

**דר' מאיר אמיר ושות'**  
ייזום, תכנון, ניהול  
וייעוץ כלכלי בע"מ

**פרופ' אביה ספיבק**  
יעוץ כלכלי, פנסיוני ופיננסי

**ענף ביטוח הוצאות רפואיות בישראל – ניתוח כלכלי**

*מוגש להתאחדות החברות לביטוח חיים*

**מאיר אמיר**

**אביה ספיבק**

**אוגוסט 2012**

## סיכום מנהלים

1. מאז חוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995 עלה שיעור ההוצאה הפרטית מתוך ההוצאה הלאומית לבריאות מ 30 אחוזים ל 38 אחוזים. הביטוחים הפרטיים דרך קופות החולים (שב"ן – רובד שני) ודרך חברות הביטוח (ביטוח הוצאות רפואיות – רובד שלישי) מהווים כ – 21% מההוצאה הפרטית לבריאות. הצמיחה בשני רבדים אלו קרתה במקביל והיא מיוחסת לחולשת הרפואה הציבורית. מאז כניסת השבניים לפעולה בתחילת שנת 1998 וגידול מספר החברים בהם (עקב פרמיה יחסית נמוכה השווה כמעט לכל נפש) עד לכדי קרוב ל-75% מאזרחי המדינה, החלו להתבצע עשרות אלפי ניתוחים במערכת הפרטית במקום במערכת הציבורית ובכך מחד נפגעה יעילות תפקוד בתי החולים הציבוריים ומאידך עלתה ההוצאה הפרטית לבריאות באופן משמעותי.
2. כיום מתבצעת חלוקת עבודה מאוזנת בין הרובד השני והרובד השלישי. מחצית מהניתוחים (שבהם מתרכז מסמך זה) המתבצעים ברובד השלישי מתבצעים על חשבון חברות הביטוח. ובכך מקלות חברות הביטוח על עומס העבודה של השב"ן.
3. בתוך המחצית השניה השלישי היקר יותר מתבצע במימון משותף של חברות הביטוח והשב"ן ושני השלישי הזולים יותר מתבצעים במימון השב"ן. הפיצוי שמקבלים במקרה זה המבוטחים מאפשר להפנות אותם לשב"ן. כיון שתעריף הניתוחים בשב"ן זול יותר, יש בכך חיסכון משמעותי למשק.
4. במסמך זה אנו מחשבים את תוספת העלות המשמעותית למשק במידה וההסדר הנוכחי יבוטל, עקב עלית מחירי הניתוחים. המצב הקיים מהווה שימוש מושכל בכוחו הכלכלי של השב"ן להוריד את עלויות הניתוחים גם עבור הרובד השלישי של חברות הביטוח. ביטול הסדר זה יביא למצב דמוי ארה"ב, אשר בה עלויות הבריאות גבוהות בגלל מבנה שוק של ביטוח פרטי. ההוצאות הנוספות יוטלו על הצרכנים בדרך של עליית הפרמיות, ברובד השלישי בטווח הקצר, ויתכן גם ברובד השני, בטווח הבינוני, אם יפחת משמעותית מספר המבוטחים ברובד השלישי כתוצאה מהעלאת הפרמיה.
5. הקטנת החלק של חברות הביטוח בביטוח הפרטי אינו תשובה למצב הכללי של מערכת הבריאות ובפרט לחלק הציבורי שלה. במקרה כזה ניתן להניח כי השב"ן יתרחב ויתפוס את מקומן של חברות הביטוח. השירות לציבור המעוניין בחופש בחירה גדול יותר ייפגע (כולל חברי קולקטיבים שמשלמים פרמיות נמוכות יחסית), וחלק ההוצאה הפרטית בהוצאה הלאומית לבריאות לא ירד ויתכן שאף יעלה.
6. אחד ההישגים הגדולים של הביטוחים הפרטיים ברובד השני והשלישי הוא היעלמות הרפואה השחורה מבתי החולים. קיים חשש ששינוי המצב דרך שינוי בחוזי הביטוח המותרים ועלית הפרמיות שתנבע מכך יביא להחזרת הרפואה השחורה, על כל היבטיה השליליים כולל אובדן הכנסות ממסים.
7. דעתנו היא שמצב הדברים הנוכחי הוא סביר והוא משקף נכונה את העדפות המבוטחים, ומדובר באוכלוסייה של כ – 2 מיליון איש. הענף הוא אמנם ריווחי, אך להערכתנו יתכן כי עקב התייקרות הוצאות הניתוח בעתיד, עקב שנויים טכנולוגיים ועלויות ציוד ומנתחים, הרווח ירד ובסך הכל מדובר ברווח סביר ובענף תחרותי.
8. המערכת הביטוחית הפרטית סיפקה בשנת 2011 במחיר סביר של 70 ₪ לנפש, כסוי ביטוחי למבוטחים בקולקטיבים בשכבה השלישית, שתואם את רצון המבוטחים. כל שנוי של ההסדר הקיים יכול לפגוע, בראש וראשונה, באוכלוסיה זאת, 56% מהמבוטחים, המייצגת את כלל הציבור ולא דווקא את העשירונים העליונים. אנו רואים בביטוח הוצאות רפואיות המתבצע דרך קולקטיבים כשווה ערך לביטוח ציבורי הנעשה במחיר עלות ומאפשר לאוכלוסיות רבות לקבל שירותים רפואיים מהמעלה הראשונה במחיר סביר מאד.
9. הפוליסה לכסוי הוצאות רפואיות כוללת גם כסויים נוספים: תרופות, כולל תרופות מצילות חיים שהשב"ן מנוע מלספק, השתלות, ניתוחים בחו"ל ועוד. אין ספק שכסויים אלו חשובים לציבור המבוטחים ברובד השלישי.
10. נראה לנו כי הרעיונות שהועלו לשיבוב הדדי ולאיסור מכירת פוליסות שפוי על ידי חברות הביטוח, שניהם יביאו לעלות נוספת למשק, שאין בה כל תועלת כלכלית.

## א. מבוא

מסמך זה נכתב לבקשת איגוד חברות הביטוח בישראל והוא עוסק בענף ביטוח הוצאות רפואיות בישראל, שכבת הביטוח השלישית שבאה לאחר הביטוח הממלכתי, שכל אזרחי המדינה זכאים לו מתוקף החוק, ושכבת הביטוח השניה, הוולונטרית, שירותי הבריאות הנוספים, שב"ן, שמספקות ארבע קופות החולים הציבוריות, בתשלום.

בעקבות פגישה של נציגי החברות עם אנשי אגף התקציבים שנערכה ב 7.8.12 סוכם כי החברות תכנה מסמך כלכלי שבו יפרטו את עמדתן באשר לענף ביטוח הוצאות רפואיות.

בתקופה האחרונה עלו לדיון ציבורי סוגיות שונות באשר לענף ביטוח זה, הן מצד משרד הבריאות, הן מצד דרגים פוליטיים שונים והן מצד האוצר. לאור זאת שוקל משרד האוצר להנהיג שנויים מבניים בענף זה, בהליך חקיקה רגיל או במסגרת חוק ההסדרים.

לפני קבלת החלטה מצד משרד האוצר, ניאותו אנשי האוצר לבחון מסמך עמדה שיציג את הנושא מנקודת ראותן של החברות, ומכאן פנייתן אלינו לסייע בהכנת מסמך עמדה זה.

עקב לוח הזמנים הצפוף מאד שהכתיב האוצר, עבודה זו נעשתה בפרק זמן קצר מאד, בפועל לא יותר מ 12 ימי עבודה, שבהם עסקנו בזריזות בלימוד הנושא ובגיבוש עמדתנו, שאותה נציג להלן.

למרות פרק הזמן הקצר שעמד לרשותנו, תחושתנו היא כי הצלחנו לרכז נתונים ולגבש דעה, מחייבת מבחינתנו, ואנו כמובן עומדים מאחורי המסמך שלנו.

ברצוננו להדגיש עוד כי הנאמר במסמך זה משקף את עמדתנו, ועמדתנו בלבד, ככלכלנים האמונים על ביצוע עבודות כלכליות מנקודת ראות המשק. כך נהגנו גם בעבודות ייעוץ שבצענו בעבר עבור משרדי ממשלה, כולל גם עבור משרד האוצר לאחרונה.

למרות פרק הזמן הקצר שניתן לנו לא הסתפקנו בניתוח רעיוני/עקרוני בלבד של הנושא. קשה מאד לדון בסוגיות כלכליות ללא מצע עובדתי. הכלכלה היא, בראש וראשונה, מקצוע הנשען על ניתוח נתונים וללא נתונים לא ניתן לבצע ניתוח כלכלי.

נתוני מקרו על ענף ביטוח הוצאות רפואיות שאבנו מדוחות שנתיים מפורטים של המפקח על הביטוח במשרד האוצר ומהדוח השנתי האחרון לשנת 2010 של שירותי הבריאות הנוספים (להלן שב"ן) שהוגש למשרד הבריאות. למרות שעם השלמת עבודתנו התפרסם הדוח השנתי של המפקח לשנת 2011, עיקר הניתוח הכלכלי שלנו יהיה על בסיס נתוני שנת 2010, שתהווה שנה מייצגת לצורך הניתוח הכלכלי כאן.

מעבר לנתונים הזמינים של משרדי האוצר והבריאות קיבלנו מ 4 חברות ביטוח, המקיפות ביניהן כ – 90% מהפרמיות בענף, את קובצי הנתונים בתחום ביטוח הוצאות רפואיות אשר העבירו למפקח על הביטוח בראשית חודש יולי השנה, לבקשתנו. לבקשתנו העבירו לנו חברות אלו נתונים נוספים, על פי מפרט שהכנו אנו. מדובר בנתונים סודיים של כל חברה הכוללים שיעורי תביעות ותשלומים לתביעה ממוצעת בכל אחת מקטגוריית התשלום. אנו נציג נתונים אלו בהמשך באופן מקובץ, מבלי להתייחס לחברה ספציפית.

בנוסף ללימוד ועיבוד נתונים וקריאת מסמכים שנכתבו בנושא, פגשנו את נציגי 4 החברות כדי לקבל מהם התרשמות בלתי אמצעית באשר לעמדתם וכדי להבהיר לעצמנו סוגיות עיקריות בתחום. כן נפגשנו עם מספר רופאים ועם מומחים באקדמיה המכירים מקרוב את תחום הביטוח הרפואי. על בסיס עבודת הכנה זו אנו מגישים בזאת את עבודתנו, תוצר של הליך הלימוד המזורז שקיימנו בימים האחרונים.

## ב. תמונת מצב מקרו

בשנת 2010 עמדה ההוצאה הלאומית לבריאות על 61 מיליארד ש"ח, כ- 7.7% מההוצאה הלאומית כולה. זהו שיעור נמוך יחסית, שלא השתנה במהלך העשור האחרון, כאשר במדינות ה-OECD שיעור ההוצאה הלאומית על בריאות עמד בשנת 2010 על 9.4% בעקבות גידול רצוף בשיעור זה במהלך שני העשורים האחרונים. בישראל שיעור ההוצאה הלאומית על בריאות לא השתנה בתקופה זו. שיעור ההוצאה הפרטית לבריאות מסך ההוצאה הלאומית לבריאות עומד על 38%, שיעור גבוה מאד, ביחס לנהוג במדינות אירופה. עניינו כאן הוא בענף ביטוח הוצאות רפואיות המסופק באמצעות חברות ביטוח פרטיות. בשנת 2010 עמד היקף הענף על כ- 2 מיליארד ש"ח, כ- 3.2% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות. עיקר ההוצאות בענף זה היא על הוצאות לביצוע ניתוחים פרטיים, כ- 60%-50% מכלל התביעות, ואת רוב הדיון שלנו נייחד אמנם לנושא הניתוחים הפרטיים. אך חשוב לציין כי במסגרת הפוליסה לכסוי הוצאות רפואיות כלולים גם שירותים נוספים: תרופות שלא נכללות בסל הבריאות, התיעוציות עם מומחים, ביטוח השתלות, ניתוחים בחו"ל ועוד. מערך הניתוחים בארץ בנוי על שלושה רבדים, שלוש שכבות של כסוי ביטוחי: הרובד הראשון הוא הרובד המספק שירותי ניתוחים במסגרת ציבורית ללא תשלום (אם נתעלם מתשלום מס בריאות) לכל אזרחי המדינה, כ- 7.63 מיליון מבוטחים בשנת 2010. הרובד השני הוא רובד וולונטרי, בתשלום, המסופק על ידי 4 קופות החולים הציבוריות, אלו הם שרתי השב"ן, המקיפים כ- 5.58 מיליון מבוטחים, כ- 73% מכלל האוכלוסיה. הרובד השלישי הוא הביטוח של הוצאות רפואיות הניתן באמצעות חברות ביטוח, בפועל 5 חברות המספקות את כלל השירותים למבוטחים. מדובר, בשנת 2010, על כ- 1.8 מיליון מבוטחים המהווים 24% מהאוכלוסיה. קיימת חפיפה מסויימת בין שלוש שכבות הכסוי, בעיקר בין השניה לשלישית, ונושא זה יעסיק אותנו בהמשך. ככלל, תופעה של רכישת ביטוחים רפואיים משלימים פרטיים בתחומים בהם ניתנים שירותים רפואיים על ידי המדינה או על ידי גופים ציבוריים, אינה ייחודית לענף החזר הוצאות רפואיות. הדבר קיים בענפי ביטוח רפואי נוספים, כפי שתעיד הטבלה להלן שעובדה מתוך דוח המפקח על הביטוח (לשנת 2010)

ביטוחים פרטיים משלימים. נתוני 2010 מיליוני ₪	
1974	הוצאות רפואיות
1933	ביטוח סיעודי
539	מחלות קשות
457	שיניים
213	נכויות
541	תאונות אישיות
5657	סה"כ

הצרכן או המבוטח, המממן ביטוחים משלימים אלו מהכנסתו הפנויה מודע לקיומם של ביטוחים ציבוריים שונים בנושאים אלו והוא מעדיף לכסות את עצמו בשכבת הגנה ביטוחית נוספת, בעיקר כנגד ארועים בעלי הסתברות נמוכה שמחייבים הוצאה גבוהה יחסית. הדברים נכונים ביתר שאת במקום שבו ההוצאה הלאומית לבריאות היא נמוכה יחסית, כמו בישראל, והאזרחים מרגישים שהמערכת הציבורית אינה נותנת להם כסוי הולם, או שאיכות השירות הרפואי ותזמונו (זמן המתנה לניתוח והיכולת לבחור את המנתח שיבצע את הניתוח) אינם עומדים בציפיות שלהם, ולכן כל שנותר להם הוא לרכוש שירותים אלו מכיסם, על פי ההעדפות שלהם לבניית סל הוצאות הצריכה הפרטית שלהם.

בין השנים 2003-2010 עלתה ההוצאה השקלית על רכישת ביטוחי הוצאות רפואיות ב 143%<sup>1</sup>, גידול נומינלי<sup>2</sup> שנתי של 13.5% בממוצע. ההסבר הכלכלי שלנו לתופעה זו הוא מובן מאליו: כאשר שירותי הרפואה הציבוריים, בניגוד למה שמקובל בארצות ה OECD, לא גדלים בהיקפם, כאשר הרפואה הציבורית נשחקת ומדרדרת, והדברים ידועים לכל מי שמבקר או מאושפז בבית חולים ציבורי בישראל, יש הגיון רב לרכישת הרובד הביטוחי הנוסף, הרובד השלישי. עיקרי מאפייניו של רובד זה בשנת 2010 מוצגים להלן:

תמצית מאפייני ביטוח רפואי. 2010	
1974	פרמיה במיליוני ₪
1800	מספר מבוטחים באלפים
792	מבוטחי פרט באלפים
44%	שיעור מבוטחי פרט
1008	מבוטחי קולקטיב באלפים
1097	פרמיה שנתית למבוטח בממוצע ₪
1375	פרמית פרט שנתית בממוצע. ₪
846	פרמית קולקטיב שנתית בממוצע. ₪

מדובר כאמור ב 1.8 מיליון מבוטחים מהם 44% מבוטחי פרט, בעלי פוליסות אישיות, ו 56% מבוטחים בביטוח קולקטיבי, בדרך כלל באמצעות מקום העבודה.

<sup>1</sup> שרתי השב"ן עלו בתקופה זו ב 26% אך בשנים הראשונות להנהגתו שיערי הגידול היו כמובן גבוהים מאד.  
<sup>2</sup> באותה תקופה עלו המחירים ב 13.6%.

העלות החודשית הממוצעת למבוטח קולקטיבי היא 70 ₪ בלבד, שיעור נמוך לכל הדעות. לדוגמה העלות בשנת 2010 למבוטח שבין בשירותי בריאות כללית, כללית מושלם + פלטינום, שגילו בין 49-40 עמדה על 97 ₪. העלות למבוטח פרטי, הגם שהיא גבוהה ב 62% מעלות של מבוטח קולקטיבי, ועומדת על 115 ₪ לחודש בממוצע, אף היא נראית לנו לא גבוהה במיוחד.

נראה לנו, והדבר טעון בדיקה מעמיקה יותר, כי אותם 792 אלף מבוטחים פרטיים הם מבוטחים המשתייכים לשני עשירוני ההכנסה הגבוהים, כל עשירון כולל כ – 760 אלף נפש ואילו המבוטחים הקולקטיבים מייצגים את כלל אזרחי ישראל המועסקים בסקטור הפרטי והציבורי.

דוח רווח והפסד של ענף ביטוחי הבריאות הפרטיים לשנת 2010 שעובד מנתוני המפקח על הביטוח מוצג להלן:

סיכום תוצאות ענף ביטוח הוצאות רפואיות. 2010. מיליוני ₪ מחירי 2010			
פרט	קולקטיב	סה"כ	
1266	708	1974	פרמיות
153	-21	132	תשלומי נטו לביטוח משנה
1113	729	1842	יתרה אחרי ביטוח משנה
494	573	1067	סה"כ תביעות
39%	81%	54%	LOSS RATIO
619	156	775	יתרה אחרי תביעות
253	50	303	עמלה
127	71	197	הנהלה וכלליות
239	35	275	רווח
19%	5%	14%	שיעור הרווח מהפרמיה

הנתונים עד לסעיף יתרה אחרי תביעות הם נתונים שפורסמו על ידי המפקח על הביטוח לשנת 2010. אומדן העמלות מתוך הפרמיה ברוטו שבו השתמשנו הוא 20% לפרט ו 7% לקולקטיבים, כפי שפרסם המפקח על הביטוח בדוח משנת 2008 על סקטור הבריאות בכללו. על פי חברות הביטוח שיעור העמלות היום למכירות חדשות הוא גבוה יותר, קרוב ל 25%. שיעור ההוצאות הכלליות הוא 10% מהפרמיה ברוטו, כפי שפורסם בדוח המפקח משנת 2008.

הענף, על בסיס נתוני המפקח וההנחות הנוספות שהנחנו, הוא רווחי ומורה על רווח לפני מס של 14%. יחד עם זאת, צריך לקחת בחשבון כי מדובר בענף ביטוח צעיר יחסית והשנים הראשונות אינן מיצגות את מלוא התביעות הממוצעות של הטווח הארוך ושיעור התביעות קרוב לוודאי שיגדל בטווח הארוך, בעיקר עקב התבגרות אוכלוסיית המבוטחים וסיום השפעת החיתום הרפואי הנערך בכניסה לביטוח של מבוטחי הפרט. התייקרות ריאלית של שירותי ביטוח, בעיקר ניתוחים, יכולה אף היא להביא לגידול בשיעורי התביעות. הדבר יכול לנבוע מעליית שכר מנתחים, וכן משנויים טכנולוגיים שמיקרים את ההוצאה או מוסיפים ניתוחים יקרים שלא היו קיימים קודם לכן.

הפרמיה הנמוכה יחסית בקולקטיבים היא תוצאה של עסקים לטווח קצר ללא התחייבות ארוכת טווח ותחרות ערה בין חברות הביטוח על פלח זה שבו מבוטחים 56% מכלל המבוטחים, כמיליון איש. שיעורי עמלה והוצאות הנהלה הנמוכים בסקטור זה מצדיקים לכאורה את הפרמיות הנמוכות. מאידך, שיעורי התביעות הגבוהים מקורם בעובדה שהביטוח נעשה ללא חיתום, בניגוד לביטוח פרט וכן מעיד הדבר על כוחם של נציגי העובדים בעת סילוק תביעות.

ניתן לומר כי סקטור הביטוח הקולקטיבי, ששיעור התביעות מדמי הפרמיה בו עולה על שיעורו בשב"ן, <sup>3</sup> 81% מול 79% בשנת 2010, הוא בעל מאפיינים של ביטוח ציבורי הנעשה במחיר עלות, כמעט ללא רווח והוא נשען בעקיפין על ריווחיות ביטוחי הפרט, שאותם רוכשים כאמור שני העשירונים העליונים. בביטוח פרט יש קיבוע של לוח הפרמיה לאורך השנים והוא נעשה לכל החיים, סיבה נוספת לכך שהוא אמור להיות יקר יותר מביטוח קולקטיבי.

אנו יכולים לסכם סיכום ביניים של ממצאינו עד עתה:

מדובר בענף שחווה שיעורי גידול משמעותיים בעשור האחרון ומגמה זו כנראה תימשך גם בעתיד אם כי באופן הרבה יותר מתון. בשנת 2011, על פי הדיווח שהתפרסם בימים האחרונים על ידי המפקח על הביטוח, חל גידול נומינלי נוסף של 10%. הביקוש לשירותי ביטוח אלה הוא ביקוש אותנטי, דרישה מצד המבוטחים להגנה ביטוחית נוספת, מעבר לזו שניתנת על ידי שתי השכבות הראשונות. התופעה מוכרת גם בענפים אחרים כמו חינוך, אבטחה, סיעוד, מחלות קשות ועוד והיא תמשיך ותשרור כל עוד מרכיב ההוצאה האזרחית של הממשלה ישאר בשיעורו הנוכחי.

אמנם יש יתרונות לגודל באספקת שירותי בריאות והממשלה היא הספק היעיל יותר של שירותי בריאות לאומיים ותעיד על כך העובדה שבארה"ב שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות עומד על 17.6% וזאת עקב העובדה שעיקר שירותי הבריאות שם הם פרטיים.

אך כל עוד שיעור ההוצאה הציבורית על בריאות הוא נמוך יחסית, ומדובר על פיגור של כ-14 מיליארד \$ לעומת הממוצע בארצות ה-OECD בשנת 2010, דינם של ביטוחי הבריאות הפרטיים לגדול.

היעילות של חברות הביטוח הפרטיות אינה נופלת מזו של קופות החולים, מדובר בשיעור הוצאות הנהלה וכלליות של 10% בלבד. שיעור העמלה והוצאת הנהלה וכלליות למבוטח בחברות הביטוח עמד בשנת 2010 על 23% לעומת 21% בשירותי השב"ן בהאותה שנה.

מה שמייקר את השירות של חברות הביטוח הפרטיות הן כמובן הוצאות העמלה, בעיקר אמורים הדברים בעמלת ביטוחי הפרט העומדת על 20% לפחות, אך התשלום לסוכנים, הנהוג בכל ענפי הביטוח, הוא האמצעי להנגיש את השירות לציבור המבוטחים, הדרך להפגיש בין הביקוש להצע.

<sup>3</sup> בשנת 2011 הוא עלה ל 83%

### ג. ביטוחים פרטיים מול שב"ן – ניתוח עקרוני וניתוח כמותי

מתחת לשכבת הביטוח השלישית שבה עסקנו עד כה, הביטוחים הפרטיים, שהיקפה עמד על כ – 2.0 מיליארד ₪ בשנת 2010 והיא ביטוחה 24% מהאוכלוסיה, נמצאת שכבת השב"ן, השכבה השניה המקיפה 73% מהאוכלוסיה והיקפה הכספי עמד בשנת 2010 על 2.9 מיליארד ₪.

לא כאן המקום לבצע השוואה בין מערך הכסויים הניתנים בפוליסות בשתי השכבות הללו, מדובר בתקנונים מורכבים ומפורטים, שונים בין הקופות השונות כפי שהפוליסות שונות בין חברות הביטוח השונות וסוגייה זו אינה עומדת כעת על הפרק. גם סוגיית היעילות ההשוואתית בין שתי השכבות היא מורכבת מאד וגם בה לא נעסוק במסמך זה.

ענייננו בפרק זה לבחון אם החפיפה הקיימת בין הביטוחים המוצעים בשכבה השניה והשלישית מהווה בעיה כלכלית שיש למצוא לה פיתרון. האם חפיפה זו יוצרת עיוות בהקצאת מקורות במשק, האם היא פוגעת במבוטחים, האם היא פוגעת בקופות החולים, האם היא מגדילה, שלא לצורך, את ההוצאה הפרטית על שירותי בריאות בכלל וניתוחים בפרט והאם היא מהווה מקור לרווחי יתר לחברות הביטוח.  
על כל הסוגיות הללו נדון להלן.

ענייננו בקבוצת המבוטחים שיש להם כסוי ברובד השלישי, כפרטים או כחלק מקולקטיב ואנו מניחים כי לרובם הגדול, אם לא לכולם, יש כמובן כסוי גם ברובד השני, בשב"ן.

חפיפה זו משמעה כי בקרות מקרה הביטוח, למבוטח יש אפשרות להפעיל את הפוליסה שלו מתוך הביטוח בשכבה השניה או השלישית, או לעתים להפעיל, כפי שנראה, את שתי השכבות גם יחד.  
דיון בנושא זה לא ניתן לעשות אלא בהקשר הצגה כמותית, וזאת נעשה להלן.

<sup>4</sup> המעבר מנתוני הדוגמה לתמונת מקרו מוצגת כאן רק לצורך הצגת סדרי גודל ואין היא משקפת אומדן סטטיסטי על פי מדגם מייצג



[Redacted content]

עלות ניתוח 100 מבוטחים בהסדר הקיים. ש.

[Redacted content]

עלות ניתוח 100 מבוטחים בהסדר מוצע. ש.

[Redacted content]	שפוי
	שפוי
	שפוי ניתוחים יקרים
	סה"כ עלות לחברה
	שנוי בעלות הניתוחים כתוצאה ממהסדר החדש
	שנוי בעלות הפוליסה שבה הניתוחים מהווים 60%

[Redacted content]

**ניתוח השפעת ההסדר החדש על המשק. ש**

עלות ההסדר החדש למבוטחים
עלות ההסדר הקודם למבוטחים
גידול בעלויות למבוטחים (למשק)
הקטנת הפצוי למבוטחים
סה"כ מקורות ע"ח המבוטחים
תוספת הכנסה לקופות
תוספת הכנסה לבתי חולים ורופאים
סה"כ הכנסה נוספת

ההסדר החדש, במידה וימומן מהעלאת מחיר הפוליסות, יעלה את ההוצאה של המבוטחים, ההוצאה של המשק, ב 303 אלף ש"ח או 303 מיליון ש"ח למשק הלאומי.

המבוטחים המנותחים יפסידו 45 אלף ש"ח כתוצאה מאובדן כסוי העלויות על ידי חברת הביטוח, או 45 מיליון ברמת המשק הלאומי.

קופות הולים תחסוכנה הוצאה שנתית של 269 מיליון ש"ח בעלויות ניתוחי הרובד הראשון והשב"ן שלהם שתכוסנה על ידי חברות הביטוח.

בתי החולים והמנתחים הפרטיים יקבלו מידי שנה עוד 79 מיליון ש"ח עקב הסטת ניתוחים מהשב"ן לחברות הביטוח. מספר הניתוחים השנתי במשק לא ישתנה.

לא ברור לנו אם מי שהציע את ההסדר החדש ראה לנגד עיניו את התוצאות שהמודל שלנו מציע.

**דעתנו היא כי בכללן, התוצאות הללו אינן טובות ורצויות למשק.**

הקטנת הוצאות של מערכת השב"ן ב 269 מיליון ש"ח לא נראית לנו מוצדקת.

מדובר במערכת שהזרימה לקופות החולים בשנת 2010 הכנסה של כ - 490 מיליון ש"ח כתמורה על ביצוע הוצאות הנהלה וכלליות עבור מערכת השב"ן. לאחר הזרמת הכנסה זאת לקופות, הסתיימה שנת 2010 בעודף של 135 מיליון ש"ח. לא נראה לנו נכון לתת תמיכה נוספת של 269 מיליון ש"ח למערכת השב"ן, כאשר מקור המימון לכך הוא ציבור המבוטחים. אם יש גרעונות כספיים לקופות החולים, יש לטפל בהם בדרכים אחרות.

הדברים נכונים שבעתיים לגבי המנתחים הפרטיים, שהכנסותיהם הפרטיות ידועות כגבוהות, ללא צורך בעידוד נוסף ולגבי בתי החולים הפרטיים. שני אלה, ע"פ המודל שהצגנו, יזכו לתוספת הכנסה של 79 מיליון ש"ח בשנה ויגדילו את פעילותם בשוק הפרטי, ע"ח השוק הציבורי. זוהי וודאי תוצאה לא רצויה לחלוטין.

עד עתה הנחנו כי המבוטחים יספגו את העלויות הנוספות, גידול במחיר הפוליסה הממוצעת של 34% ולא יפחת מספר המבוטחים הרוכשים שירותי ביטוח הוצאות רפואיות בחברות ביטוח פרטיות.

ככל שעקומת הביקוש לשירותי ניתוחים ושרותי רפואה נוספים היא גמישה יותר, כן יגדל מספר המבוטחים, שבפועל יעזבו את הרובד השלישי ויקבלו את שירותי הניתוח שלהם רק ברובד השני, על חשבון הקופות, השב"ן, בלי שתהיה לקופות הכנסה נוספת כנגד הוצאה וודאית זאת. חישוב פשוט מראה כי אם גמישות הביקוש עולה על 1.7- ההוצאות הנוספות של השב"ן, 250 ₪ למבוטח שעוזב את הרובד השלישי, יכסו על תוספת ההכנסה לקופות שנובעת מההסדר החדש. וכך יצא שכרן של הקופות בהפסדן כי כנגד חיסכון בהוצאות הניתוח שהעניקו לרובד השלישי הן יקבלו מנותחים חדשים, כאלה שעכשו יקר להם להיות מבוטחים ברובד השלישי והם מכוסים רק ברובד השני.

#### ד. ניתוח כלכלי ודיון קצר בסוגיות העיקריות.

דעתנו היא שמצב הדברים היום בשוק ביטוח הבריאות הוא תולדה של המדיניות הממשלתית וכל עוד מתקיימת מדיניות זאת, יש לצפות כי תגדל פעילות חברות הביטוח הפרטיות בתחום ביטוח הוצאות רפואיות.

אלו שירותים שמספקים ביקוש אותנטי קיים והצרכנים יודעים היטב עבור מה הם משלמים כאשר הם רוכשים את הפוליסות הללו כפרטים או כקולקטיב.

מדובר בשוק תחרותי, ובמחירים תחרותיים, בעיקר אמורים הדברים בביטוחים הקולקטיבים המהווים 56% מהענף במונחי מספר מבוטחים. גם התעריפים של ביטוחי הפרט נראים לנו, עקרונית, כתעריפים סבירים, בהשוואה לתעריפים הנהוגים בתכניות השב"ן, בעיקר בשירותי בריאות כללית.

#### לשאלת החפיפה שבין השכבה השנייה לשלישית:

התופעה של רכישת ביטוחים נוספים כאשר לכאורה יש למבוטח כסוי ביטוחי קיים, היא תופעה מוכרת בענפי כלכלה רבים. ההצדקה לה היא ברצון המבוטח לקבל כסוי מלוא הוצאותיו בעת קרות מקרה הביטוח ולא כסוי חלקי, כפי שמובטח לו בטרם רכישת ביטוח נוסף.

הסבר נוסף לרכישת ביטוח נוספת הוא במישור איכות השירות ותזמון השירות.

מבוטחים מוכנים לרכוש פוליסות נוספות כדי לקצר תור לקבלת שירות, במקרה זה ניתוח ששאלת העתוי שלו היא לפעמים קריטית.

מבוטחים גם רוצים לקבוע את המקום בו יתבצע הניתוח ואת זהות המנתח ומיומנותו, גם אם אינו שייך לרשימת מנתחי השב"ן. זהו שירות שנותנת להם שכבת הכסוי השלישית.

בשנת 2010 שילמו חברות הביטוח כ- 600 מיליון ₪ בתביעות ביטוחיות על ניתוחים במסגרת הפוליסות של ביטוח הוצאות רפואיות

אילולא היה קיים הרובד הזה, הוצאה זו היתה נופלת על הרובד השני, על קופות החולים. לא במלואה, עלות ניתוחי השב"ן נמוכה יותר, אבל מדובר בסכום של 300-400 מיליון ₪. מדובר בעוד 50 אלף ניתוחים בשנה שהיו מועמסים על מערכת השב"ן ולדבר היו לא רק השפעות כספיות משמעותיות אלא השפעות דרמטיות על מתן השירות, איכותו ותזמונו.

קופות החולים הציבוריות, ואין בכך ספק, נהנות מאד מקיומו של הרובד השלישי.

ההסדרים שהתגבשו במרוצת השנים בחלוקת ההוצאות על הניתוחים בין חברות הביטוח לקופות, מסלול השפוי לעומת מסלולי הפצוי, נראים לנו הגיונים וסבירים.

#### לשאלת השיבוב ההדדי

כל הצעה לשיבוב של תביעות בין הצדדים תסתיים בטווח הארוך בחלוקה הוצאות בין הקופות לחברות הביטוח שזהה, פחות או יותר, למצב הקיים, שכן כל אחת מהשכבות, השניה והשלישית, מבצעת מחצית הניתוחים, שעקרונית היתה יכולה להטיל על השכבה השניה.

לכן אין שום הגיון כלכלי בהקמת מנגנון שיבוב כזה, שעלוית התחזוקה שלו תסתכמנה בעשרות מיליוני ₪ מיותרים, אם לא למעלה מזה.

צריך לזכור כי מ דובר במערך של 100 אלף ניתוחים בשנה.

יתרה מכך, לא ברור כיצד יוכל מנגנון השיבוב הזה לפעול, על פי אילו מחירים תבוצע סליקה של התביעות בין חברות הביטוח לקופות החולים. לכל חברה וקופה יש מערך מחירים שלה, תשלומים שהיא משלמת לבתי חולים ולמנתחים פרטיים וקיים קושי חוקי לחשוף נתונים אלו.

מסיבה זאת גם כיום, חברות הביטוח נמנעות מהפעלת מנגנוני שיבוב, בינן לבין עצמן, במקרה של מבוטחים שמכוסים בשתי חברות שונות בפוליסת החזר הוצאות רפואיות (למרות שחוק חוזה הביטוח מסדיר ומאפשר אפשרות זו באופן מפורש), כדי לא לחשוף פרטים סודיים על המחירים שהם משלמות. הפעלת מנגנון השיבוב תייצר הוצאה נוספת, בלתי יצרנית בעליל, למשק.

צריך לזכור כי במסגרת הפוליסה לכסוי הוצאות רפואיות נכללים גם רכיבים נוספים, שחשיבותם למבוטחים אינה מוטלת בספק ולפעמים הם מצילי חיים: למשל תרופות מצילות חיים שהשב"ן לא מספק, השתלות, ניתוחים בחו"ל ועוד.

כל אלו ימנעו ממאות אלפי אזרחים, אם יהיה צורך להעלות את מחיר הביטוח כתוצאה מההסדרים המוצעים ויפחת מספר המבוטחים בשכבה השלישית.

הדומיננטיות של הקולקטיבים בענף זה מצביעה כי צרכני השירות באים מכל שדרות הציבור, מכל חלקי המדינה ומכל העשירונים.

מדובר ב 1 מיליון מבוטחים בשנת 2010.

ביטוח זה מכסה במקרים רבים את כל עובדי החברות והמפעלים, יהא שכרם ומעמדם אשר יהא, ולפיכך, יש לו גם חשיבות חברתית וצדק חלוקתי כאשר הוא מאפשר לאנשים בעלי שכר ממוצע ומטה, לקבל שירותים רפואיים מן המעלה הראשונה, כמו אלו שרוכשים לעצמם אנשי שני העשירונים העליונים המבוטחים בביטוח פרט.

פלח זה, הקולקטיבים, הוא הראשון שיפגע אם תעלינה הפרמיות כתוצאה מההסדר המוצע, שכן, מחד מדובר באנשים בעלי הכנסה ממוצעת, לא שני העשירונים העליונים, שרגישים יותר לתוספת הוצאה. מאידך, מדובר בפלח לא ריווחי עבור חברות הביטוח, שלבטח ידרשו להעלות לו את הפרמיות.

בכך תהיה פגיעה בציבור רחב מאד.  
אין אנו רואים פגם בכך אם חברות הביטוח מטילות את עיקר הוצאות ההנהלה והכלליות שלהן על פוליסות הפרט כדי להיות תחרותיות במגזר הקולקטיבי.  
אנו גם חושבים שכסוי, על ידי חברות הביטוח, של דמי ההשתתפות העצמית למבוטח, הנהוגים בשב"ן, וכן תשלום הוצאות נוספות למבוטח, במקרה של ניתוח המתבצע בשב"ן, לא מהווים תמריץ לביצוע ניתוח מיותר. יתכן ויש בעיה של ניתוחים מיותרים במשק, אך אין בינה ובין הסוגיה שעל הפרק כאן דבר.  
**ככל שאנו בוחנים את העניין, לא נראה לנו כי מצב הדברים הנוכחי, שמשקף מציאות מסויימת והתנהגות רציונלית של צרכנים, כפי שהסברנו לעיל, מחייב שנוי.**

#### לשאלת איסור מכירת פוליסות שפוי בביטוח רפואי

סוגיה נוספת ואחרונה שאנו רוצים להתייחס אליה היא האפשרות הנוספת שהועלתה ליצור חייץ מלא ("חומות סיניות") בין שתי השכבות הביטוחיות בדרך של איסור על חברות הביטוח למכור פוליסות שפוי אלא רק פוליסות פצוי, ללא התנייה בהפעלת ביטוח השב"ן. דהיינו, המבוטח מקבל סכום כסף הנקוב בפוליסה בקרות מקרה הביטוח, הניתוח, ואת השירות בפועל הוא מקבל ברובד השני או שרוכש אותו בעצמו, בכספים שהוא מקבל מחברת הביטוח כפצוי בשוק החופשי.  
הפיתרון הזה נראה לנו גרוע.

**ראשית**, הוא ייקר את הפוליסות למבוטחים הקיימים שכן חברות הביטוח לא תוכלנה להתבסס בחישוביהן האקטואריים, על כסוי הוצאות חלקי ברובד השני, כפי שהן עושות כיום. במלים אחרות: הן תגבינה את אותן הפרמיות כמו בהסדר המוצע, שמאפשר רק שפוי, בהנחה שהמבוטחים יבקשו לקבע את תנאי הכסוי שלהם לאלו של חלופת השפוי.

**שנית**, הוא גם לא יחסוך הוצאות לקופות החולים, שכן, סביר להניח כי מרבית הניתוחים יבוצעו עכשו רק ברובד השני, על חשבון הקופות, אולי יהיה צורך אפילו להעלות את תעריפי השב"ן כתוצאה מכך.

**שלישית**, במקרה שמבוטח רוצה להשתמש בכספי הפצוי לרכוש לו ניתוח פרטי, הוא יצא לשוק כקונה בודד, בגפו, ללא מנגנון רכישת הניתוחים שמפעילות חברות הביטוח. במלים אחרות: הוא ישלם מחיר גבוה עבור ניתוח שהוא רוכש בעצמו. ואולי, בסופו של יום, הוא יפותה או יתפתה לשלם במזומן, ללא קבלה, "בשחור" ובכך יגרם נזק נוסף למשק, כלכלי ומוסרי.

אחד ההשגים החשובים של שתי שכבות הביטוח, השניה והשלישית, היא שכל התשלומים נעשים כנגד קבלות, חשבוניות, וכתוצאה מכך ירדה מאד תופעת ההסדרים הלא חוקיים, מתחת לשולחן, במעטפות.  
גם הישג זה עלול להישחק.