.⁷

ב. קנסות ומיסים

(1) על בסיס טענה כאילו הקופות מסיטות את המבוטחים למערכת הפרטית, כדי 'להרוויח' את תקציב הסל הבסיסי מבלי להידרש להוצאה מתקציב הסל בעת קרות האירוע, מציעים במודל המוצע ליקנוס' קופות בהן שיעור הפנייה של מבוטחים לניתוחים פרטיים גבוה מהממוצע. הקנס של אותן קופות יחולק כ'פרס' בין קופות ששיעור ההפניה בהן היה נמוך מהממוצע. כאן קיימת בעיה כפולה. האחת, מתירים לקופות להציע ניתוחים פרטיים במסגרת השב"ן, אך מנסים לתמרץ אותן למנוע, ככל הניתן, ממבוטחים לממש את זכותם לקבל ניתוח פרטי בהתאם לתקנון השב"ן. דבר זה מציב את הקופה במצב בלתי אפשרי והוא בלתי מוסרי. אם בעיני המציעים, סעיף ניתוחים בבתי חולים פרטיים ובחירת מנתח בשב"ן הוא בעל השפעה כל כך מזיקה למערכת הציבורית – נראה לי שסביר יותר היה שהמציעים יפעלו להוצאתו של סעיף זה מהשב"ן כליל⁸, ולא יאפשרו מחד לגבות דמי ביטוח ממבוטחים ומאידך יתמרצו את הקופה להציב מכשולים בדרך למימוש הזכות של המבוטח. עלול להתקבל הרושם שהסיבה שמשאירים בשב"ן את האפשרות לבצע ניתוחים פרטיים/בחירת מנתח, היא כי מעוניינים לנצל את השב"ן כדי לקדם מהלך להכשרת שר"פ בבתי החולים הציבוריים. נושא שכפי שהובהר בנייר עמדה קודם שלי, הוא בעייתי בפני עצמו.

(2) בנוסף לאמור לעיל, הועלתה הצעה להנהיג מס ייעודי על תוכניות השב"ן או לחילופי על ספקי השירות הפרטיים. זאת, כדי ל"פצות" את המערכת הציבורית על ההשפעות החיצוניות השליליות הנגרמות על ידי המערך הרפואי הפרטי. תוצאה של צעד זה משמעותה – ייקור נוסף של דמי הביטוח ופגיעה נוספת במבוטחים (בין אם ישירות עקב המיסוי על השב"ן ובין אם עקב הגידול בהוצאה בגין העלאת תעריפי הספקים, עקב המס אותו יחויבו לשלם). יש להבהיר שמדובר במס שאמור להגיע למערכת הציבורית, אולם הוא לא יגיע בהכרח לקופות החולים, כולן או חלקן וכי מס זה הינו גרסיבי ופוגע במבוטחי שב"ן שהינם בעלי הכנסות נמוכות יחסית.

(3) מכל האמור לעיל עולה כי הנטל על המבוטחים של השב"ן צפוי לגדול באופן ניכר ביותר בהשוואה למצב כיום. דבר זה יבוא לידי ביטוי במספר מישורים – בנוסף לתשלום דמי הביטוח, שעל פי הנוהג כיום, משקפים את העלות הנוכחית של השירות, המבוטחים יידרשו לממן את התוספת לפרמיה שתיגרם כתוצאה מהקנס בו חויב השב"ן; הם יתרמו גם את חלקם בצורת פרמיות מוגדלות בגין מיסוי שיושם; הם יאלצו גם לשלם דמי ביטוח גבוהים יותר עקב נטישת צעירים יחסית (מחבילת הניתוחים), וכן עקב העמסת שירותים חיוניים בחבילה אחת ללא תמחיל מאזן התורם לאיגום סיכונים; יתכן שהם יוסיפו ויתרמו מתוך הפרמיות את חלקם למימון המערכת הציבורית גם בגין הנהגת שר"פ בבתי החולים ציבוריים, זאת עקב הגידול שייגרם עקב כך בהוצאות השב"ן - לא רק כתוצאה מגידול בשימושים אלא גם כתוצאה מתעריפים גבוהים יחסית של ניתוחים במסגרת השר"פ בבתי חולים ציבוריים בהשוואה לתעריפים הנהוגים בבתי"ח פרטיים; ועוד.

(4) האמור לעיל מדגים כי ההצעה מובילה לתהליך של הפרטה במסגרתו כסף פרטי שייגבה ממבוטחים המשלמים דמי ביטוח עבור שירותי שב"ן לא יחזור אליהם

⁷ הרחבה על כך קיימת בנייר עמדה קודם

⁸ מהלך שאני מתנגד לו

לשם טיוב שירותי השב"ן או במקרה של עודף הכנסות - להקטנת פרמיות, אלא ימצא דרכו למערכת הציבורית, כחלופה למימון ציבורי שאמור היה להגיע מהמדינה למערכת זו בדיון. מהלך זה יוביל לקידום שירותים במימון פרטי בתוך המערכת הציבורית ויגדיל בה את הפערים בין קבוצות אוכלוסייה.

לסיכום סעיף זה ניתן לדעתי לומר כי ההצעות בעניין קנסות ומיסים על השב"ן, שהונחו על ידי תת-הוועדה עלולות להוות תמריץ שלילי לבתי חולים ולקופות להקטין הוצאות, מאחר והן תאפשרנה להן להרחיב חדשות לבקרים את ההסכם בין ביה"ח לבין השב"ן, ובמקביל להעלות את דמי הביטוח (עקב הגידול בהוצאה) ובכך להגדיל את הכנסותיהן. לאורך זמן, צעד זה פוטר בקלות רבה מידי את המדינה מלמלא את חובתה כלפי המערכת הציבורית למימון הולם ויביא לגידול בהוצאה הפרטית ופגיעה במבוטחים.

9. התבססות על הנחות יסוד שלא הוכחו

סוגיית הקנסות שבמודל, על הסיכונים הכרוכים בו, מבוסס לעניות דעתי, בחלקו על הנחות יסוד שלא הוכחו. להלן שתי דוגמאות להמחשה:

א. **פעילות הסטה מצד הקופות** – לדעתי עד כה לא הוכח כי קיימת הסטה מכוונת שכזו, שהינה מעבר להליך של בחירה חופשית מצד המבוטח:

- במהלך הצגת הנושא התבססו על טבלה בה הוצגו כ-20 ניתוחים ששייכותם בשב"ן של מכבי שירותי בריאות, היא הגבוהה ביותר. נתונים אלה לא מייצגים מאות סוגים של ניתוחים אחרים המבוצעים במערכת הבריאות וודאי שאינם מייצגים את הנעשה בקופות אחרות.
- נתונים שהוצגו על שירותי בריאות כללית הראו שמתוך כ-20 ניתוחים רק באחד מהם קיים שיעור גבוה של שימושים במערכת הפרטית. וכי רוב הניתוחים השכיחים, הכלולים בסל, מבוצעים דווקא בבתי חולים ציבוריים.
- אם אכן קיים שימוש מוגבר במספר מצומצם של ניתוחים המבוצעים בשיעור גבוה בבתי"ח פרטיים, יש לוודא שהדבר לא נובע מתורים ארוכים במערכת הציבורית במספר מוגדר של ניתוחים, בעיה שאולי נובעת מכשל בתמחור של אותן פרוצדורות⁹, ובתמריצים הקיימים לבתי חולים ליצור תורים – אין כלל וודאות שהנושא קשור למה שמיוחס לפעילות 'הסטה'.
- טרם קבלת החלטות על שינוי דרמטי בשב"ן המבוסס על ההנחות האמורות, ראוי לוודא אם ניתוחים מסוימים המבוצעים במכבי בשיעור גבוה באסותא לא קשורים לכך שמדובר בבתי"ח פרטי שבבעלות הקופה – גם כאן לא נראה שצעד רוחבי שקשור לשב"ן ונוגע למבוטחי כלל הקופות הוא הפתרון הראוי לסוגיה זו.

ב. התייחסות לטענה שהקופה 'מרוויחה' מכך שמבוטחים בוחרים במערכת הפרטית

- חישוב עלות הסל עם כניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי הביא בחשבון את עלות הסל דאז ואת תמהיל השימושים. כבר אז היו מבוטחים שבחרו במערכת הפרטית וחישוב עלות הסל לא כלל את ההוצאות בגין שימושים אלה. ראוי לזכור שככלל, מנגנון עדכון עלות הסל שהוגדר בחוק, לא מביא בחשבון שינויים באופן והיקף השימוש של הפרט בשירותי בריאות אלא רק את מדד יוקר הבריאות (מחירים) ואת גידול האוכלוסייה והזדקנותה.
- אין ויכוח על כך שמאז כניסת החוק לתוקף היקף הביקושים לשירותי בריאות במערכת הפרטית גדל, מעבר ל"גידול הטבעי". אולם, לאור האמור לעיל, מי שטוען שהקופה מרוויחה מכך וצריך לקנוס אותה על כך, צריך להביא בחשבון גם שינויים שהתרחשו בכיוון השני. מאז כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לא עודכנה עלות הסל בגין שינויים בהיקפי שימוש בשירותי סל הבריאות שנובעים מעלייה בתחלואה כרונית; היא לא הביאה בחשבון שינויים בהוצאות הקופה

⁹ ראה לדוגמא את השפעת השינוי הדרמטי באורך התור לניתוחי Fess בבתי חולים הציבוריים, שארע לאחר וכתוצאה מהכנסת פרוצדורה ל-DRG (קיצר דרמטית את התור)

עקב העדכון האוטומטי של סל השירותים המושת עליה, ללא תוספת תקציב; וכן בגין שינויים ברשימת התרופות שלא דרך מנגנון עדכון הסל, ועוד. אם צריך לקנוס קופה עקב 'רווחים' שנובעים משינויים בהרגלי צריכת השירותים בכיוון אחד (שימוש במערכת הפרטית), צריך לכאורה גם לפצות אותה במקביל עקב 'הפסד' שהינו תוצאה של שינויים שחלו בהרגלי צריכת השירותים ואשר השפיעו על הוצאותיה בכיוון השני ואשר בגינם היא לא פוצתה בעת חישוב עלות הסל ובמנגנון העדכון שלו. כל זאת, עוד בטרם הזכרנו את השחיקה שחלה, לאורך השנים, במקורות שהועמדו לרשות הקופות, שמיוחסת למדד יוקר בריאות שאינו הולם ופיצוי בלתי מספק עקב הזדקנות האוכלוסייה.

10. הקשר עם מודל האספקה שמוצע - שר"פ לייט

- א. אם תתקבל ההצעה האמורה בהקשר למודל האספקה שכלל הנראה מוצע במסגרת הוועדה (שר"פ לייט), ובנוסף לכך תיפתח תחרות של השב"ן עם חברות הביטוח במסגרת הפוליסה האחידה. תתבצע, ככל הנראה, פעילות שיווקית נרחבת, בשני מערכי הביטוח. קיים סיכוי סביר שפעילות זו עלולה להוביל לשגשוג של פוליסות אלה ולהגברת השימוש בשירותי רפואה פרטית, ובמיוחד בשר"פ בבתי החולים הציבוריים.
- ב. גם אם לא ייושם בשלב זה השר"פ, עצם שיווקה של פוליסה הממוקדת בנושא זה, תיצור ציפיות בקרב מבוטחים לפתיחת מיטות פרטיות נוספות שיאפשרו מימוש הולם של הפוליסה שברשותם ובהמשך סביר שיווצר לחץ מצידם להנהגת שר"פ בבתי חולים ציבוריים (לחץ שלא קיים כיום).
- ג. הדבקות במודל הביטוחי שהוצע, על חסרונותיו וסכנותיו, עלול ליצור רושם שהמודל הביטוחי המוצע, בהקשר לפוליסת/חבילת הניתוחים, משמש כלי שרת כדי לקדם ולמנף את מודל האספקה המוצע- היינו, את הטמעת השר"פ בבתי החולים הציבוריים ואת השימוש במימון פרטי בבתי חולים אלה כחלופה למימון הציבורי לו הם (ומערכת הבריאות הציבורית ככלל) זקוקים.
- ד. מימוש ההצעה בנושא 'שר"פ לייט' לא ימנע את כל חסרונות השר"פ, כפי שהוצגו במכתבי שבנייר עמדה קודם שלי ובמצגת שהוקרנה בהרצאתי בפני הוועדה הציבורית ביום 14 בנובמבר 2013. מאחר והמסמך הנוכחי מתמקד במודל הביטוחי, לא ארחיב כאן אודות מודל האספקה. אדגיש רק כי לדעתי הצעד המשולב המוצע (בביטוח ובאספקה) הינו בלתי הפיך ורב-סכנות.
- ה. בהקשר למודל האספקה, אכן יש מקום לסייע לחיזוק בתי החולים הציבוריים. אולם לדעתי, במקום להנהיג שינויים דרמטיים כל כך, הן במודל הביטוחי הן במודל האספקה, שהינם בלתי הפיכים ומסוכנים, ראוי לבחון את האפשרות להקצות תקציב ציבורי (בסד"ג של כחצי מיליארד ₪) לבתי החולים למימון העסקתם של full timers, ולהעדיף במסלולי הקידום את ה- full timers. כמו כן, לפעול לשינוי התמחור של פעולות בהן בתי החולים יוצרים תורים בגלל חוסר כדאיות כלכלית ולפרסם את התקנות שנמצאות כיום בהכנה במשרד הבריאות המטילות על הקופה את החובה לעגן בהסכם עם בתי החולים לא רק את ההיבט הכלכלי אלא גם מדדים של איכות השירות וזמינותו. בהיבט הביטוחי- כאמור, ראוי לבחון חלופות למודל המוצע.

דיון וסיכום

המודל הביטוחי שהוצג בפני הוועדה, לא מביא בחשבון את הייעוד השונה של השב"ן בהשוואה לביטוח המסחרי (נושא זה נדון בהרחבה במכתבי שבסימוכין ב'). המודל המוצע חוטא בכך שהוא מפעיל מידה מוגזמת של מעורבות מדינה. כזו, שמצד אחד אינה מכוונת למוקדים בהם דרושה התערבות ומאידך מתערבת, באופן שאינו מידתי, במקומות בהם היא עלולה להביא נזק שהוא גדול יותר מהתועלת אותה מקווים להשיג.

במסמך שבסימוכין ב' הבעתי את עמדתי בדבר הייעוד השונה של כל אחד ממערכי הביטוח; את הצורך לבדל ביניהם ולהביא לידי ביטוי, באמצעות הפלטפורמות המשפטיות השונות ועקרונות ההפעלה השונים והכיסויים הביטוחיים השונים, את היתרון היחסי של כל אחת מהמערכות; וכן הצעתי התערבות שבעיני היא מידתית וראויה כמענה לבעיות היסוד במערך הביטוחים. במקום זאת, מוצעת התערבות חריגה מצד המדינה, שתוצאתה טשטוש ההבדלים בין המערכות הביטוחיות, תוך הנצחת חוסר האיזון הקיים כיום, המונע אפשרות לקיומה של תחרות הוגנת, עידוד פעילות שיווקית של ביטוחי בריאות ועוד.

מה מקווים המציעים להשיג באמצעות הכתבת פוליסה אחידה בניתוחים (כמוצר יחיד בשוק בתחום הניתוחים)?

אם המהלך נועד להביא לצמצום השפעה חיצונית שלילית על המערכת הציבורית ולהפחתת היקף הפוליסות הפרטיות והניתוחים הפרטיים – הרי שלהערכתי, הגברת תחרות בין מערכי ביטוח על מוצר זה ופעילות השיווק שתתלווה לכך עלולים להשיג את המטרה ההפוכה, הגברת רכישות של פוליסות ניתוחים והגברת השימוש בשירותי רפואה פרטית ככלל וניתוחים פרטיים בפרט. גם עצם שיווקו של מוצר ביטוחי אחיד, שכל תכליתו ביצוע ניתוחים פרטיים, תביא לשימושים גבוהים יותר ברפואה הפרטית. צעדים כגון אלה לא יועילו למערכת הציבורית.

מה שמכונה כ"הסטה" של ניתוחים למערכת פרטית, ושמסקף למעשה מצב בו ניתוחים מסוימים קיימים שיעורי שימוש גבוהים יחסית במערכות פרטיות, אינו בהכרח תוצאה של פעילות מכוונת, אלא של תנאים המאפשרים זאת, כגון: רופא שמעביר מבוטחים לפרקטיקה הפרטית שלו; השתתפויות עצמיות נמוכות; תמריצים לא נכונים במערכת האשפוז הציבורית; וכדו'. לעניות דעתי, יש אכן לטפל בכל אחד מגורמים אלה ולא לגרום לשינוי בלתי מבוקר במערך התמריצים ולצפות שפתרון יבוא מהטלה של קנס על קופה בה נצפה שימוש מוגבר יחסית של סעיף הניתוחים בשב"ן.

אם צעד מוצע זה של פוליסה אחידה נועד לטפל בסוגיית כפל הביטוח – הרי שמהסיבות שהצגתי במסמך הנוכחי, אין וודאות שצעד זה אכן ימנע את כפל הביטוח, מאידך מחירו של הפתרון המוצע, עלול להיות גבוה. זאת לדוגמא במונחים של פגיעה במבוטחים; עידוד שימושים במערכות פרטיות; יצירת פלטפורמה להנהגת שר"פ בכלל בתיה"ח הציבוריים (ראה מכתבי שבסימוכין ב' המבהיר התנגדותי לצעד זה); והכנסת חברות ביטוח מסחריות למעמד של מעין ארגון לעזרה הדדית – דבר שפותח פתח בהמשך הדרך לפעילותן כספקיות של שירותי שב"ן, תוך הגברת חוסר האיזון במערכת ופגיעה במבוטחים.

ההתמודדות עם כפל הביטוח צריכה לדעתי להתקיים בדרכים אחרות – בטוחות יותר, דוגמת אלה שהוצעו במודל החלופי המוצג בסימוכין ב' (כגון תימרוץ פוליסות משדרגות שב"ן, תמריץ שלילי לפוליסות שקל ראשון, הצהרת כפל, שיבוב ועוד) שעיקריו מצורפים כנספח למסמך הנוכחי.

אם המהלך נועד לסייע להבהרת הזכויות לצרכנים. האם צורך שכזה מוגבל לניתוחים וייעוצים? מה עם שפע הכיסויים האחרים הקיימים כיום בביטוחים הפרטיים לסוגיהם?

מה עלול להביא עמו המודל המוצע?

מהיבט המבוטחים – עלייה אפשרית בדמי הביטוח; חוסר וודאות עקב גידול מתמיד בפרמיות הניתוחים לאורך זמן; פגיעה במבוטחים חלשים (בריאותית ו/או כלכלית); פגיעה באלה ששילמו שנים דמי ביטוח ובכך ערבו למבוטחים אחרים וציפו שכשיגיע זמנם להסתייע באחרים, ייהנו גם הם מהערבות הדדית; פגיעה בחופש הבחירה בין תוכניות ביטוח מסחרי (ביטוחי פרט/קבוצתיים, ביטוחים מעורבים וכדו'); אי וודאות בקרב מבטחים ומבוטחים עקב הצגת מודל ביטוחי שטרם נוסה בעבר (בישראל או בחו"ל); סיכוי לרכישות מוגברות של פוליסות ניתוחים, על אף המחיר הגבוה יחסית, בין היתר עקב ה'הבנה' בקרב מבוטחים שחייבים לרכוש פוליסת ניתוחים – עקב פרשנות מוטעית מצידם כאילו קיים חשש מ'קריסת' המערכת הציבורית, שהרי אחרת המדינה לא היתה מכוונת את המבטחים למכור פוליסות כאלה; חוסר אמון בשירותי השב"ן עקב שינויים רגולטורים תכופים בכיסויים ובזכויות המבוטחים; בניית קאדר של צרכנים שירכשו פוליסת ניתוחים כמוצר ייעודי רק לנושא זה (בשוק המסחרי ו/או בשב"ן) שיהוו בהמשך קבוצת לחץ להרחבת היצע המיטות הפרטיות ושירותי שר"פ בבתי חולים ציבוריים; פתרון בלתי מספק גם מההיבט של כפל הביטוח.

מההיבט של המבטחים – אובדן הסולידאריות והאופי של הערבות ההדדית בשב"ן; אובדן היכולת והאוטונומיה של הקופה להתאים את הכיסויים בשב"ן למאפיינים ולצרכים של מבוטחיה; תחרות בתנאים בלתי שווים – שתפגע בקופות ובמבוטחיהן; חשש מהגדלת הריכוזיות עקב יתרון שהמודל מקנה למבטחים גדולים; חלק מחברות הביטוח מקבלות פלטפורמה שיווקית ו'כרטיס כניסה' למערכת הציבורית; פגיעה אפשרית בביטחונות המאפשרים המשך קיומן של פוליסות הפרט למבוטחים שיחפצו להישאר עם הפוליסות שכיום נמצאות ברשותם.

הערכתי היא שהשינוי הדרמטי המוצע בכללי המשחק ובכיסויים בשוק הביטוח יגרור תוצאות והתנהגות מבטחים וצרכנים שקשה לחזותה. חלק ממצבי הקיצון האפשריים הוצגו במסמך זה ובקודם.

יש להיזהר מחזרה על שגיאות עבר בהקשר להחלטות שהתקבלו בתחום ביטוחי הבריאות והשב"ן, ללא בדיקה מעמיקה של משמעותיהן. כדוגמא כמקרה אחד של החלטה קודמת שהיתה ועדיין הינה שנויה במחלוקת ניתן להציג את הוצאת הכיסוי לתרופות מצילות ומאריכות חיים בשב"ן. צעד שלדעתי היה מוטעה ופגע בחלק מחולי הסרטן. חיזוק לכך ניתן לקבל מדברים שצוטטו בשמה של פרופ' תמר פרץ, מנהלת מכון שרת, במרכז הרפואי הדסה וכן בשמה של קבוצה גדולה של חולות סרטן. כל אלה הדגישו את הנזק שנגרם לטענתם לחולי סרטן כתוצאה מהאיסור על הכללת תרופות שכאלה בשב"ן (כל עוד אינן כלולות בסל הבסיסי). הן הביעו תמיכה בהחזרת התרופות האמורות לתוכניות השב"ן¹⁰. לכך מתווספת עובדה, שכיום לדעתי אינה שנויה במחלוקת, שהציפיות שהיו מצד המצדדים בהוצאת התרופות האמורות מהשב"ן, מכך שצעד זה יקדם הקצאה מוגדלת לתרופות שכאלה בסל הטכנולוגיות, למשך תקופה ברת קיימא – התבדתה.

הסוגיות שנדונות בוועדה המייעצת, הן רחבות בהרבה מהסוגיה הספציפית המתוארת לעיל בהקשר של התרופות האמורות, והמשמעותיות של השינויים המוצעים במודל הביטוחי ובמודל האספקה, ושל הסכנות הטמונות בהם עלולים להיות בעלי השלכות חמורות על מערכת הבריאות כולה.

לאור כל האמור לעיל, ראוי לדעתי טרם אימוץ החלטות מהפכניות כגון אלה המוצעות לנקוט ולפני אימוץ של מודלים שטרם נוסו בעבר בעולם המערבי ושישימום בישראל לא נבחנה במחקרי חלוץ, ללא בסיס מחקרי מוצק, מוצע לנקוט משנה זהירות. החשש הוא שמתוך כוונות טובות, נמצא עצמנו במצב בו בפועל יתבצע 'ניסוי' ביטוחי על גבם של מיליוני מבוטחים.

עד כה מסתמן כאילו הוועדה דבקה במודל מסוים. אמנם לאור ביקורת המושמעת כלפיו, מנסים ללטשו ולעדכנו מחדש בכל מפגש נוסף של הוועדה. אולם, ככל הידוע לי, לא שמעה הוועדה עד כה

¹⁰ ראה כתבה ב'הארץ' מיום 25 באפריל 2014 (עמ' 12)

חוות דעתם של מומחי ביטוח חיצוניים ובלתי תלויים ולא את המבטחים, לסוגיהם, שיכולים היו להציג בפני חברי הוועדה משמעויות של המודל המוצע על מבוטחיהם ועל השוק ככלל, מנקודת מבטם. חוות דעת של מומחים בכירים מתחום האקטואריה ומדיסציפלינות רלוונטיות נוספות מחזקים חששות שהובעו במכתבי זה.

אני ממליץ בשלב זה לעצור את המשך הניסיונות לשכלל ולשפר את המודל שהוצע בוועדה, ולבצע לגביו הליכים של היועצות ושל ניתוח סיכונים. כמו כן, מומלץ להמשיך לבחון באופן מעמיק חלופות. כל זאת, טרם קבלת החלטות בוועדה.

בברכה,



ד"ר טוביה חורב
סמנכ"ל לתכנון אסטרטגי וכלכלי

העתק: חברי הוועדה

מודל חלופי (נספח)

דוגמאות לצעדים מרכזיים שהוצעו במודל חלופי¹¹

שב"ן

1. **כיסויים**
 - א. צמצום היקף הכיסויים (הסרת חלק מהכיסויים)
 - ב. הסדרת הכיסויים בהתאם ליעדים של כל רובד
 - ג. איסור אספקת שירות זהה בשני הרבדים (בהבדלי השתתפות עצמית)
 - ד. הוספת תרופות מצילות ומאריכות חיים
 2. **דמי הביטוח**
 - א. שמירה על נגישות לרובד הראשון באמצעות שליטה על גובה דמי הביטוח (הגדרת שיעור גידול מירבי). דמי הביטוח יהיו מוגבלים גם ברובד העילי
 - ב. קשר בין דמי הביטוח לשיעור ההחזר (יחס פרמיות/הוצאות)
 3. **רווחיות** - קביעת רף תחתון של שיעורי החזר (היחס בין היקף הגביה מפרמיות להיקף ההוצאות לתשלום תביעות)
 4. **השתתפויות עצמיות** - קביעת רצועת מינימום מקסימום
 5. **אופן מתן השירות**
 - א. בניתוחים –
 - (1) ככלל, באמצעות מנתחים בהסכם
 - (2) בקרת ניתוחים
 - (3) בקרת 'הסטה' מהסל
 - ב. בקהילה
 - (1) רופאים יועצים בסל הבסיסי לא ישמשו באותה קופה גם כיועצים במסגרת השב"ן
6. **ייעול מנגנוני שקיפות המידע וההגנה על הצרכן**

ביטוח

1. **כיסויים**
 - א. עידוד פוליסות משדרגות שב"ן
 - ב. ביטול כתבי שירות
 - ג. צמצום שירותים שהם בבחינת 'חבילת שירות' וכן שירותים שכיחים שאינם ברי ביטוח
 - ד. סטנדרטיזציה של מונחים והגדרות
 - ה. רשימה סגורה של ניתוחים
 - ו. רציפות ביטוחית בביטוחי סיעוד (portability)
2. **דמי ביטוח**
 - א. הפחתת דמי ביטוח באמצעות מעבר מ-all life ל- התאמת פרמיות אחת בתקופת הביטוח
3. **רווחיות**
 - א. קביעת רף מינימום של MLR
 - ב. פיצוי מבוטחים במקרים של חריגה מהרף שנקבע
4. **אופן אספקת שירות**
 - א. בניתוחים – רופאים בהסדר
 - ב. שיבוב עם קופות חולים במצבי כפל
5. **קשר קופה – חברת ביטוח**
 - א. איסור שירותי ניהול תביעות ושיווק שב"ן באמצעות חברה/סוכנות ביטוח
 - ב. הסדרת סוגים אחרים של קשר

¹¹ להרחבה אודות המודל וכן הסבר באשר לרציונאל העומד בבסיסו – ראה מכתבי שבסימוכין ב'.

1. הגברת התאום ושיתוף הפעולה בין רגולטורים
2. איסוף מידע חיוני לקבלת החלטות
3. כללים ייחודיים לתושבי פריפריה בגין שירותי ביטוח שאינם נגישים
4. חיזוק התשתיות והגדלה משמעותית של המימון המופנה למערכת הציבורית
5. התייחסות לצד ההיצע (מיטות פרטיות, רה-ארגון סדרי העבודה במערכת הציבורית, full timers וכד')

**דוגמאות לפעילויות מוצעות לפי יעדים
במודל החלופי שהוצע**

מוקד השינוי	הפעילות המוצעת	יעדי-על
שב"ן שב"ן שב"ן+ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי	(1) הפרדת ספקים (סל/שב"ן) (2) הפרדה תקציבית (שב"ן) (3) איסור כיסוי השתתפות עצמית שבסל (4) איסור הקשר קופה-חברת ביטוח (5) איסור שיווק כתבי שירות (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 (7) קיום טכנולוגיה בשב"ן לא תשמש כשיקול בשאלת תיעדוף טכנולוגיות המועמדות לסל (8) רציפות ביטוחית במעבר בין קופות (בביטוחי סיעוד קבוצתי של קופה) (9) הגבלת כיסויים ומניעת היווצרות "קופה עסקית"	מניעת השפעות שליליות על מערכת הבריאות הציבורית
שב"ן+ביטוח מסחרי קופה קופה	(1) איסור קשר בין חברת ביטוח לשב"ן לניהול תביעות, שיווק וכדו' (2) איסור על קופה לשמש כבעלת פוליסת בריאות מסחרית (3) בדיקת קשרים נוספים (כגון קופה כבעלת פוליסת נוסעים לחו"ל; קופה כמבטחת; קופה כנותן שירות חברת ביטוח)	מניעת השפעות שליליות על מערכת הבריאות הציבורית (בהיבט של מניעת ניצול לרעה של קשר בין חברת ביטוח לקופה)
ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי שב"ן שב"ן שב"ן+ביטוח מסחרי ביטוח מסחרי ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי שב"ן	(1) קביעת חובת השתתפות עצמית בניתוחים (2) קביעת רף מינימום של השתתפות עצמית (3) הגבלת ניתוחים לרופאי הסדר (4) בקרת ניתוחים באמצעות יועצי על (5) צמצום היצע הכיסויים (6) איסור ברובד השני של העמקת כיסויים שכלולים ברובד הראשון (7) שליטה על היקף ועל קצב הגידול בפרמיות ברובד הראשון (8) צמצום כיסויים בשב"ן ובחברות הביטוח (9) הגברת החדירה של פוליסות משדרגות שב"ן על חשבון פוליסות מהשקל הראשון (10) ביטול כתבי השירות (11) צמצום החפיפה בכיסויים וחלוקת החבויות בין המבטחים (12) ההפרדה בין יועצים בסל הבסיסי לבין יועצי שב"ן	מיתון הגידול בהוצאות משק הבית והגידול בשיעור ההוצאה הפרטית מתוך הוצאה הלאומית לבריאות

מוקד השינוי	הפעילות המוצעת	יעדי-על
		הגנה על הצרכן
שב"ן+ביטוח מסחרי ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי	(1) פרסום מידע השוואתי בין מבטחים בכל אחד מהמערכים (כגון בהקשר לכיסויים, שימושים, שיעורי החזר) (2) יועץ ביטוח אישי (3) תיאום ושדרוג כללי 'גילוי נאות' (4) צמצום כיסויים (5) הגברת אחריות הרגולטור באישור המוקדם (כנספח) (6) סטנדרטיזציה של מונחים והגדרות (7) סטנדרטיזציה של אופן הצגת הפרמיות	מגבלות הידע של הצרכן
שב"ן+ביטוח מסחרי ביטוח מסחרי ביטוח מסחרי ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי	(1) צמצום החפיפה בין והמוצרים בין שני המערכים (2) עידוד שיווק פוליסות משדרגות שב"ן (3) פוליסות פיצוי (4) החתמת מבוטח חדש על 'הצהרת מידע בדבר כפל ביטוח' בעת רכישת פוליסות מהשקל הראשון (5) הגדרת כללי עבודה ושיבוב בין מבטחים (מסחרי ושב"ן) למיקסום התמורה לצרכן והגינות בין מבטחים	כפל ביטוח
שב"ן שב"ן שב"ן שב"ן שב"ן+ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי שב"ן+ביטוח מסחרי	(1) ריכוז שירותים חיוניים ברובד ראשון והנגשתו (2) קביעת מנגנון לבקרה ושליטה בקצב גידול פרמיות ברובד הראשון (3) התאמת כללים/החזרים למבוטחים הגרים בפריפריה (גם כשהפוליסה/תקנון מגבילים לרופאי הסדר) (4) איגום סיכונים בשב"ן באמצעות גיוון שירותים (5) קביעת רף מקסימום השתתפות עצמית (6) קביעת רף LR ושיעורי החזר והשבה/פיצוי למבוטחים קביעת רף מקסימום של השתתפות עצמית במקרים של הפרה (7) קביעת סטנדרט שירות מינהלי ופרסומו (8) התאמת תוכנית שב"ן למאפייני המבוטחים, צרכיהם והעדפותיהם (9) עידוד תחרות על השירות באמצעות פרסום השוואתי שנתי של הישגים מול סטנדרטים שנקבעו	התמורה לצרכן

מוקד השינוי	הפעילות המוצעת	יעדי-על
<p>משהב"ר+אגף שנק ההון</p>	<p>(1) לכל משרד הסמכות לפעול עצמאית, בהתאם למיתווה שהוגדר. תתבצע בחינה שוטפת של התהליכים והמגמות, באמצעות וועדת תאום משותפת</p> <p>(2) שיתוף תקופתי של מנכ"ל משהב"ר+מפקח על הביטוח</p> <p>(3) הגדרות של מונחים רפואיים ונתוני שכיחות/היארעות של אירועים ביטוחיים בריאותיים בפוליסות בהתאמה עם משרד הבריאות</p> <p>(4) העלאת נושאי 'קו התפר' ומשמעויות למערכת הבריאות הציבורית לדיונים, מעת לעת, בוועדת סטטוטוריות המייעצות לשרי הבריאות והאוצר</p> <p>א. מועצה המייעצת לשר האוצר בענייני ביטוח</p> <p>ב. מועצת הבריאות</p> <p>(5) איסוף ושיתוף מידע החיוני לקבלת החלטות, ללא זיהוי מבטחים</p>	<p>הגברת התאום בין רגולטורים</p>
