

מבנה בסיסי לדוח: תת ועדה ביטוחים

א. רקע ונתונים

1. מבוא¹

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

לשילוב של ביטוח פרטי לצד הביטוח הממלכתי יש יתרונות וחסרונות אשר נידונים בצורה נרחבת בספרות המקצועית. בין היתרונות המרכזיים: הביטוח הפרטי מאפשר להרחיב את היקף שירותי הבריאות המוצעים במסגרת הסל הציבורי ואת זמינותם, שלא על חשבון התקציב הציבורי; ותורם להגברת התחרות במערכת הבריאות, דבר שיש בו כדי לשפר את איכות השירותים ואת יעילות אספקתם. בין החסרונות המרכזיים: ביטוח בריאות פרטי עלול להפחית את השוויון בקבלת שירותים ולעודד פיתוחן של שתי רמות רפואה, האחת לבעלי אמצעים והאחרת למעוטי יכולת; ביטוחים פרטיים עלולים אף להביא לידי שימוש יתר בשירותים (moral hazard), הגדלת העומס על המערכת וכן הגדלת ההוצאה הלאומית לבריאות. זאת ועוד, בביטוח פרטי עלולים המבטחים להגביל את גישתה של האוכלוסייה לביטוח באמצעות ברירת מבטחים בעלי סיכון נמוך לחלות (cream skimming) (להרחבה: אדר, 1993; גרוס וברמלי, 1996; כהן וברנע, 1991; Evans, 1984; Garfinkel et al., 1987; McCall et al., Glazer & McGuire, 1995; Fox et al., 1995, Glazer and Short & Vistnes, 1992; Shmueli, 1995; McGuire, 2009).

חוק ביטוח בריאות ממלכתי יצר שינוי מרחיק לכת בשוק ביטוחי הבריאות, והבטיח סל שירותים רחב שלו זכאים כל תושבי המדינה. לצידו של רובד הבסיס זה התפתחו לאורך השנים שני רובדי ביטוח נוספים: שב"ן - שירותי בריאות נוספים ("ביטוח משלים") שמוכרות קופות החולים²; ביטוח מסחרי שמוכרות חברות הביטוח³. השב"ן והביטוח המסחרי הם שני מוצרים שונים אך יש ביניהם קווי דמיון רבים. בפרט, שניהם מאפשרים לפרט להרחיב, להשלים ולשפר את הניתן לו בסל הבסיסי⁴. אולם בעוד שאת השב"ן מציעות ומנהלות קופות החולים הרי שאת ביטוח הבריאות המסחרי מציעות חברות הביטוח והוא נרכש ישירות מחברות ביטוח מסחריות.

1 מבוסס על ברמלי-גרינברג וקידר (2013) ביטוחי בריאות פרטיים – נייר רקע- סקירה על ישראל. מתוך כנס ים-המלח ה-13: ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות)

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

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

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

2. השוואה בין הסל הממלכתי, השב"ן והביטוחים המסחריים

לוח 1 מציג את ההבדלים המהותיים שבין השב"ן לביטוח המסחרי. הסל הבסיסי נקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ומתעדכן מדי שנה. הסל הבסיסי מסופק ברובו ע"י קופות החולים (השירותים הנמצאים בתוספת השנייה לחוק) ובחלקו ע"י משרד הבריאות (השירותים הנמצאים בתוספת השלישית לחוק). השב"ן נתפס על ידי חלקים מהציבור כחלק מהמערכת הציבורית שכן הוא משווק ומסופק על ידי קופות החולים האחריות גם על הספקת שירותי הסל הבסיסי והגוף המפקח עליו הוא משרד הבריאות. הביטוח המסחרי נתפס כמוצר פרטי והגוף המפקח עליו הוא משרד האוצר, באמצעות אגף שוק ההון ביטוח וחיסכון. במהותו, השב"ן הוא שירות ערבות הדדית לחלוקת סיכונים בתחום הבריאות - במסגרתו כלל החברים משלמים פרמיה זהה (בהתאם לגילם) ומקבלים כיסוי אחיד (אין החרגת כיסויים לחברים שונים לפי מצב בריאותם בעת ההצטרפות) ואין חיתום רפואי (השב"ן מחויב לקבל כל אדם, ללא קשר למצב בריאותו). פני הדברים שונים בתכלית בביטוח המסחרי – ניתן להחרג כיסויים שונים למבוטחים על פי מצב בריאותם בעת חתימת חוזה הביטוח ואין חובה לבטח כל אדם.

1. לוח 1: הסל הבסיסי, השב"ן וביטוח בריאות מסחרי, השוואה בין מאפיינים⁵

הספק	הסל הבסיסי	שב"ן	ביטוח מסחרי
	קופות החולים (מלכ"רים)	קופות החולים (מלכ"רים)	חברות למטרות רווח
הכיסוי הביטוחי	שירותים בפועל	שירותים בפועל או החזר (עבור ניתוחים או ייעוצים)	שיפוי או פיצוי
	כולל שירותים בתחום הסיעוד ⁶	אינו כולל ביטוח סיעודי	כולל ביטוח סיעודי ⁷
	פוליסות אחידות לכל המבוטחים	פוליסות אחידות לכל המבוטחים - לפי קופה	מגוון רחב של פוליסות ורובדי פוליסות
הגבלות על הספק	חובה לקבל כל תושב	חובה לקבל כל פונה המבוטח בקופה	אין חובה לקבל כל פונה
	אין החרגות לפי מצב בריאות	אין החרגות לפי מצב בריאות	אפשרות להחרגה ולחיתום רפואי
	אין תשלומי פרמיה. המימון באמצעות דמי ביטוח בריאות ביחס להכנסה ומתקציב המדינה	הפרמיה נקבעת לפי גיל בלבד	הפרמיה למבוטח נקבעת לפי הערכת החברה את הסיכון שלו לחלות, ובביטוח קבוצתי - לפי הסיכון הממוצע של הקבוצה
אכשרה/המתנה ⁸	אין תקופת אכשרה	תקופות אכשרה עד 24 חודשים (אין תקופת הכשרה במקרים של מעבר בין קופות כאשר המבוטח החזיק בשב"ן בקופה הנעזבת)	אין הגבלה על משך תקופת האכשרה
	אין תקופת המתנה	אין תקופות המתנה*	יש תקופות המתנה*

⁵ מבוסס על ברמלי-גרינברג וקידר (2013) ביטוחי בריאות פרטיים – נייר רקע- סקירה על ישראל. מתוך כנס ים-המלח ה-13: ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות)

⁶ מלבד סיעודי מורכב הניתן ע"י קופות החולים במסגרת התוספת השנייה בהשתתפות עצמית של כ-100 ₪ ליום. בנוסף, במסגרת התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ניתן כיסוי לאשפוז סיעודי ע"י משרד הבריאות, כאשר ההשתתפות העצמית נקבעת ע"י מבחני הכנסה. טיפול סיעודי בקהילה ניתן במסגרת חוק הביטוח הלאומי, בהיקפים מוגבלים ובהתאם למבחני הכנסה.

⁷ הביטוחים הסיעודיים אינם חלק אינטגרלי מביטוחי הבריאות הפרטיים אלא משווקים כמוצר נוסף אשר עומד בפני עצמו.

⁸ **תקופת אכשרה** היא תקופה רצופה של חברות בתוכנית שבמהלכה כלול המבוטח בתוכנית, חייב בתשלום דמי הביטוח, אך אינו זכאי לזכויות המפורטות בתוכנית. תקופת אכשרה חלה לגבי כל מבוטח פעם אחת, ותחול מחדש בכל פעם שהמבוטח רוכש את ההסכם מחדש מקופת החולים. **תקופת המתנה** היא תקופה רצופה המתחילה במועד שאירע מקרה הביטוח, לאחר תום תקופת האכשרה, ומסתיימת במועד הנקוב בפוליסה. אם במהלך אותה תקופת המתנה נמצא המוטב בריציפות במצב המזכה, הרי שלאחריה הוא זכאי לתגמול מהפוליסה. תקופות המתנה נהוגות בדרך כלל בפוליסות סיעודיות ומהוות מעין השתתפות עצמית של המבוטח. בתוכניות השב"ן אין קופות החולים רשאיות לקבוע תקופות המתנה. * משמעות תקופות האכשרה בתוכניות השב"ן שונה ממשמעות המושג בפוליסות ביטוח בריאות מסחרי. בפוליסות אלה אדם שנוקד לשירות במהלך תקופת האכשרה מוחרג משירות זה גם לאחר תקופה זו. כלומר, הוא אינו זכאי לקבל את השירות לאחר תקופת האכשרה גם אם הוא מכוסה בפוליסה שרכש.

הגוף המפקח	משרד הבריאות	משרד הבריאות	המפקח על הביטוח במשרד האוצר
סוג ההסכם	חקיקה ראשית	תקנון	פוליסה (חוזה)

3. ההוצאה הלאומית לבריאות – תמהיל, מגמות והשוואה בין לאומית

ההוצאה הלאומית לבריאות עמדה בשנת 2012 על כ-74 מיליארד ₪. ההוצאה הלאומית לבריאות כוללת הן את ההוצאה הציבורית (דמי ביטוח בריאות למוסד לביטוח לאומי ותקציבי הממשלה) והן את ההוצאה הפרטית (תשלום ישיר עבור רכש שירותים השתתפויות עצמיות של הציבור, הוצאות על רכישת שב"ן וביטוח מסחרי, מימון באמצעות חברות הביטוח וכו').

בשנים האחרונות אנו עדים לגידול מתמיד בהוצאה הלאומית לבריאות, במונחים של הוצאה לנפש במחירים קבועים. בשנת 2002 ההוצאה הלאומית לבריאות לנפש במחירי 2010 עמדה על 7,448 ₪ ואילו בשנת 2012 היא עמדה על סך 8,703 ₪⁹. יחד עם זאת, חשוב לציין כי עיקר הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות באותם השנים היה בהוצאה הפרטית. ההוצאה הפרטית לנפש עלתה ב-842 ₪ ואילו ההוצאה הציבורית לנפש עלתה ב-421 ₪¹⁰.

בחינה של שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל ביחס לתמ"ג (תוצר מקומי גולמי) מראה כי בשנים האחרונות לא חל שינוי בחלק ההוצאה של הבריאות מתוך התוצר הכולל והוא עומד על כ-7.4 אחוז. יש לציין כי בהשוואה בין לאומית שיעור ההוצאה בישראל כאחוז מהתוצר הינו יחסית נמוך ועומד בניגוד למגמה במדינות ה-OECD בהן יש מגמה של עלייה בשיעור ההוצאה לבריאות כאחוז מהתוצר. יחד עם זאת יש לציין כי מדינות ה-OECD כוללות תמהיל אוכלוסייה מבוגר יותר מאשר בישראל וכי מגמות ההזדקנות של האוכלוסייה הקיימת במדינות אלו תתחיל להשפיע על ישראל רק החל מהשנים הקרובות. עם זאת, יש לציין כי גם כאשר מתקננים את ההוצאה הלאומית לבריאות לפי גיל, ההוצאה בישראל הינה יחסית נמוכה.

בחינה של מקורות המימון של ההוצאה הלאומית לבריאות מראה כי 39 אחוז מההוצאה הלאומית לבריאות ממומנת באמצעות מימון פרטי. שיעור זה הינו בין הגבוהים במדינות ה-OECD וגבוה בכ-10 נק' אחוז מזה שהיה קיים לפני כעשור. יחד עם זאת, בחמש השנים האחרונות נבלמה מגמת העלייה באחוז המימון הפרטי של ההוצאה הלאומית לבריאות.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה אשר מפרסמת את נתוני ההוצאה הלאומית לבריאות לא מפרידה באופן ישיר את ההוצאה על ביטוחי בריאות מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות. בנוסף, קיימת בעיה בהגדרות, מכיוון שחלק מההוצאות על נושא הסיעוד נכללות בהוצאה הלאומית לבריאות וחלק לא. כיום, חלק ההוצאה על ביטוחי בריאות כאחוז מההוצאה הלאומית לבריאות עומד על כ-9% מסך ההוצאה (שב"ן, ביטוחי הוצאות רפואיות ושיניים) המשקפים הוצאה של 6.4 מיליארד ₪. סך ההוצאה על ביטוחי בריאות גבוהה יותר וכוללת גם ביטוחים נוספים: ביטוחי הסיעוד ומחלות קשות. יחד איתם ההוצאה על ביטוחי בריאות בשנת 2012 הגיעה לכ-10 מיליארד ₪.

מעוצב:סמן

חסר – גרפים – השוואה בינלאומית וכד'

4. סל שירותי הבריאות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי¹² –

⁹ אריאלי, חורב וקידר. קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2013. משרד הבריאות (2014)

¹⁰ שם.

¹¹ ההפרש הינו 8 ₪ לנפש ירידה בהוצאה הלאומית לנפש שמקורו **א** בתרומות מחו"ל.

¹² הפרק מבוסס על: חורב וקידר. אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי – השתקפותה של הרפורמה מחמש עשרה שנות חקיקה. משרד הבריאות (2010)

בראשית שנת 1995 הונהגה במדינת ישראל רפורמה במערכת הבריאות ונחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מאותו מועד ואילך, כל תושבי ישראל מבוטחים בביטוח בריאות ממלכתי. המטרות העיקריות של החוק היו לספק כיסוי אוניברסלי לכל תושבי המדינה; להגדיר סל שירותים בסיסי לו יהיה זכאי כל תושב; להגביר בקרב המבוטחים את חופש הבחירה בין קופות החולים; לנתק את הקשר בין ההכנסה של המבוטח לזכותו לשירותי בריאות; להקצות את המקורות לקופות החולים לפי נוסחה המביאה בחשבון את תמהיל המבוטחים בכל אחת מהן; להגביר את היעילות במערכת הבריאות ולשחרר את משרד הבריאות מתפקידיו כספק שירותים רפואיים, דבר שיאפשר לו להתרכז במשימותיו כרגולטור, וכגוף אשר מתכנן את מדיניות הבריאות ומפקח על יישומה. העקרונות החברתיים שעמדו בבסיס החוק היו צדק, שוויון ועזרה הדדית, כפי שצוין בסעיף הראשון לחוק.

על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מימון מערכת הבריאות אמור היה להתבסס על מיסוי פרוגרסיבי, ייעודי – דמי ביטוח הבריאות (מס בריאות) וכן תשלומי המס המקביל, המשולם על ידי מעסיקים. תשלומים אלה, אותם גובה המוסד לביטוח לאומי, אמורים היו להוות מקור המימון העיקרי של מערכת הבריאות. מקורות מימון נוספים שנקבעו בחוק היו תקציבים שהועברו למשרד הבריאות למימון שירותים אותם סיפק המשרד באופן ישיר למבוטחים (כגון בריאות הנפש, אשפוז סיעודי ושירותי מניעה לנשים הרות וילודים) וכן השתתפות עצמית של מבוטחים בשירותי בריאות ובתרופות והשלמות מתקציב המדינה כנדרש עד גובה עלות הסל. החוק הגדיר את סל השירותים אותו זכאי כל מבוטח לקבל. אספקת השירות הוטלה על ארבעת קופות החולים, למעט שירותי בריאות מסוימים אשר חובת אספקתם הושארה, זמנית, בידי משרד הבריאות, תוך הצהרת כוונות מצד המחוקק בדבר העברת שירותים אלה בעתיד לאחריות קופות החולים. עלות סל השירותים נקבעה והמדינה התחייבה להשלמת התקציב הנדרש לכיסוי מלוא עלותו. לקופות החולים הותר גם לספק שירותי בריאות נוספים, מעבר לסל השירותים הבסיסי שהוגדר בחוק, זאת, באמצעות תוכנית לביטוח משלים.

בחבורת שהופקה על-ידי משרד הבריאות לאחר ובסמוך לאישורו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי פורטו עיקרי החוק. שר הבריאות דאז (אפרים סנה) הצהיר, כי "החוק מבטיח בין השאר את חובת המדינה לספק שירותים רפואיים, הכוללים את כל הדרוש לבריאותו של האזרח". הוא הצהיר עוד, כי "חוק זה הוא נדבך נוסף במערכת השירותים שהמדינה נטלה על עצמה חובה לספקם לתושביה".

עם החלת החוק, נקבעה לקופות החולים תקופת הסתגלות ראשונית לסל השירותים האחד והמחייב ("תקופת הביניים")¹³. מאחר ובמהלך תקופה זו היו הקופות רשאיות לספק את סל השירותים שהיה נהוג אצלן במועד הקובע (1 בינואר 1994), בתנאים ובכללים שהיו נהוגים אצלן באותו מועד, לא יושם בשנים הראשונות לחוק, העיקרון של סל שירותים אחד. תקופת ההתארגנות לסל האחד הוארכה באמצעות תיקוני חקיקה עד לארבע שנים מיום החלת החוק. ראויה לציון, העובדה שבסיומה של התקופה היו הקופות ערוכות לספק את סל השירותים הנקוב בחוק. עקרון הסל האחד והמחייב נועד, בין השאר, להגדיר באופן ברור את שירותי הבריאות להן זכאי מבוטח ומאידך למנוע מצב בו קופה תתמקד בעיקר בסל שירותים שיהיה אטרקטיבי רק לפלח מסוים מבין המבוטחים, דבר שעלול להוביל בעקיפין לברירת מבוטחים. עם זאת, מדיניות ראשונית זו שחייבה סל שירותים אחד וכללי גבייה אחידים של תשלומי השתתפות עצמית ממבוטחים, לא החזיקה מעמד זמן רב, מאחר ובשנת 1998 (עם סיומה של תקופת הביניים), בוצע עדכון לחוק, אשר אפשר לכל אחת מקופות-החולים להוסיף שירותים לסל שהוגדר בחוק, וכן לשנות את גובה תשלומי ההשתתפות העצמית בגין שירותים הכלולים בו (בכפוף לקבלת האישורים המתאימים). מצד אחד, הופר בכך העיקרון של סל שירותים אחד, אולם מאידך, נפתחה האפשרות לתחרות בין הקופות על סל השירותים ועל התשלומים בגינו. הסל הקבוע בחוק (שמפורט בתוספת השניה לחוק) משמש מאז כ'סל בסיסי' בו מחויבת כל אחת מהקופות. תחרות זו מומשה באופן חלקי - ההבדלים בין סלי השירותים הבסיסיים של קופות החולים השונות, אינם גדולים והמידע אודותם אינו זמין.

¹³ סעיף 70 לחוק

תחום אחד בלבד הוסר במהלך התקופה הנדונה מסל השירותים הבסיסי - כשנתיים לאחר החלת החוק הוסר תחום אשפוז יולדות ויילודים מהגדרת סל השירותים שבאחריות הקופות והוחזר לאחריות המוסד לביטוח לאומי (למתכונת שהייתה מקובלת טרם ביצוע הרפורמה).

על מנת שסל השירותים שהוגדר בחוק לא יקפא על שמריו, הוקם מנגנון שיאפשר הרחבת הסל ותוספת של טכנולוגיות חדשות. זאת, על אף שבחוק עצמו לא עוגנה חובת עדכון, או החובה להקצות מימון למטרה זו. ההחלטה אם וכמה להקצות למטרה זו נתונה למשא ומתן בין משרדי הבריאות והאוצר, במסגרת דיוני התקציב. כל הקצאה שכזו מתווספת לבסיס עלות הסל. הקצאה שכזו החלה להינתן החל בשנת 1998, ולפיכך הוקמה כשלוש שנים לאחר כניסת החוק לתוקף, וועדה ציבורית, מייצעת לשר הבריאות ולממשלה¹⁴, אשר מתכנסת מידי שנה ומבצעת תעדוף של הטכנולוגיות והשירותים אשר מועמדים להתווסף לסל השירותים. הוועדה מבצעת את התעדוף על בסיס התקציב להרחבת הסל שאושר לאותה שנה (או מספר שנים, לפי העניין). ההקצאה נקבעת בכל שנה מחדש ואין סכום קבוע המובטח מראש להרחבת הסל, אשר היה מאפשר תכנון רב שנות.

החוק הטיל על שרי הבריאות והאוצר (באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת) לקבוע, עם יישומו של החוק, את עלות סל שירותי הבריאות. היינו, את התקציב אותו תעמיד המדינה, מידי שנה, לרשות מערכת הבריאות לשם מימון השירותים והתרופות הכלולים בחוק. כן נקבע כי מידי שנה יבוצע עדכון של עלות הסל לפי מדד ייעודי - מדד יוקר הבריאות, שאמור לשקף את שיעור התייקרות התשומות במערכת הבריאות (מרכיבי המדד פורטו בתוספת החמישית לחוק). נקבע כי שר הבריאות ושר האוצר רשאים באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת לשנות בצו את הרכב מדד יוקר הבריאות או לעדכן את עלות הסל לקופות בשל שינויים דמוגרפיים שחלו באוכלוסייה¹⁵. לכאורה, מדובר בצעד שמבטיח בחוק את המקור התקציבי ליישומו של החוק. עד כה, שונתה התוספת החמישית לחוק פעם אחת בלבד, באמצעות צו שפורסם בשנת 2006, במסגרתו בוטל המרכיב של מדד המחירים הסיטונאיים לתרופות (שהיווה 17 אחוז מהמדד הכולל), והוגדל בהתאם המשקל של מדד המחירים לצרכן.

שינוי זה לא עצר משמעותית את שחיקת המקורות למימון השירותים שבסל הבסיסי, במונחים של הכנסה לנפש מתוקנת¹⁶. איפה הראית שחלה שחיקה, איך פתאום מגיע משפט כזה? בשנת 2013 הגיעו משרדי הבריאות והאוצר להסכמה אודות שינוי מדד יוקר הבריאות באופן שיביא להלימה טובה יותר בין המדד לבין הגידול במחירים בפועל. כאמור, אישור השינויים במדד יוקר הבריאות תלוי באישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת. עד כתיבת שורות אלו, לא אישרה הוועדה את השינוי והוא טרם נכנס לתוקף. **כל הפסקה על השחיקה צריכה להיות יותר מפורטת – אחרי שקראתי קדימה – הגרפים צריכים לבוא קודם ואז הדיון, לא קודם דיון ואז עובדות**

אשר לסעיף בחוק המאפשר עדכון שנתי של התקציב לקופות בגין שינויים דמוגרפיים, עדכון זה מבוצע בשיעור נמוך יותר מקצב גידול האוכלוסייה והזדקנותה¹⁶, מצב שמגביר עוד יותר את השחיקה בהכנסה לנפש של קופות-החולים. לעמדת משרד האוצר, העדכון מועבר בהתאם לעלות השולית של כל נפש נוספת ולא בהתאם לעלות הממוצעת ולכן אין מקום לבצע עדכון המשקף את מלוא השיעור של הגידול הדמוגרפי. טענה זו יכולה היתה להיות הגיונית לו ההקצאה של העלות השולית היתה מוגבלת ל"שוליים". היינו, לשיעור שולי של מבוטחים ואכן, בשנים הראשונות ליישום החוק היווה שיעור הגידול במספר המבוטחים תוספת שולית בהשוואה למסה העיקרית של המבוטחים בגינה בוצע התחשיב של עלות הסל. אולם, כיום הגידול המצטבר מאז 1995 בשיעור הנפשות המתוקנות בהשוואה למספרן במועד בו נקבעה עלות הסל המקורית מגיע ללמעלה מ-57 אחוזים. כיום, אין המדובר בשוליים כלל וכלל. הסבר נוסף לשחיקה בפיצוי הדמוגרפי הינו כי מערכת הבריאות, כמערכות אחרות, צריכה להתייעל משנה לשנה. **הפיסקה הזו לא עושה את העבודה. תן דוגמא – הרי הטיעון של האוצר הוא שיש רכיב עלויות קבועות שלא**

¹⁴ הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות

¹⁵ "רשאים" - הנושא לא עוגן בחוק כחובה.

¹⁶ ראוי להבהיר כי עמדת משרד האוצר היא שהעדכון המתבצע בתקציב מפצה על התוספת השולית בעלות השירות ואין מקום לעדכן את התקציב בשיעור זהה לגידול השנתי באוכלוסייה

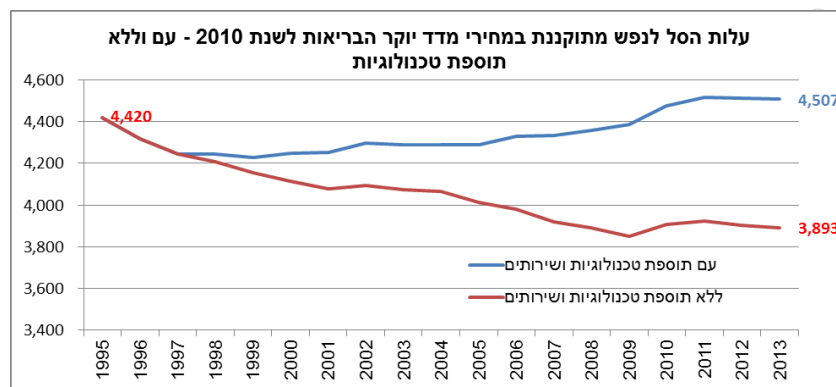
מעוצב:סמן

מעוצב:סמן

מעוצב:סמן

צריכות לגדול כל שנה. וזה נכון. השאלה היא איזה רכיב הוא קבועות ואיזה הוא משתנות. וכלי לדעת את זה אי אפשר לדבר על שחיקה. אז תניח מה השעור של הקבועות ותראה מה השחיקה.

תרשים מס' 2 מציג את עלות סל השירותים לקופות החולים במונחים קבועים. מהתרשים ניתן לראות כי אם מביאים בחשבון את הסל הדינאמי, הצומח עקב כניסת טכנולוגיות חדשות לסל, העלות לנפש במחירים קבועים עולה בקצב מתון מאז שנת 1998 (מועד בו החלו בהקצאה לטכנולוגיות). מצב סביר בהתחשב בעובדה שמדובר בסל שירותים שהולך וגדל באופן עקבי במשך השנים. אולם, אם ניקח את סל השירותים העיקרי כפי שאושר במקור (ב- 1995) ונבדוק את ההקצאה לנפש לקופות בגין סל זה (ללא התוספות שהתווספו לו במשך השנים עקב טכנולוגיות חדשות), נראה כי התקציב העומד לרשותן לאספקת סל זה הולך ונשחק באופן **משמעותי כמה %** **סה"כ וכמה % לשנה [כלכלנים לא מבינים מילים כמו משמעותי]**. ביותר במהלך השנים. **מה יחס התקציבים בסיס/תוספות טכנולוגיות?**



מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

תרשימים 3-4 מציגים את הפיצוי המצטבר שקיבלו קופות החולים בשנים 1995-2013 בגין הגידול הדמוגרפי והשינויים במחירים. בתרשים מס' 3 ניתן לראות כי בעוד שמספר הנפשות המתוקנות בשנים 1995-2013 עלה ב-57% הפיצוי שקיבלו הקופות בגין גידול זה עמד על 31% בלבד. **תגיד שזה סביר אם יש עלויות קבועות שלא צריכות לגדול בקצב הגידול באוכלוסיה ואפשר לגזור מהו השיעור של הקבועות בהנחה ש-31% עדכון זה המספר הנכון.**

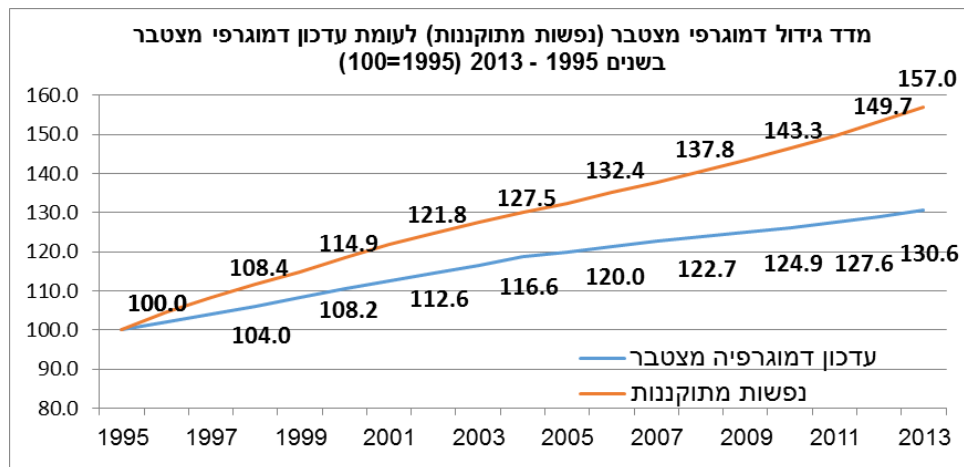
בנוסף צריך לומר שאין היום איזו מערכת רגולטורית חזקה שמבטיחה את יעילות המערכת הציבורית באספקת הסל. ולכן, סוגיית המימון לא בהכרח

מעוצב:גופן: לא מודגש, גופן עבור עברית ושפות אחרות: לא מודגש

מעוצב:סמן

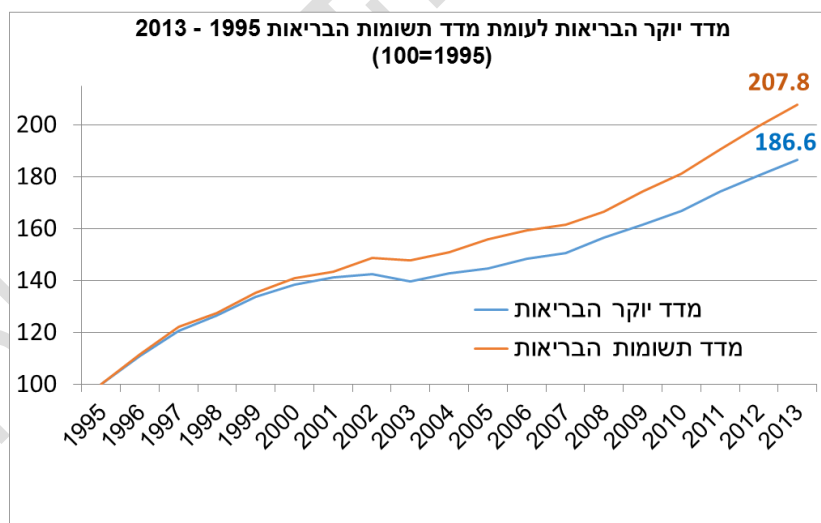
מעוצב:סמן

מעוצב:סמן



מקור: אריאלי, חורב וקידר. קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2013. משרד הבריאות (2014)

תרשים מס' 4, מציג את השינוי המצטבר במדד יוקר הבריאות בשנים 1995-2013 לעומת השינוי במחירים התשומות של קופות החולים. מחירי התשומות של קופות החולים חושבו לפי המרכיבים הבאים: השינוי במחיר של יום אשפוז (משקל 42%), מדד השכר במגזר הבריאות (28%) ומדד המחירים לצרכן (30%). מן התרשים ניתן לראות כי בעוד שמחירי התשומות של קופות החולים עלו ב-108% בין השנים 1995-2013 הגידול המצטבר במדד יוקר הבריאות עמד על 87% בלבד.



מקור: אריאלי, חורב וקידר. קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2013. משרד הבריאות (2014)

כאשר בוחנים את תוצאות הפעילות הכלכלית של קופות החולים, ניתן לראות כי את שנת 2012 הן סיימו בגירעון של שוטף של 861 מיליון ₪¹⁷ גירעון העומד על כ-2% מסה"כ ההוצאות שלהן. יש לציין כי הגירעון כולל גם את הגירעון של בתי החולים של שירותי בריאות כללית.

בשנת 2012 בחן מכון ברוקדייל את סוגיית זמני ההמתנה לרפואה יועצת בקהילה¹⁸, מתוצאות המחקר עלה כי 48% מהביקורים התבצעו תוך שבועיים ממועד קביעת התור. 24% מהביקורים התבצעו בין שבועיים לחודש מקביעת התור, 16% בין חודש לחודשיים מקביעת התור ו-12% למעלה מחודשיים ממועד קביעת התור. ממשך ההמתנה הממוצע עמד על 3.2 שבועות. [מה זה שייד פה?]

החלק הגדול ביותר בהוצאות קופות החולים במסגרת התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הינו על שירותי אשפוז. בשנת 2012 עמדו הוצאות קופות החולים על שירותי אשפוז על סך של 15.8 מיליארד ₪, שהם כ-42% מסך ההוצאות שלהן¹⁹. בחינה של שיעורי הגידול במחיר של יום אשפוז בבתי החולים לעומת מדד יוקר הבריאות מראה כי מחיר יום אשפוז גדל בקצב גדול יותר מאשר מדד יוקר הבריאות (בין השנים 1995-2013 עלה מדד יוקר הבריאות בכ-87% ואילו מדד מחיר יום אשפוז ב-128%²⁰). בשנת 2013 הגיעו משרדי הבריאות והאוצר להסכמה בנוגע לשינוי אופן עדכון מחיר יום אשפוז ויוקר הבריאות, כך שתגבר ההלימה בין שני המדדים. יש לציין כי למרות הפער המשמעותי בשינוי במחירים בין שני המדדים, חלק ההוצאה היחסי של קופות החולים על אשפוז לא השתנה באופן משמעותי במהלך השנים²¹. למה? איך זה יתכן? הן הקטינו כמויות? דבר איתי על זה

בתי החולים הכלליים במדינת ישראל נמצאים בעיקר בבעלות הממשלה ושירותי בריאות כללית, וכן חלק בבעלות מוסדות פרטיים. בשנת 2012 אומדן הגירעון של בתי החולים הכלליים עמד על כ-2 מיליארד ₪. [זה רק הממשלתיים או גם הדסה?] ואם מחיר יום אשפוז עולה למה הם בגרעון? ממה מורכב מחיר יום אשפוז?

כיום לא קיים מידע אודות זמני ההמתנה לשירותי האשפוז בישראל. להשלים לאחר קבלת זמני ההמתנה מיונתן גרין וכן תוצאות המחקר בנושא. למה זמני המתנה שייד פה?

5. שירותי בריאות נוספים (שב"ן)

א. רקע²²

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

¹⁷ ברק וברזילי. דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2012. אגף פיקוח ובקרה לעל קופות"ח ושב"ן, משרד הבריאות (2013)

¹⁸ ברמלי גרינברג, וייצברג וגוברמן. מחקר זמני המתנה לרפואה יועצת ובדיקות אבחון בקהילה. מכון ברוקדייל טרם פורסם

¹⁹ ברק וברזילי. דוח מסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2012. אגף פיקוח ובקרה לעל קופות"ח ושב"ן, משרד הבריאות (2013)

²⁰ אריאלי, חורב וקידר. קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2013. משרד הבריאות (2014)

²¹ שיעור ההוצאה בשנת 1999 עמד על 50.2%, בשנת 2005 על 43%, בשנת 2009 על 41% ובשנת 2012 על 42%. מקור: אריאלי, חורב וקידר. קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2013. משרד הבריאות (2014)

²² מבוסס על ברמלי-גרינברג וקידר (2013) ביטוחי בריאות פרטיים – נייר רקע- סקירה על ישראל. מתוך כנס יום-המלחמה-13: ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות)

באמצעות נותני שירותים, ללא כל הפליה, ולא תתנה מתן שירותים הכלולים בסל השירותים שלה בהצטרפות או בחברות בתוכנית לשירותים נוספים".

בחוק ההסדרים 1998 נקבעו תקנות מפורטות לגבי אופן הפעלת תכניות הביטוח המשלים. תקנות אלה קובעות כי קופות-החולים ינהלו בעצמן תכניות של ביטוח משלים (שנקראות מעתה "שירותי בריאות נוספים" - שב"ן), ולא דרך חברת ביטוח.²³

עם זאת, נקבע כי לא יינתן ביטוח סיעודי מתוקף השב"ן אלא רק מטעם חברות ביטוח מסחריות, שכן להפעלתו נדרשות עתודות אקטואריות. הוראות החוק קבעו עוד כי תוכניות השב"ן תכסנה שירותים בפועל שיינתנו באמצעות הקופה או באמצעות ספקים שהיא קשורה עמם, אך לא תהיה בו אפשרות לפיצוי כספי.

תקנות נוספות בחוק נועדו לקדם את השוויון בנגישות השב"ן לכלל האוכלוסייה. כך נקבע כי קופה המציעה תוכנית שב"ן לחברה אינה רשאית לברור את המצטרפים לפי מצב בריאותם. כמו-כן נקבע כי אין להגביל את זכויותיהם של המצטרפים (החרגה בכיסוי), למעט מתוקף תקופות אכשרה 24 סבירות, ואין להפלות בין עמיתים בתוכנית. נקבע עוד כי תשלום הפרמיה לא יותאם לסיכון האישי של המבוטח אלא רק לגילו, ועדיין נשמר הסבסוד ההדדי בין קבוצות הגיל. חשוב לציין כי לפני 1998 ביצעו כל תוכניות הביטוח המשלים חיתום רפואי לפני ההצטרפות, ובכולן היו החרגות על מצב רפואי קודם. כמו-כן, בתקנוני הקופות עד אז נקבע כי הן בעלות שיקול דעת בקבלת מבוטחים לתוכניות הביטוח המשלים, ובפרט - כי הן רשאיות לדחות מבוטחים מפאת גילם או מצבם הרפואי.

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

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

במסגרת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2008), התשס"ח 2007, הוכנס תיקון לסעיף 10 לחוק ביטוח בריאות, לפיו התוכניות לשירותי בריאות נוספים של קופות החולים לא יכללו כיסוי לתרופות מצילות חיים ולתרופות מאריכות חיים וכן נאסר לקופות החולים להציע ניתוחים פרטיים, ללא גבייה של השתתפות עצמית. הרציונל מאחורי ההחלטה הראשונה היה כי מקומן של תקופות מצילות ומאריכות חיים הינו בסל הציבורי הרחב וכי הכללתן בתוכניות השב"ן יוביל להקטנת הלחץ לעדכון סל שירותי הבריאות ולהגדלת אי-השוויון בבריאות. מן הצד השני, הועלו טענות כי ביטול האפשרות של קופות החולים לשווק תרופות מצילות ומאריכות חיים בשב"ן הביא לגידול בפנייה לרכישת שירותים אלו בביטוחים המסחריים. מטרתו של הצעד השני, גביית השתתפויות עצמיות עבור ניתוחים פרטיים, הינה להפחית במידת מה את תופעות הלוואי של כשל השוק "סיכון מוסרי" (צריכה עודפת), זאת באמצעות ההשתתפות עצמית לניתוחים הפרטיים.

במהלך השנים חלו מספר שינויים בתוכניות השב"ן. בשנת 2007 שירותי בריאות כללית פתחה רובד חדש של השב"ן - תוכנית ה"פליטנוס". תוכנית זאת מציעה למבוטחים ברובד הנמוך של השב"ן סל רחב ומקיף יותר של שירותים בתמורה לגידול בתשלומי הפרמיה. בשנת 2012, ביטלה מכבי שירותי בריאות את האפשרות להצטרף לרובד הנמוך של תוכנית השב"ן שלה "מגן כסף"

²³ לפני 1998, שירותי בריאות כללית וקופת-חולים לאומית הפעילו את תכניות הביטוח המשלים שלהן באמצעות חברות ביטוח, שתי הקופות האחרות הפעילו את תכניות הביטוח המשלים שלהן בעצמן.
⁷ ר' בלוח 1 להגדרת המושג.

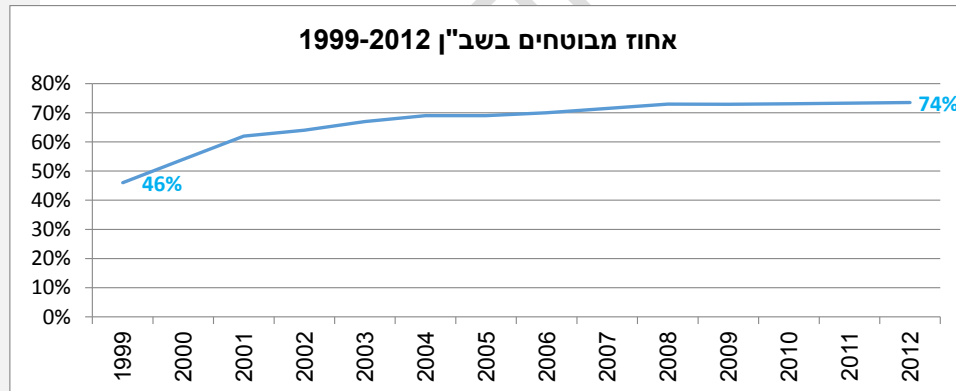
והחלה לשווק רק את הרובד העליון "מגן זהב", ואילו בשנת 2013 השיקה מכבי רובד עליון חדש העונה לשם "מכבי שלי". במהלך השנים חלו שינויים נוספים בזכויות של המבוטחים כאשר מספר שירותים נוספים הוכללו בתוכניות השב"ן.

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

ב-2009 שונה חוק ביטוח בריאות ממלכתי ונקבע כי לגבי מבוטחים חדשים לקופה אשר עברו קופה ורוצים להצטרף לתוכנית השב"ן של הקופה החדשה לא חלות תקופות אכשרה במידה והיו חברים בתוכנית השב"ן של הקופה הקודמת מאותו הרובד אליו הם רוצים להצטרף. שינוי זה נקבע כדי למנוע את המצב בו תקופות האכשרה יהוו גורם מרתיע בהחלטתם של מבוטחים לעבור בין הקופות.

ב. יחס מבוטחים סל ציבורי – יחס מבוטחים בשב"ן

תרשים מס' X מציג את שיעור המבוטחים בשב"ן כאחוז מהמבוטחים בסל הבסיסי בין השנים 1999-2012. ניתן לראות כי בשנים הראשונות לאחר תיקון חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1998 חלה עלייה משמעותית באחוז המבוטחים בשב"ן מ-46% בשנת 1999 לכ-67% בשנת 2003. בנוסף, ניתן לראות כי בשנים האחרונות חלה התייצבות בשיעור המבוטחים בשב"ן על כ-73%. שיעור אשר לא השתנה משמעותית מאז שנת 2008.



מספר החברים בתוכניות השב"ן עמד בשנת 2012 על כ-5.8 מיליון תושבים.

ג. שינויים מרכזיים בתכולת השב"ן לאורך השנים

כאמור, כיום שינויים בתוכניות השב"ן מבוצעות ביוזמת קופות החולים ובאישור של משרד הבריאות. בעבר לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הסמכות לאישור שינויים בתוכניות השב"ן הייתה של שר הבריאות, אך החל משנת 2010, סמכות זאת הועברה לסמנכ"ל לפיקוח ובקרה על קופות"ח ושב"ן במשרד הבריאות.

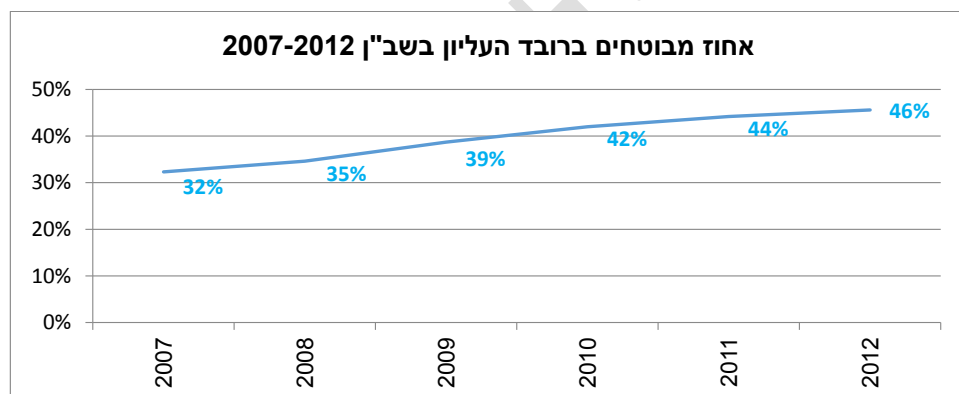
בחינה של השינויים בשב"ן לאורך השנים האחרונות, מעידה על מגמה הולכת וגדלה של שינויים בתוכניות השב"ן. בשנים האחרונות חלו שינויים משמעותיים בתוכניות השב"ן, כאשר השינויים המשמעותיים החלו בשנת 2007 עם האישור שנתן סמנכ"ל לפיקוח על קופו"ח ושב"ן לרובד עליון של שב"ן לשירותי בריאות כללית (פלטינום) ואישור הכללת תרופות "מצילות" ומאריכות חיים בשב"ן של כללית ומכבי. באותה השנה, החליטה הכנסת לשנות את סעיף 10 של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולאסור על קופות החולים להציע תרופות מצילות ומאריכות חיים בתוכניות השב"ן.

שינוי מרכזי נוסף שחל בשנים האחרונות כלל את הכללת טיפולי השיניים בשב"ן. ראשית הכלילו קופות החולים את שירותי בריאות השן לילדים בשב"ן ובמשך השנים הרחיבו את הכיסוי גם לטיפולי שיניים למבוגרים.

בשנת 2013 אישר הסמנכ"ל לפיקוח ובקרה על קופו"ח ושב"ן למכבי שירותי בריאות לפתוח רובד עליון חדש²⁵ וכן אישר לכללית להרחיב את התוכן של רובד הפלטינום, תוך העלאת הפרמיות למבוטחים.

ד. שיעור הבעלות לפי רבדים ולאורך זמן

כאשר אנו באים לבחון את התפלגות המבוטחים בשב"ן לפי הרבדים השונים ניתן לראות כי בניגוד למגמה של התכנסות בשיעור המבוטחים החברים בתוכניות השב"ן, כאן חלה עליה בשנים האחרונות בשיעור החברים ברובדים העליונים של השב"ן²⁶.



כלומר, היקף החדירה של תוכניות השב"ן בקרב האוכלוסייה לא עלה בשנים האחרונות, אך קיימת מגמה של מבוטחים בתוכניות השב"ן בשנים האחרונות לרכוש בנוסף לרובד הבסיסי גם את הרובד העליון של השב"ן.

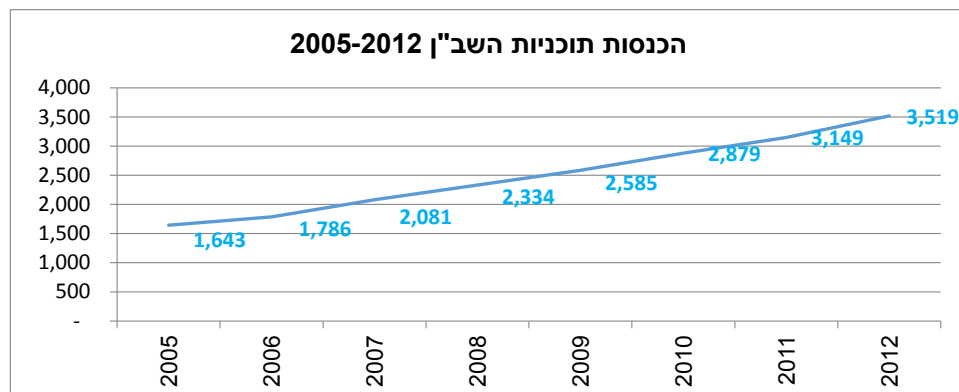
ה. הכנסות - לאורך זמן ולפי רבדים

תרשים מס X, מציג את תשלומי הפרמיה לתוכניות השב"ן בשנים 2005-2012. מן התרשים ניתן לראות כי היקפי הפרמיות של תוכניות עלו ביותר מ-100% במהלך 7 השנים האחרונות. לשם השוואה, מספר המבוטחים בתוכניות השב"ן באותה תקופה עלה בכ-20%.

²⁵ הרובד התחתון הקודם "מכבי כסף" בוטל בשנת 2012 וכך הרובד העליון הקודם "מכבי זהב" הפך להיות רובד תחתון, דבר שאפשר למכבי שירותי בריאות לבקש ממשדד הבריאות לאשר רובד עליון חדש.

²⁶ יש לציין כי בלאומית לא מדובר ברובד עליון ותחתון כמו בשאר הקופות. למרות זאת, לצורך ההשוואה "לאומית זהב" הוחשב כאן כרובד עליון.

עד לשנת 2012 "מכבי זהב" היה הרובד העליון של מכבי ולכן נכלל בתרשים. החל משנת 2013 לא ניתן יהיה לשמור על רציפות בתרשים.



ניתוח הגידול בתשלומי הפרמיות לאורך השנים לפי רבדים בין השנים 2008-2011²⁷ מראה כי הגידול בהכנסות מפרמיות ברובד הבסיס היו כ-20% ואילו ברובד העליון כ-63%. כלומר, עיקר הגידול בתשלומי הפרמיות בשנים האחרונות נובע כתוצאה מעלייה בתשלומים לרובדים העליונים. השוואה של התשלום לרובד העליון לנפש מבוטחת מראה כי העלייה לא נובעת רק מהגידול במספר המבוטחים ברובד העליון, אלא גם מעלייה בתשלומי הפרמיה לנפש מבוטחת ברובד העליון. בין השנים 2008 ל-2011 עלתה הפרמיה הממוצעת לנפש ברובד העליון ב-15%.

ו. היקפי ההוצאות לאורך השנים ולפי תחומים מרכזיים

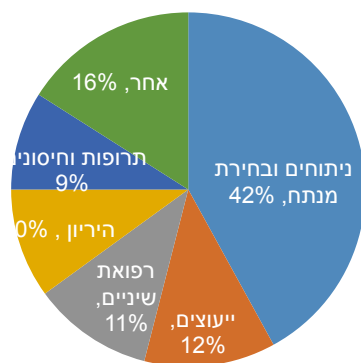
בדומה לגידול בהיקפי ההכנסות של תוכניות השב"ן חל גם גידול מקביל בהיקפי ההוצאות של תוכניות השב"ן. בשנת 2012 עמדו ההוצאות של תוכניות השב"ן על 3.0 מיליארד ₪ לעומת 1.4 בשנת 2005.



²⁷ נתוני הכנסות השב"ן לפי רבדים מפורסמים החל משנת 2008. בשנת 2012 חל שינוי בתוכנית מכבי כסף אשר לא מאפשר השוואה לשנים קודמות.

בחינה של סעיפי ההוצאה המרכזיים של השב"ן, מעידה כי סעיף ההוצאה המרכזי בתוכניות השב"ן הינו ניתוחים ובחירת מנתח אשר עומד על 42%.

סעיפי ההוצאה המרכזיים בשב"ן 2012



בחינה של התפתחות סעיפי ההוצאה המרכזיים לאורך השנים מראה כי בשנים האחרונות חל גידול בחלק ההוצאה המופנה לניתוחים ובחירת מנתח. בשנת 2007 עמד משקל ההוצאה של סעיף זה על 36% לעומת 42% בשנת 2012 (עיקר הגידול היה עד לשנת 2011). סעיף התרופות והחיסונים ירד במקביל בעקבות השינויים בחקיקה הנוגעים לתרופות מצילות ומאריכות חיים.

ד. יחס תביעות בשב"ן (כולל איך מחושב – רויטל)

ה. תקורות בשב"ן

שיעור התקורות הממוצע בתוכניות השב"ן בשנת 2012 עמד על 16%. יש לציין כי שיעור זה נמצא בירידה בשנים האחרונות (בשנת 2007 עמד השיעור על 20%).

בנוסף ניתן גם לראות שונות גדולה בין קופות החולים בנושא. בעוד שמכבי וכללית שיעורי התקורה הינם בסביבות 13-14%, בקופות מאוחדת ולאומית מדובר בשיעורי תקורה גבוהים משמעותית. בלאומית שיעור התקורה עומד על 27% ואילו במאוחדת על 21%.

ט. בעלות ושימושים לפי מגזרים (דת, אזור מגורים, קצבאות, הכנסה, גיל, תחלואה)

נתוני סקר מכון ברוקדייל בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל מראה על הבדלים בשיעור הבעלות על תוכניות השב"ן לפי סוגי אוכלוסיות שונות. מן הנתונים עולה כי בקרב דוברי העברית שיעור הבעלות גבוה משמעותית מאשר בקרב דוברי ערבית (86%-ו-63% בהתאמה). בעלי השכלה על תיכונית ואקדמית מחזיקים יותר בשב"ן מאשר בעלי השכלה יסודית ומטה (83%-ו-62% בהתאמה) ובעלי הכנסה גבוהה מחזיקים יותר בשב"ן מאשר אוכלוסייה חלשה (86% בחמישון העליון לעומת 66% בחמישון התחתון).

בעלות ביטוח מסחרי לפי מאפייני רקע, 1999-2009 (באחוזים מכלל בני 22 ומעלה)²⁸

בעלות על שב"ן						
2009	2007	2005	2003	2001	1999	
81	80	79	73	64	51	סה"כ
80	73	67	61	58	34	גיל +65
86	89	89	84	74	60	דוברי עברית
63	53	47	42	40	32	דוברי ערבית
70	73	69	66	53	46	אזור מגורים: ירושלים
77	76	72	66	59	44	אזור מגורים: חיפה והצפון
83	85	85	75	70	59	אזור מגורים: מרכז ות"א
86	78	80	75	66	53	אזור מגורים: ב"ש והדרום
62	57	64	53	48	33	השכלה: יסודית ומטה
83	84	81	77	69	58	השכלה: על תיכונית ואקדמאית
66	62	59	53	45	31	הכנסה לנפש: חמישון תחתון
86	92	87	84	80	72	הכנסה לנפש: חמישון עליון

- י. היקף ההוצאה הממוצעת לניתוחים לפי קופות וסוגי ניתוחים - **רויטל**
- יא. מגמות בהיקף ההוצאה על ניתוחים ומספר הניתוחים לאורך השנים - **רויטל**
- יב. 20 ניתוחים הנפוצים ביותר בשב"ן ואחוז הניתוחים בשב"ן בקרב הניתוחים הנפוצים בסל הציבורי - **להשלים לאחר קבלת נתוני מכבי**
- יג. סקירה של ההשתתפויות העצמיות בשב"ן - **רויטל**
 - i. ניתוחים
 - ii. ייעוצים
 - iii. שונות

6. ביטוחים מסחריים²⁹

ביטוח בריאות הוא ביטוח לצמצום הנזק הכספי הנגרם למבוטח עקב מחלתו³⁰. במהותו הוא מהווה תוכנית לכיסוי ומימון של הוצאות רפואיות עתידיות באמצעות צד ג' (חברת הביטוח). הסיוע ניתן בין באמצעים כספיים ובין באספקה ישירה של שירותי בריאות. המבוטח משלם פרמיות חודשיות בהנחה שבעת מחלה לא יידרש לשאת בהוצאה כספית משמעותית. ביטוחי הבריאות המסחריים בישראל מהווים רובד שני ושלישי של כיסוי והם מוצעים בנוסף לכיסויים

²⁸ ברמלי-גרינברג וקידר (2013) ביטוחי בריאות פרטיים – נייר רקע- סקירה על ישראל. מתוך כנס יס-המלח ה-13: ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות) ²⁹ מבוסס על: חורב וקידר. סוגיות במדיניות ואסדרה של ביטוחי הבריאות הפרטיים. אגף כלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות (2012)

³⁰ Definition of 'Health insurance': insurance against loss through illness of the insured (M. Webster-Encyclopedia Britannica Company).

הניתנים ע"י חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותוכניות השב"ן (שירותי בריאות נוספים - ביטוח משלים) של קופות החולים. לקיומם של ביטוחי בריאות מסחריים יש חשיבות בעצם מתן אפשרות לאזרח, החפץ בכך, לבטח את עצמו מעבר לכיסויים שכבר קיימים ברשותו ובעיקר בהקשר של חשש מסיכוי עתידי להוצאה כספית חריגה ביותר ובלתי צפויה מראש (קטסטרופות).

ההתייחסות בעולם המערבי לסוגים שונים של ביטוח בתחום הבריאות מחלקת את סוגי הכיסוי למספר קבוצות עיקריות. קיימים לעיתים הבדלים בהגדרות אך לצורך מסמך זה נאמץ את ההגדרה המקובלת באיחוד האירופאי^{31,32}.

כיסוי חלופי (substitutive) - מדובר בתוכנית ביטוח שמספקת ביטוח רפואי לתושב שאינו מכוסה בביטוח הציבורי. לדוגמא גרמניה בה קיימת עד היום אפשרות לאנשים ברמות הכנסה גבוהות ולמועסקים עצמאים ל"וותר" על הכיסוי הציבורי (ולא לשלם גם את תשלומי ביטוח הבריאות למערכת הציבורית) ובמקום זאת לרכוש שירותי ביטוח חלופיים במערכת הפרטית (סל המינימום מוכתב על ידי המדינה). עד לפני שנים אחדות הביטוח הפרטי היה חלופי גם במדינות נוספות דוגמת הולנד ששם (עד לרפורמה ב- 2006) בעלי הכנסות גבוהות הוחרגו מחלק מהכיסויים שנכללו בסל הציבורי. בבלגיה מועסקים עצמאים לא היו מכוסים בסל הציבורי בשירותים אמבולטוריים (עד שנת 2008); באירלנד בעלי הכנסות גבוהות לא היו זכאים לשירותי אשפוז במסגרת הסל הציבורי (עד הרפורמות של 1979 ו-1991). הרפורמות שבוצעו במהלך השנים במדינות בכל המדינות הנ"ל הרחיבו את הכיסוי הציבורי לכיסוי אוניברסאלי (המשולב עם מימון אוניברסאלי ופרוגרסיבי) דבר שאמור היה למתן את הצורך בביטוחי הבריאות הפרטיים מהסוג החלופי ולכן במדינות אלה כיום הביטוח נוטה יותר לכיסוי מסוג מרחיב, כפי שיפורט להלן.

כיסוי מרחיב (complementary) - כאן קיימים שני סוגים עיקריים של כיסויים בביטוח הבריאות. האחד, מתמקד בעיקר בהרחבה של שירותים רפואיים שאינם מכוסים בסל (לדוגמא זה הנהוג במדינות כגון דנמרק והולנד); והשני מתמקד בעיקר בכיסוי תשלומי השתתפות העצמיים המחויבים במסגרת הסל הציבורי- בעיקר בלגיה וצרפת.

כיסוי משלים/משפר (supplementary) - ביטוח המציע בעיקר שיפור לכיסויים הקיימים בסל הציבורי. מדובר בעיקר בקיצור תורים והרחבה של האפשרויות העומדות בפני מבטח לבחירת ספקי השירות. לדוגמא, זה הנהוג במדינות כגון אנגליה, שבדיה, אירלנד וספרד.

הגם שקיימים במדינות השונות כיסויים שמשלבים את הנ"ל, ניתן לומר שבדרך כלל הכיסוי שם הומוגני למדי מההיבט של סוגי הכיסוי הביטוחי לפי הקבוצות הנ"ל³³. ראוי לציין גם כי כפי שיובהר בהמשך, קיימים הבדלים בין המדינות בתמהיל הארגונים המספקים את ביטוחי הבריאות הפרטיים. בישראל ההגדרות של סוגי הכיסוי מעט שונות (לדוגמא בהקשר להגדרת כיסוי חלופי), אך ככלל ניתן לומר שהכיסויים בישראל יותר הטרוגניים ומגוונים בהשוואה למדינות אחרות.

בין המאפיינים העיקריים של שוק הביטוח הפרטי בישראל ניתן למנות את העובדה שהוא פועל על בסיס עסקי טהור, היינו, הוא פועל למטרת השאת רווחים; אין בו מחויבות לעקרונות 'חברתיים' כגון ערבות הדדית; האקטואריה היא על בסיס הסיכון הביטוחי של הפרט/הקבוצה; לרוב קיים בו הליך חיתום המאפשר לסנן מבטחים שהם bad risk לחברת הביטוח; הרגולציה בשוק זה מבוצעת על ידי הממונה על הביטוח [טכנית קוראים לו הממונה על שוק ההון, ביטוח וחכונות, שים פעם אחת את השם המלא ואז תגיד להלן "מפקח על הביטוח"] במשרד האוצר; קיימת בו חקיקה ייחודית וייעודית – באמצעות חוק הפיקוח על עסקי ביטוח וחוק חוזה הביטוח; והערכאה

³¹ יש לציין כי החלוקה הנ"ל המבוססת על פרסומים של ה-EU, מעט שונה בהשוואה להגדרות המקובלות ב-OECD שם מקובל לדבר על Duplicate private health insurance (PHI) (בחירת רופא פרטי וקיצור תורים של שירותים אשר כלולים בסל הציבורי); Complementary PHI (סיוע במימון עלות שירותים שכלולים בסל הציבורי אך מחייבים תשלום השתתפות עצמית); ו-Supplementary PHI (כיסוי שירותים שלא כלולים בסל הציבורי). הגדרות אלה כמו גם ההגדרה המקובלת בישראל, כפי שיפורט להלן מתעלמת מביטוח פרטי המכסה קבוצות שאינן בסל הציבורי (במדינות כגון גרמניה בהן קיימת אפשרות לצאת מהסל הציבורי).

³² בישראל אין זהות מוחלטת עם ההגדרות שהוזכרו.

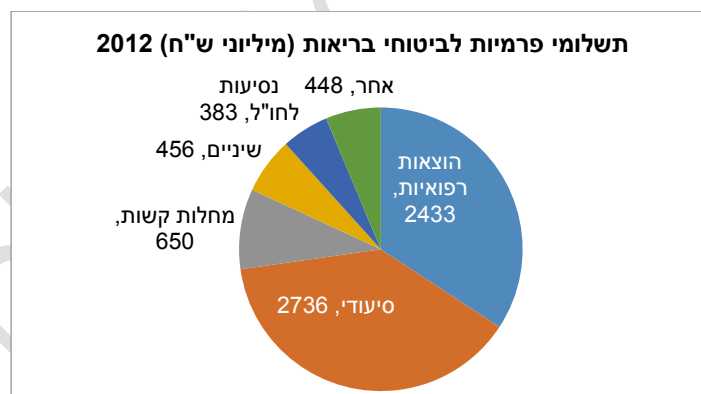
³³ להרחבה ראה: Thomson & Mossialos 2009

השיפוטית המטפלת בתביעות – היא בית משפט השלום/מחוזי. באופן מסורתי הושם בעבר דגש בשוק זה על שירותים ששכיחותם נמוכה אך ההוצאה למבוטח בגינם עלולה להיות גבוהה³⁴. בדרך כלל קיימת בו העדפה למיצוי הפוטנציאל ברמות הכיסוי האחרות (סל בסיסי ושב"ן) והדגשת פעילותו כ'השלמות' לסל הבסיסי ולשב"ן [אבל אם המשלימי שבו לא חדרו למה זה מדגיש את פעילותו כמשלים בדיוק?]³⁵. כמו כן ראוי להדגיש שבשוק זה קיימת אפשרות למתן כיסוי הן במתכונת של פיצוי והן של שיפוי או שירות בעין. אין בו מגבלה על מספר החברות העוסקות בתחום ובלבד שאלה יעמדו בתנאים והקריטריונים שנקבעו על ידי המפקח על הביטוח. מנתונים שהוצגו ע"י המפקח על הביטוח עולה לכאורה שקיים פוטנציאל להפחתת הריכוזיות הקיימת כיום בשוק זה.

א. שחקנים מרכזיים והיקפי פעילות של השחקנים, כולל מדדי ריכוזיות

ביטוח בריאות כולל שני ענפים: ענף מחלות ואשפוז, שבו מתרכזת מרבית פעילות חברות הביטוח בתחום הבריאות, וענף תאונות אישיות. ענף מחלות ואשפוז כולל את תתי-הענפים הבאים: ביטוח הוצאות רפואיות (דוגמת ניתוחים, תרופות והשתלות), ביטוח סיעודי, ביטוח מחלות קשות, ביטוחי שיניים, ביטוחי נכות, ביטוח נסיעות לחו"ל וביטוח בריאות לעובדים זרים.³⁶

תרשים מס' X מציין את התפלגות תשלומי הפרמיות בשנת 2012 לפי סוגי הביטוח השונים. עיקר הדיון בפרק זה יהיה בתת הענף של הוצאות רפואיות אשר הינו בעל המשמעות הגדולה ביותר למערכת הבריאות. ענף זה עוסק בעיקר בנושא ניתוחים, תרופות והשתלות. **האם להכניס הסבר על שאר הענפים?**



מקור: דוח הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון 2012

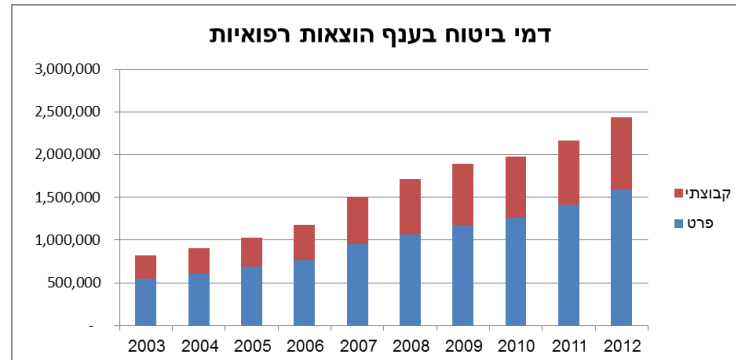
תרשים מס' X, מציג את ההתפתחות בתשלומי דמי הביטוח בענף הוצאות רפואיות לאורך השנים. בשנת 2003 סך תשלומי דמי הביטוח עמד על 0.8 מיליארד ₪ ואילו בשנת 2012 על סך של 2.4 מיליארד ₪, גידול של 300% תוך 9 שנים. בחינה של התפלגות דמי הביטוח לפי פוליסות פרט

³⁴ מצב זה של מיקוד ב'קטסטרופות' נמצא במגמת שינוי וכיום ניתן למצוא גם כיסויים שכיחים יותר מהסוג של כיסוי 'משפרי'

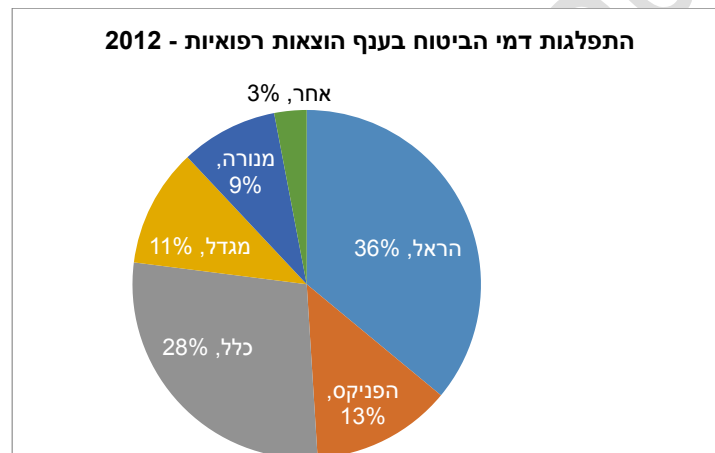
³⁵ קיימות אמנם פוליסות מסוג 'משלים לשב"ן' אך אלה לא חדרו משמעותית לשוק הביטוח הפרטי

³⁶ מקור: דוח שנתי של הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון 2012

ופוליסות קבוצתיות, מראה כי אחוז דמי הביטוח מפוליסות קבוצתיות נשאר יחסית קבוע לאורך השנים ועומד על כ-35%.



בענף הוצאות רפואיות קיימות 5 חברות מרכזיות אשר פועלות בתחום. כפי שניתן לראות בתרשים מס' X, 2 החברות הגדולות (הראל והפניקס) מחזיקות בכמעט שני שליש מהשוק.



פילוח של הנתונים לפי דמי ביטוח לפוליסות פרט ופוליסות קבוצתיות מראה כי בפוליסות הקבוצתיות הריכוזיות היא אף גבוהה יותר – שתי החברות הגדולות (הראל והפניקס) מחזיקות ב-84% מנתח השוק.

אם בוחנים את הנתונים לעומת השנים הקודמות ניתן לראות כי השוק נהיה ריכוזי יותר. בשנת 2004 שתי החברות הגדולות החזיקו נתח שוק של 54% לעומת 64% בשנת 2012. אגף שוק ההון פיקוח וחיסכון מפרסם מדי שנה מספר מדדי ריכוזיות³⁷. מנתונים אלו עולה כי בפוליסות פרט מדד ה-CR3 עומד על 69% לעומת 68% בשנת 2003 ואילו מדד "הרפינדל-הירשמן" עומד על 0.21 בדומה לשנת 2003. בפוליסות קבוצתיות מדד ה-CR3 עומד על 95% לעומת 87% בשנת 2003 ואילו מדד "הרפינדל-הירשמן" עומד על 0.40 לעומת 0.24 בשנת 2003.

³⁷ מדד הרפינדל-הירשמן (מדידת HHI) — סכום ריבועי נתח השוק של כל קבוצות או חברות הביטוח. נתח השוק של כל קבוצה או חברה מחושב כיחס שבין דמי הביטוח ברוטו שגבתה חברה לבין סך דמי הביטוח בענף. כל המדדים נעים בין 0 ל-1. יחס של 1 מבטא ריכוזיות מקסימלית — בענף פועלת חברה אחת בלבד. מדד יחס הריכוזיות CR3 (concentration ratio) — סכום נתחי השוק של שלוש הקבוצות או חברות הביטוח הגדולות בענף. מקור: אגף שוק ההון ביטוח וחיסכון, דוח שנתי 2012

ב. שינויים מרכזיים בגולציה על הביטוחים המסחריים והשינויים שחלו בשנים האחרונות³⁸

במהלך השנים האחרונות אכן ניתן היה לראות בחוזרי המפקח על הביטוח במשרד האוצר התייחסות משמעותית, לנושאים שבתחום אסדרה מהותית בביטוחי הבריאות. דוגמאות לכך ניתן לראות בחוזר הקודם של 'הגדרת מחלות קשות'³⁹ והגדרת 'מקרה הביטוח' בביטוח סיעודי⁴⁰, (2003), ב'הוצאות רכישה נדחות' בענף ביטוח מפני מחלות ואשפוז⁴¹ וב'החלפת פוליסות ביטוח חיים ובריאות'⁴², בביטוח סיעודי קבוצתי⁴³, בהגדרה של פרוצדורות רפואיות בביטוחי בריאות⁴⁴ (2004), מדריך לקונה בביטוחי סיעוד⁴⁵ (2006), מתן כיסוי לתרופות במסגרת הכיסוי לביצוע ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים⁴⁶ (2008). ב-2009 יצאו חוזרים בהקשר של כיסוי ביטוחי להשתלות⁴⁷, דיווח שנתי למבוטחים⁴⁸, וביטוח סיעוד קבוצתי⁴⁹. החוזרים האמורים אכן התייחסו גם לנושאים שבמהות הביטוח והם הוצאו בנוסף לחוזרים שעסקו בצדדים הפיננסיים והאקטואריים של תחום זה⁵⁰.

בשנת 2013 פירסם הממונה הוראות בדבר פיצוי בכיסוי לניתוחים פרטיים בישראל. בהוראות אלו קבע הממונה כי החל משנת 2014 לא תאושר תכנית ביטוח המכסה ניתוחים פרטיים בישראל שתאפשר למבוטח לבחור בין שיפוי עלויות ניתוח על ידי המבטח ובין פיצוי כספי לניתוח שבוצע בשב"ן או במערכת הציבורית. במכתבו מציין הממונה כי המצב הנוכחי "עלול להטות מבטח לבחור מבצע ניתוח שלא משיקולי בריאות, שכן לעיתים השיקול הכספי עלול לגבור על השיקול הבריאותי".

עד להוראות אלו, לא נראה שהיתה במהלך השנים התייחסות מספקת לאסדרה שבבסיסה הסתכלות מאקרו ותכליתה מניעת השפעה שלילית על המערכת הציבורית בפרט וניתוח משמעותי בין-מערכותי. בשנים האחרונות התמעט עוד יותר ההתייחסות לנושאים שאינם פיננסיים. בשנת 2011 יצא חוזר בנושא פירוט תגמולי הביטוח בתוכניות לביטוח בריאות⁵¹ הנוגע לגילוי נאות בעניין תגמולי ביטוח מרביים שאינם בערך נקוב וכן נייר עמדה⁵² בו מעוגנת הזכות של המבוטח בפוליסת פרט בפרמיה קבועה הכוללת כיסוי לניתוחים בישראל, לקבל פיצוי בגין עודף פרמיות כשהפוליסה מבטלת. ב-2012 יצאו חוזר ביטוח שיניים⁵³ וחוזר עריכת תוכנית בביטוח סיעודי⁵⁴.

מחד, מדובר אכן בפעילות אסדרה נרחבת שיושמה במהלך השנים. מנגד, מסתמנת מגמה של צמצום המעורבות של הממונה על הביטוח בתחום זה של ביטוחי בריאות. לדוגמא, וועדת שרים לענייני חקיקה אישרה ביום 29 במאי 2012 טיוטת תזכיר חוק בנושא "הנהגת תוכניות ביטוח ותקנוני פנסיה וגמל" שמבטלת למעשה את הצורך בקבלת אישור מראש של הממונה לשיווק

³⁸ מבוסס על: חורב וקידר. סוגיות במדיניות ואסדרה של ביטוחי הבריאות הפרטיים. אגף כלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות (2012).

³⁹ חוזר מס' 2003/16 מיום 12.03.2003.

⁴⁰ חוזר מס' 2003/9 מיום 14.03.2003.

⁴¹ חוזר מס' 2004/7 מיום 3.3.04.

⁴² חוזר מס' 2004/10 מיום 1.4.04.

⁴³ חוזר מס' 2004/11 מיום 29.4.04.

⁴⁴ חוזר מס' 2004/20 מיום 12.10.04.

⁴⁵ חוזר מס' 2006-1-15 מיום 5.10.06.

⁴⁶ חוזר מס' 2008-6 מיום 21.7.08.

⁴⁷ חוזר מס' 2009-1-1 מיום 14.1.09.

⁴⁸ חוזר מס' 2009-9 מיום 24.6.09.

⁴⁹ חוזר מס' 2009-1-18 מיום 28.12.09.

⁵⁰ לרבות כאלה הקשורים לקשר בין מבטח לבעל פוליסה - כגון 'מידע לבעל פוליסה' חוזר מס' 2009-171.

⁵¹ חוזר מס' 2011-1-2 מיום 2.8.11.

⁵² סימוכין שה. 29994-2011 מיום 7.8.11.

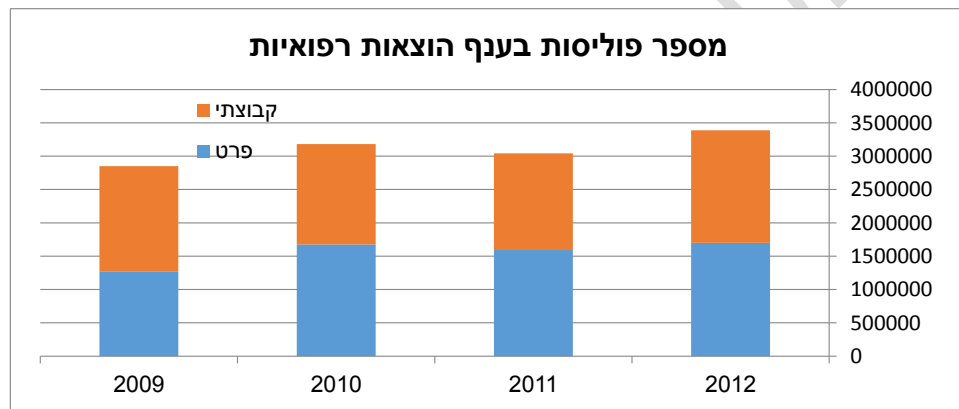
⁵³ חוזר מס' 2012-1-4 מיום 19.6.12.

⁵⁴ חוזר מס' 2012-1-1 מיום 12.3.12.

פוליסות חדשות בתחומי ביטוח שונים, לרבות בענף ביטוחי הבריאות⁵⁵ ומעבירה את האחריות על המוצר מהגורם הממשלתי המסדיר לחברת הביטוח (רגולציה עצמית של החברות)⁵⁶. דוגמא שנייה – ביטול המדיניות הקודמת של הממונה בעניין הגדרות מחייבות וסטנדרטיות של מחלות ופרוצדורות בפוליסות 'מחלות קשות'⁵⁷. יתכן גם שביטוי למגמה זו של העברת האחריות מהרגולטור הממשלתי לחברות הביטוח תמצא בעתיד הקרוב את ביטוייה גם בקודקס הרגולציה העתידי שמגובש בימים אלה במשרד האוצר.

ג. היקפי המבוטחים בביטוחים מסחריים לפי סוג פוליסה ותתי ענפים

כיום, אין בידי הממונה מידע על מספר המבוטחים בביטוחי בריאות מסחריים. המידע הקיים הינו בנוגע למספר הפוליסות שנמכרו על ידי חברות הביטוח. מן הנתונים ניתן לראות מספר הפוליסות בשנת 2012 עמד על 3.4 מיליון⁵⁸. יחד עם זאת, מאחר הנתון הוא לגבי מספר הפוליסות (ולא מספר המבוטחים), ההנחה היא שמספר המבוטחים נמוך יותר כיוון שיש מבוטחים שמחזיקים במספר פוליסות נפרדות (למשל פוליסה אחת לניתוחים ופוליסה אחרת להשתלות), ואותם המבוטחים נספרים יותר מפעם אחת.



מקור: אגף שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר

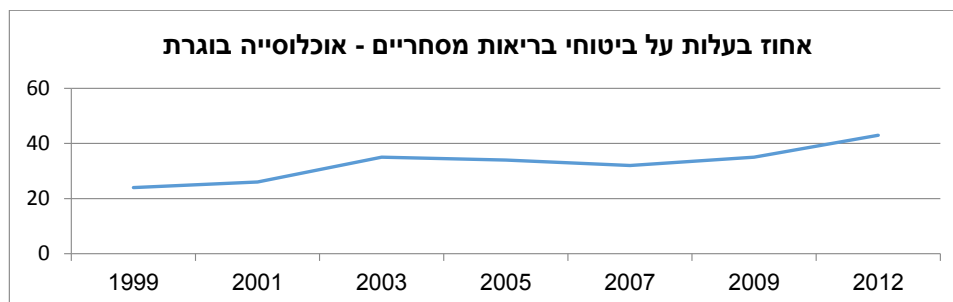
מכון ברוקדייל, במסגרת סקר מקיף שהוא עורך בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל אוסף נתונים אודות אחוז האנשים שיש להם ביטוח בריאות מסחרי. מן הנתונים עולה כי בשנת 2012 לכ-43% מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל היה ביטוח בריאות מסחרי. מתוכם, כ-90% החזיקו גם פוליסת שבי". בחינה של אחוז המבוטחים המחזיקים ביטוח קבוצתי מראה כי מקרב בעלי ביטוח מסחרי, ל-52% יש ביטוח קבוצתי.

⁵⁵ החובה היא רק לייצע את אגף שוק ההון הביטוח והחיסכון. ההחלטה היחידה ל"מסלול הירוק" שהוזכר בתזכיר זה נוגעת לביטוחי סיעוד קבוצתיים המוצעים למבוטחי קופות החולים וכן לתקנונים חדשים לגמל ופנסיה – באלה תימשך החובה לקבל מראש אישור של הממונה על הביטוח

⁵⁶ ברוח סעיף 181 לדירקטיבה שהוזכר לעיל

⁵⁷ ראה טיוטת חוזר 'עריכת תוכנית לביטוח מחלות קשות' 2012-51 מיום 16.7.12

⁵⁸ הנתון לגבי מספר הפוליסות מדווח ע"י החברות ואינו מבוקר



מקור: מכון ברוקדייל

מנתוני מכון ברוקדייל עולה כי פרופיל בעלי ביטוח מסחרי נשמר לאורך השנים כך ששעור בעלי הביטוח המסחרי גבוה יותר בקרב השכבות החזקות יותר באוכלוסייה (צעירים עד גיל 65, בעלי השכלה גבוהה והכנסה גבוהה ודוברי עברית). עוד עולה כי קיימת מגמת גידול של שעורי הבעלות על הביטוח המסחרי בעיקר בקרב השכבות החזקות. זאת ועוד, בין השנים 2005 ל-2009 אנו רואים ירידה בשעורי הבעלות בקרב דוברי ערבית, תושבי חיפה ובצפון, אנשים בעלי השכלה יסודית ומטה, וחמישון התחתון.⁵⁹

בעלות ביטוח מסחרי לפי מאפייני רקע, 1999-2009 (באחוזים מכלל בני 22 ומעלה)

מסחרי						
2009	2007	2005	2003	2001	1999	
35	32	34	35	26	24	סה"כ
21	17	18	19	12	18	גיל 65+
41	36	40	39	30	24	דוברי עברית
16	18	21	26	14	17	דוברי ערבית
30	24	32	33	21	26	אזור מגורים: ירושלים
27	26	31	37	24	21	אזור מגורים: חיפה והצפון
39	37	38	35	27	25	אזור מגורים: מרכז ות"א
40	30	33	35	29	23	אזור מגורים: ב"ש והדרום
7	8	13	16	9	13	השכלה: יסודית ומטה
39	38	41	41	31	28	השכלה: על תיכונית ואקדמאית
17	10	15	21	12	11	הכנסה לנפש: חמישון תחתון
57	54	53	52	45	35	הכנסה לנפש: חמישון עליון

⁵⁹ כל הממצאים שצוינו כאן מתקיימים גם לאחר פיקוח רב משתני בכל אחת מהשנים הנבדקות.

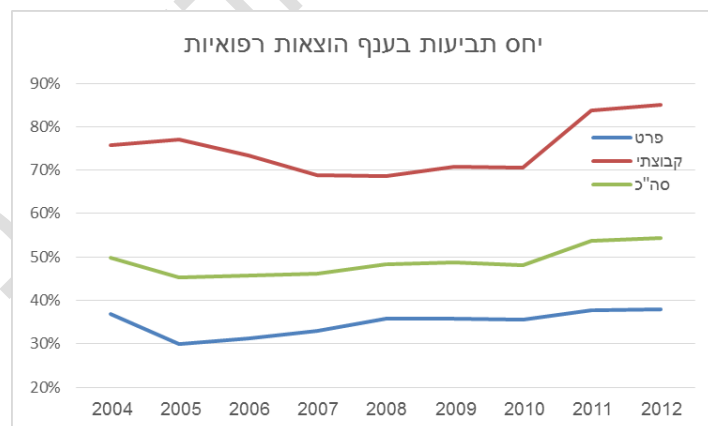
כאמור, לכ-90% מהמחזיקים בביטוחים מסחריים יש גם פוליסות של תוכניות השב"ן. עם זאת, בשנת 2011 רק 16% מפוליסות הניתוחים של חברות הביטוח המסחריות הן פוליסות משלימות לתוכניות השב"ן (13% בפוליסות פרט ו-18% בפוליסות קבוצתיות)⁶⁰. יש לציין כי שיעור זה עלה מאז שנת 2008 אז עמד על 12%.

ד. כמויות פוליסות והיקפי פרמיות לפי סוג פוליסה ותתי ענפים – לאורך זמן (שרונה) – שלומי – האם להיכנס לעוד תתי ענפים חוץ מהוצאות רפואיות. לדעתי לא.

ה. תשלומי תביעות לאורך השנים לפי סוג פוליסה ותתי ענפים (שרונה)

קיים הבדל משמעותי בין היחס של תשלומי הפרמיות בפוליסות פרט ובפוליסות קבוצתיות. בשנת 2012 בענף הוצאות רפואיות, אחוז התביעות מתוך הפרמיות ששולמו עמד על 54% כאשר בפוליסות פרט הוא עמד על 38% בלבד ואילו בפוליסות קבוצתיות הוא עמד על 85%. תרשים מס' X מראה את ההבדל ביחס התביעות בין הפוליסות השונות ואת המגמות לאורך השנים. מן התרשים ניתן לראות כי בשנים האחרונות ישנה מגמה מתונה של עליה ביחס התביעות בביטוחים המסחריים מסוג הוצאות רפואיות. סך תשלום התביעות בענף הוצאות רפואיות עמד בשנת 2012 על 1.3 מיליארד ש"ח לעומת 0.5 מיליארד ש"ח בשנת 2004.

שרונה – להשלים וכן כיצד מחושב.



ו. היקפי הוצאות בביטוחים מסחריים – תשלום לסוכנים, תקורות אחרות (שרונה)

ז. בעלות ושימושים לפי מגזרים (דת, אזור מגורים, קצבאות, הכנסה, גיל, תחלואה) – בעלות הוכנס קודם, שימושים אין נתונים

ח. היקף ההוצאה הממוצעת לניתוחים וסוגי ניתוחים - שרונה

ט. מגמות בהיקף ההוצאה על ניתוחים ומספר הניתוחים לאורך השנים – שרונה

י. 20 ניתוחים הנפוצים ביותר בביטוחים המסחריים ואחוז הניתוחים במסחרי בקרב הניתוחים הנפוצים בסל הציבורי

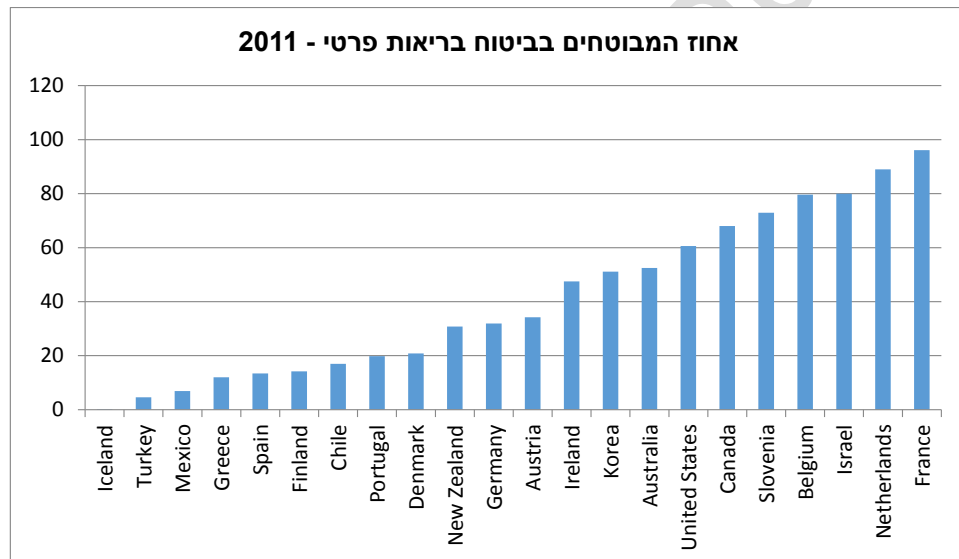
⁶⁰ מקור: אגף שוק ההון ביטוח וחיסכון.

יא. סקירה בנושא ההשתתפויות העצמיות - שרונה

7. השוואה בין לאומית של ביטוחי בריאות פרטיים

במדינות ה-OECD גם כן קיים שוק ענף ומפותח של ביטוחי בריאות פרטיים. חשוב לציין כי קיימת שונות רבה בין מאפייני מערכות הבריאות במדינות ה-OECD וביטוחי הבריאות הפרטיים אשר הינם בעלי השפעה רבה על כל השוואה בינלאומית בנושא⁶¹. יחד עם זאת, ארגון ה-OECD מפרסם מספר סדרות נתונים הנוגעים לביטוחי הבריאות הפרטיים במדינות. יש לציין כי בעת ביצוע ההשוואה הבינלאומית נכללים תחת המונח 'ביטוח בריאות פרטי' הן תוכניות השב"ן והן ביטוחי הבריאות בחברות הביטוח המסחריות.

תרשים X מציג את אחוז האוכלוסייה במדינות ה-OECD אשר מחזיק בביטוח בריאות פרטי. מן התרשים ניתן לראות כי ישראל נמצאת במקום השלישי בקרב מדינות ה-OECD עם שיעור חדירה של ביטוחי בריאות פרטיים בגובה של 80%.

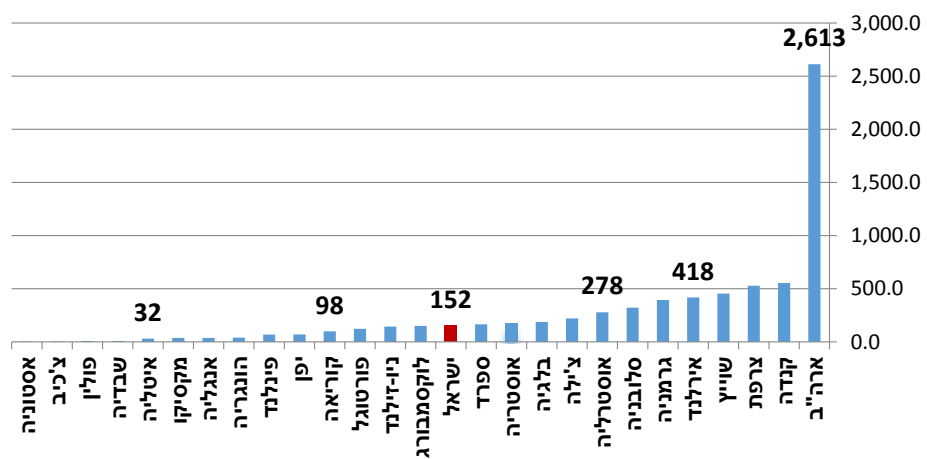


מקור: OECD HEALTH DATA 2013

תרשים X מציג את ההוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים לנפש בדולרים במונחי שווי כח הקנייה (PPP). מן התרשים ניתן לראות כי ההוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים לנפש בישראל אינה גבוהה ביחס למדינות ה-OECD. יחד עם זאת, כאשר בוחנים את המגמה בהוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים בשנים האחרונות אנו רואים כי קצב הגידול בהוצאה על ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל הינו גבוה באופן משמעותי מזה של מדינות ה-OECD. תרשים מס' X מציג את שיעור השינוי בהוצאה על ביטוחי בריאות לנפש בין השנים 2003-2009. מן התרשים ניתן לראות כי בישראל ההוצאה עלתה באותה תקופה ב-58% וזאת לעומת 37% בלבד במדינות ה-OECD.

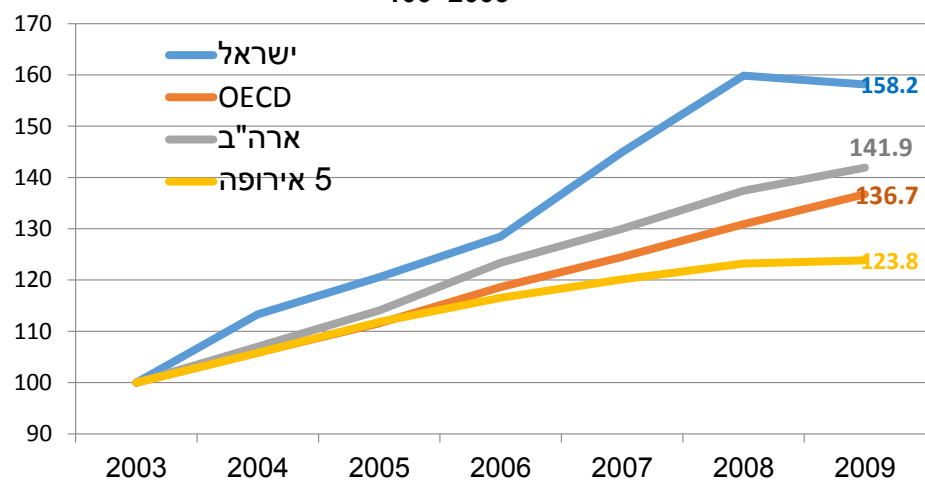
⁶¹ על ההבדלים העיקריים בין המדינות השונות ניתן לקרוא ב- חורב וקידר. סוגיות במדיניות ואסדרה של ביטוחי הבריאות הפרטיים. אגף כלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות (2012)

הוצאה על ביטוחי בריאות פרטיים לנפש לשנת 2009 (דולר PPP)



מקור: קידר, חורב ואריאלי 2012

הוצאה לביטוחי בריאות פרטיים לנפש \$ PPP 2003-2009 100=2003



מקור: קידר, חורב ואריאלי 2012

ב. הצגת הסוגיות מרכזיות:

1. משקל הוצאה פרטית במימון ההוצאה הלאומית לבריאות – תופעה שמזינה את עצמה
 - א. **שחיקת** תקציב הקופות ויצירת שבי"ן כמסגרת מימונית חליפית-תוספתית לסל
 - i. הביטוחים הפרטיים ככלי לקיצור תור שקיים במערכת הציבורית
 - ii. אי ביצוע ניתוחים הפסדיים

ב. יצירת תמריצים (רווח כלכלי) להסטה מציבורי לפרטי -

i. רופא

ii. קופה – שב"ן

1. העברת טפסי 17 מהסל לשב"ן

2. בעלות קופות החולים על בתי חולים פרטיים

iii. בתי חולים ציבוריים-

1. מבנה התשלומים לבתי החולים הציבוריים – רק עלות ללא

איכות

2. מנגנון הקפ

3. תמחור לא מתאים של ניתוחים

4. יוקרה של ניתוחים

iv. כתוצאה - הפחתת איכות בציבורי (תורים ביעוץ ובניתוחים)

v. מבנה המימון אינו יוצר תמריץ לאיכות שירות גבוהה במע' הציבורית

1. קופה

2. שב"ן

3. מבטח

2. השפעות חיצוניות על המערכת הציבורית

a. שהות בכירים בבית החולים

b. אימון מתמחים

c. לחץ להעלאת שכר ותחרות על כ"א

d. יצירת אי אמון במע' הציבורית

e. בחירת ניתוחים קלים – השארת ניתוחים כבדים בציבורי ועלותה בצידה

f. בקרת עמיתים

g. השפעת קיומו של השבן על הרכב הכיסוי בסל הציבורי

h. יצירת תורים בציבורי (מעבר לתמריץ הכספי – כתוצאה שאין כ"א אחיות

מרדימים וכו)

3. מרחב השירותים בשבן, מבנה ההיצע והתמחור והעדר יכולת השוואה של הפרטים

a. רבדים ובאנדלים

b. העדר אחידות שבנים בין קופות

c. הזיקה בין חברות בקופת חולים ושבן

d. מנגנון קביעת תכולת השירותים בשבן

e. מנגנון קביעת פרמיות והשינוי בפרמיות

f. מנגנון קביעת השתתפויות עצמיות

4. ביטוחים פרטיים

a. העדר אחידות הגדרות בין פוליסות ובין מבטחים

b. העדר יכולת השוואה בתכולת ביטוח מול שבן ובין מבטחים

c. LR בפרט

d. פוליסות עם רכיב ביטול השתתפות עצמית

e. כתבי שירות ושירותים שאינם ביטוחיים

5. היבטים נוספים

a. בעלות על בתי חולים סוגיית כוח השוק האזורי של אסותא ושל הדסה-שערי

צדק (הצע מיטות באזור מרכז) וחוזי בלעדיות באמבולטוריקה של אסותא-הראל

b. התחשבות שבן מול הסל

- c. התחשבות שבנ מול חברות הביטוח וסוגיית כפל הביטוח
- d. העדר נראות של משלים שבנ
- e. יחסי קופות חולים וחברות ביטוח (דקלה-כללית)
- f. מידע לאזרח (גם מי שאין לו וגם מי שיש לו)
- g. מידע לרגולטור
- h. האחדת רגולציה/שת"פ רגולטורי

ג. מודלים חליפיים לפתרון

יוצגו מודלים עם תשובות לכל אחת מהסוגיות והסבר מהם הסיכונים המרכזיים לכל מודל ומהם היתרונות המרכזיים לכל מודל.

סיכורה - להדלפה בלבד