

לחיים בריאים יותר



**משרד
הבריאות**

אגף לכלכלה וביטוח בריאות

סוגיות במדיניות ואסדרה של ביטוחי בריאות פרטיים

טוביה חורב

ניר קידר

נובמבר 2012

ירושלים, כסלו תשע"ג



סוגיות במדיניות ואסדרה של ביטוחי בריאות פרטיים

תוכן העניינים

עמ'	הנושא
1	מבוא
4	א. מאפייני שוק ביטוחי הבריאות
4	סוגי הכיסוי בביטוחי בריאות פרטיים
5	היקף המבוטחים בביטוחי בריאות בישראל ועומק הכיסוי הביטוחי
8	תמהיל הכיסויים הכלולים בביטוחי בריאות פרטיים במדינות נבחרות
10	ב. סביבת העבודה של שוק הביטוח הבריאות הפרטי בישראל
11	ג. אסדרה בשוק ביטוחי הבריאות הפרטיים
11	גישות שונות לאסדרה של ביטוחי בריאות
14	מי מבצע את הרגולציה של הביטוחים הפרטיים
14	ד. דיון
14	יחסי גומלין בין מערכות ביטוחיות
17	היבטים הנוגעים לסוגיית כשל השוק וביטוייו במערכת הבריאות בישראל
21	ה. מוקדי התערבות ואסדרה אפשריים בשוק ביטוחי הבריאות הפרטיים
21	כללי
23	גישות והשקפות בהסדרת שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל
24	דוגמאות לפעילות שבוצעה בשנים האחרונות בעל ידי המפקח על הביטוח
26	פעילות של משרד הבריאות כסיוע להסדרת ביטוחי הבריאות
26	ו. המלצות וכיווני התערבות אפשריים במערכת הישראלית
30	סיכום

ביטוח בריאות הוא ביטוח למניעת הפסד הנגרם למבוטח בגין מחלה¹. במהותו הוא מהווה לרוב תוכנית לכיסוי ומימון של הוצאות רפואיות עתידיות (בעיקר במצבים של קטסטרופה רפואית) 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 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). השאלות שיעמדו על הפרק בנייר זה לא יחלקו על עצם הצורך בקיומו של מערך של ביטוחי בריאות פרטיים, להם יש מקום חשוב בחברה הישראלית. אלא יתייחסו בעיקר לשאלות הנוגעות למינון, להגנה על הצרכן בשוק ייחודי זה של הביטוח ולהיקף המחויבות והמעורבות של הרגולטור.

במהלך השנים חל גידול משמעותי בשיעור ההצטרפות לביטוחים לסוגיהם ובעומק הכיסוי הביטוחי הנרכש (מספר הרבדים של ביטוח רפואי לאותו אדם). כתוצאה מכך מרכיב ההוצאה הפרטית על בריאות מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות עומד על כ- 38% (2011)². מגמת הגידול בהוצאה הפרטית עד לשנים האחרונות יוחסה בעיקר להעמקה והרחבת הביטוחים הפרטיים לסוגיהם (ביטוח מסחרי ושב"ן). אם נבחן את השיעור שהיוותה ההוצאה על ביטוחי בריאות מתוך סל התצרוכת של משק הבית, נראה כי בשנת 1997 הוצאה זו היוותה 0.4% בלבד מההוצאה של משק הבית על תצרוכת, אך עד שנת 2010 השיעור גדל מאז פי 4 (בשנת 2010 ההוצאה על ביטוחי בריאות היוותה למעלה מ- 1.6% אחוז מהוצאות משק הבית על תצרוכת)³. הגידול בהוצאה על ביטוחים פרטיים לסוגיהם אינו מתמקד רק במונחים של שיעור ההוצאה על ביטוח כאחוז מההוצאה הלאומית לבריאות או כאחוז מסל התצרוכת של משק הבית. בנוסף לכל אלה, ניתן לראות גידול משמעותי גם בהוצאה לנפש, במונחים קבועים, על ביטוחי בריאות.

בחינה של מרכיבי ההוצאה הפרטית על בריאות מראה כי בכל הקשור להוצאה לנפש בגין השתתפויות העצמיות בשירותים שבסל הבריאות המחייבים תשלום לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, גובה ההוצאה לנפש, במונחים קבועים, נשאר יציב למדי לאורך השנים⁴. אולם מאידך, בכל הקשור לגובה ההוצאה על תשלומי פרמיות של ביטוחי בריאות ושב"ן (הוצאה שאינה מופנית לרכישת שירותים רפואיים באופן ישיר) חל גידול משמעותי לאורך השנים. מה שלכאורה מפתיע

¹ Definition of 'Health insurance': insurance against loss through illness of the insured (M. Webster-Encyclopedia Britannica Company).

² הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי 2012

³ בשב"ן הגידול היה פי 3 ובביטוח המסחרי הגידול היה פי 5. המקור: חישוב האגף לכללה וביטוח בריאות על בסיס נתוני למ"ס.

⁴ Horev, Kaidar, 2012 (unpublished)

הוא שעל אף הגדלת אפשרויות המימון של משקי הבית באמצעות מימון של צד ג' (חברת ביטוח או שב"ן), לא היתה כל ירידה בהוצאה של משקי הבית למימון תשלומים ישירים בגין רכישת שירותי בריאות באופן פרטי⁵. בהוצאה זו נשמרה יציבות יחסית. עובדה זו משתקפת בנתון המעיד מצד אחד על גידול דרמטי של כ-48% שחל מאז שנת 2005 בהוצאה לנפש, במונחים קבועים, על ביטוחי בריאות⁶. לעומת גידול של כ-0.6% בלבד שחל באותה תקופה בהוצאה לנפש, במונחים קבועים, לרכישה ישירה של שירותי בריאות במימון עצמי. ממצאים אלה מעלים לכאורה את השאלה אם על פי ההגדרה דלעיל אכן משיג הביטוח הבריאות את מטרתו העיקרית.

מהאמור לעיל משתמע שההוצאה הגדלה והולכת לנפש על ביטוחים אינה מצמצמת בהכרח את ההוצאה במימון ישיר של משק הבית הנגרמת לו בגין רכישת שירותי בריאות. כמובן שניתן ליחס את העובדה שבכל הקשור לרכישת שירותי בריאות לא הושגה הקטנה של ההוצאה לנפש, עקב גידול בכמויות והרחבת השימוש בשירותי בריאות פרטיים, הקשורות אולי להרחבת ההיקף המימון באמצעות צד ג'. אולם, ראוי לזכור שהגדלת שימושים בשירותי רפואה פרטית אינה יעד בפני עצמו וכי טרם הוכח כי להרחבת היקף ביטוח הבריאות הפרטי ולגידול בשימוש בשירותי בריאות פרטיים יש משמעות כלשהי בכיוון של שיפור בתוצאה בריאותית של הפרט ו/או הקטנת היקפי תחלואה. לאור זאת, נראה לכאורה כי מדובר בהוצאה אשר גדלה בקצב משמעותי, מבלי שהוכחה תועלת משמעותית למשק הבית במונחים של הקלה בנטל המימון ו/או בשיפור תוצאות בריאותיות בהשוואה למצב בו ביטוחים שכאלה לא היו נרכשים על יד משקי הבית בהיקף המדובר.

לכאורה, מאחר ומדובר בביטוח וולונטרי ובהוצאה כספית שמשק בית בוחר בה לפי העדפותיו, עולה השאלה אם שוק זה מצריך בכלל התערבות כלשהי של המדינה. בהקשר זה צריך לזכור שבשוק הביטוח, ככלל, קיימת כבר כיום מעורבות של המדינה. זו, באה לידי ביטוי באסדרה שוטפת אשר מעוגנת בתשתית חוקית, כגון חוק חוזה הביטוח וחוק הפיקוח על עסקי ביטוח⁷, ובכלל הקשור לתוכניות השב"ן של קופות החולים גם בחוק ביטוח בריאות ממלכתי⁸. באופן מסורתי אסדרה בתחום הביטוח שואפת להשיג שלוש מטרות עיקריות: הגנה על הצרכן, יציבות פיננסית (של חברות הביטוח) ועידוד תחרות (בין החברות). כמובן, שגם לשתי האחרונות יש השלכות על האינטרס של הצרכן. מצד אחד אכן קיימת חפיפה בין המטרות, אולם מאידך יתכנו גם מצבים של ניגודים בין צעדים הננקטים להשגת מטרות שונות והצורך באיזון ביניהן מהווה אתגר לא קטן לרגולטור. מטרות אלו נכוונות בהקשר לביטוח ככלל. בעבודה הנוכחית נבחן האם ביטוחי הבריאות ראויים לתשומת לב מיוחדת מצד המדינה, מעבר לזו הניתנת בהקשר בשאר ענפי הביטוח הכללי ואיזה אופי היא אמורה לשאת.

⁵ מדובר בתשלומים שאינם פרמיות ביטוח ואינם השתתפויות עצמיות בגין שירותים שבסל ציבורי

⁶ Horev, Kaidar 2012 (unpublished)

⁷ חוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981 וחוק הפיקוח על עסקי ביטוח התשמ"א 1981

⁸ חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994

מאמריו הקלאסיים של הכלכלן זוכה פרס הנובל ⁹ Keneth Arrow התמקדו בזמנו בכשל השוק הקיים בביטוחי הבריאות. החלוקה שעשה בין כשלים הנוגעים לחוזי הביטוח מהיבט הצרכן ובין כאלה שהנוגעים להתנהגות השוק בכללותו בעינה עומדת ושימשו מאז ומתמיד בסיס למעורבות של המדינה בשוק ביטוחי הבריאות באמצעות אסדרה ייחודית, כל מדינה בהתאם לערכיה. Arrow התייחס לא רק לכשלים עצמם אלא גם להתנהגות של ארגוני בריאות ושל נותני שירות, שהם פועל יוצא של כשלי השוק. אין ספק כי מאז שיצאו לאור מאמרים אלה הם היוו בסיס להבנת השוק. במהלך השנים, חלו גם שינויים רבים באופיין של מערכות בריאות בעולם, בדרכי פעילותן, תוך התייחסות בין היתר, לסוגיות של כשלי שוק ולערכים שעומדים בבסיסן של מערכות הבריאות במדינות השונות.

כשלי השוק במערכת הבריאות חוצים ארגונים ומערכות. הם מאפיינים את שוק ביטוחי הבריאות בכללותו, הן הציבורי והן הפרטי ומחייבים מעורבות משמעותית מצד המדינה. מעורבות שכזו אמורה להיות בעלת מאפיינים ייחודיים כדי שתהא מותאמת לצרכים ולמבנה של מערכת הבריאות ולערכיה. אם נוסיף לסוגיה זו את יחסי הגומלין הקיימים בישראל בין מערכת הבריאות הפרטית לציבורית, הן בהיבט המימון והן באספקת השירותים, ואת המאפיינים הייחודיים האחרים של מערכת הבריאות בישראל, נבין את החשיבות בקיומו של דיון בשאלה מה תפקידה של המדינה בהקשר לאסדרה של שוק ביטוחי הבריאות בישראל ומה מידת המעורבות הנדרשת, אם בכלל, בשוק זה.

מטרת המסמך הנוכחי היא לנתח סוגיות שונות הקשורות לאסדרה של ביטוחי הבריאות ולהתמקד במיוחד בסוגיות הנמצאות בתווך שבין עקרונות המשמשים להסדרת השוק הפנימי של ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל לבין עקרונות לפיהם פועלת מערכת הבריאות הציבורית בישראל, תוך בחינת ההשפעות ההדדיות, העקרונות ודרכי הפעולה השונים וניתוח האפשרות לגשר בין עולמות אלה כדי למזער השפעות שליליות אפשריות. בנייר זה נתמקד בעיקר בהיבטים האמורים לעיל מנקודת המבט המערכתית הכוללת (ראיית מאקרו) ומהיבט הצרכן. מפאת רוחב היריעה לא נוכל להתעמק גם בסוגיות הקשורות ליציבות הפיננסית של חברות הביטוח ולתחרותיות בשוק זה. כמו כן, לא נוכל בעבודה זו לנתח את מכלול הסוגיות הקשורות לשב"ן. להצעותינו בתחום הרגולציה בתוכניות אלה ייוחד נייר עבודה נפרד.

המסמך יסקור תחילה בקצרה את מאפייני שוק ביטוחי הבריאות ככלל ובישראל בפרט, בהמשך יוצגו גישות שונות לאסדרה בתחום ביטוחי הבריאות הפרטיים, ינותחו יחסי גומלין הקיימים בישראל בין המערכת הציבורית והפרטית, יסקרו מוקדי התערבות אפשריים ויוצעו כיוונים אפשריים להמשך האסדרה בעתיד.

⁹ Arrow, 1965; Arrow 1963

א. מאפייני שוק ביטוחי הבריאות

סוגי הכיסוי בביטוחי בריאות פרטיים

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^{10,11}.

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 העצמית 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 מבוטח לבחירת ספקי השירות. לדוגמא, זה הנהוג במדינות כגון אנגליה, שבדיה, אירלנד וספרד.

¹⁰ 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).
¹¹ בישראל אין זהות מוחלטת עם ההגדרות שהוזכרו.

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"ל¹². 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.

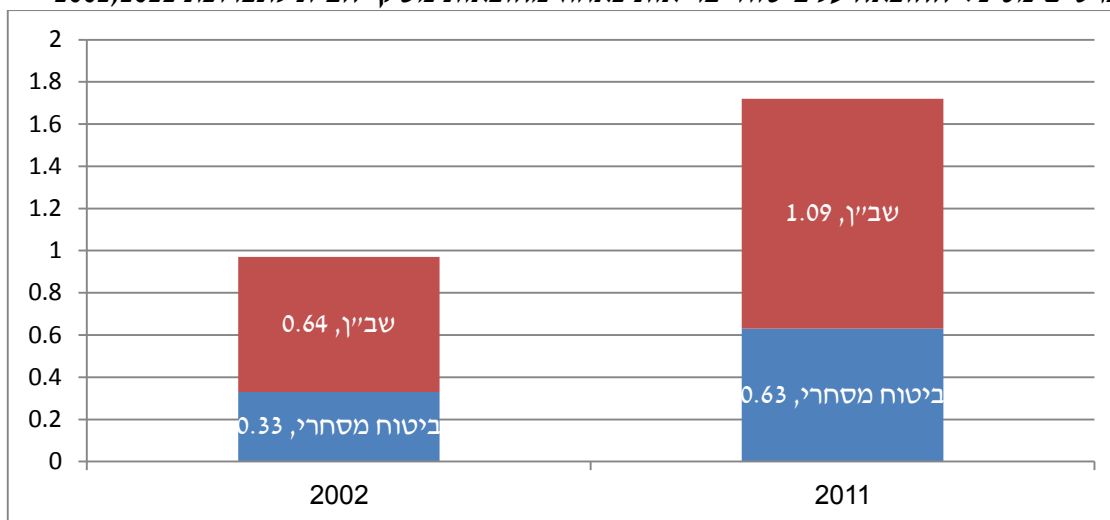
היקף המבוטחים בביטוחי בריאות בישראל ועומק הביטוח

אם נביא בחשבון את שיעור המבוטחים בכל תוכניות ביטוחי הבריאות לסוגיהן השונים, לרבות השב"ן, נמצא כי היקף המבוטחים בישראל עומד על נתון שנע בין 81% (OECD, 2011) ל-85% (ברמלי גרינברג, 2012). אם נתמקד בהיקף החדירה (penetration rate) של הביטוחים הפרטיים בישראל נראה שהוא נמצא במגמת עלייה. בשנת 2012 עמד שיעור המבוטחים בביטוחים הפרטיים המסחריים על כ-43% מהאוכלוסייה לעומת 16% בשנת 1995. יש לציין את העובדה כי רק כ-3% מהאוכלוסייה מחזיקים בבעלותם אך ורק ביטוח פרטי מבלי שקיימת ברשותם זכאות נוספת עקב חברותם בתוכנית השב"ן של קופת החולים. 32% מתושבי ישראל מכוסים הן בביטוח הפרטי והן בתוכניות השב"ן של קופות החולים (לפחות באחד הרבדים של השב"ן). בשב"ן קיימים שני רובדי ביטוח ובביטוח הפרטי יש ריבוי של פוליסות – פוליסות קבוצתיות של ביטוחים קולקטיביים גדולים לצד מספר רב של פוליסות פרט, וקיימת חפיפה הן בין כיסויים של פוליסות שונות והן בין פוליסות אלה לבין השב"ן.

תרשים מס' 1 מציג את העלייה בהוצאה של משקי הבית על ביטוחי בריאות כאחוז מההוצאה לתצרוכת, בעשור האחרון בין השנים 2002 ל-2011. כפי שניתן לראות מן התרשים, ההוצאה הכספית על ביטוחי בריאות מסחריים כאחוז מההוצאה לתצרוכת של משקי הבית עלתה בכ-90% מאז שנת 2002, ואילו ההוצאה על תוכניות השב"ן של קופות החולים עלתה באותה התקופה בכ-70%. שיעור ההוצאה על ביטוחי בריאות, כאחוז מההוצאה של משקי הבית לתצרוכת עלה בשנים הללו בכ-80% בקירוב.

¹² להרחבה ראה: Thomson & Mossialos 2009

תרשים מס' 1: ההוצאה על ביטוחי בריאות כאחוז מהוצאות משקי הבית לתצרוכת 2002, 2011



מקור: עיבוד המחברים על נתוני למ"ס

אשר לנתונים בדבר שיעור המבוטחים, ראוי לזכור שבתחשיב של היקף החדירה של הביטוח נספר כל מבוטח כ'יחידה אחת' (בין אם הוא מחזיק בפוליסה אחת ובין אם ביותר מכך) – זוהי תמונת מצב 'שטוחה', ללא מימד עומק. שהרי, במקרים רבים יכול לאדם יותר מכיסוי ביטוחי אחד, בכל אחת מהמערכות - השב"ן והביטוח הפרטי, ובשתיהן גם יחד. לפיכך, בעת הצגת מגמות בחדירת הביטוח לאורך זמן ראוי להציג גם את מימד העומק (לדוגמה באמצעות הצגת מספר הפוליסות בממוצע לאדם). אולם, ככל הידוע, בכל הקשור לביטוחי בריאות מסחריים, לא פורסמו עד כה בישראל נתונים על מספר הפוליסות הממוצע לנפש מבוטחת, ואין וודאות כי נתונים שכאלה אכן קיימים.

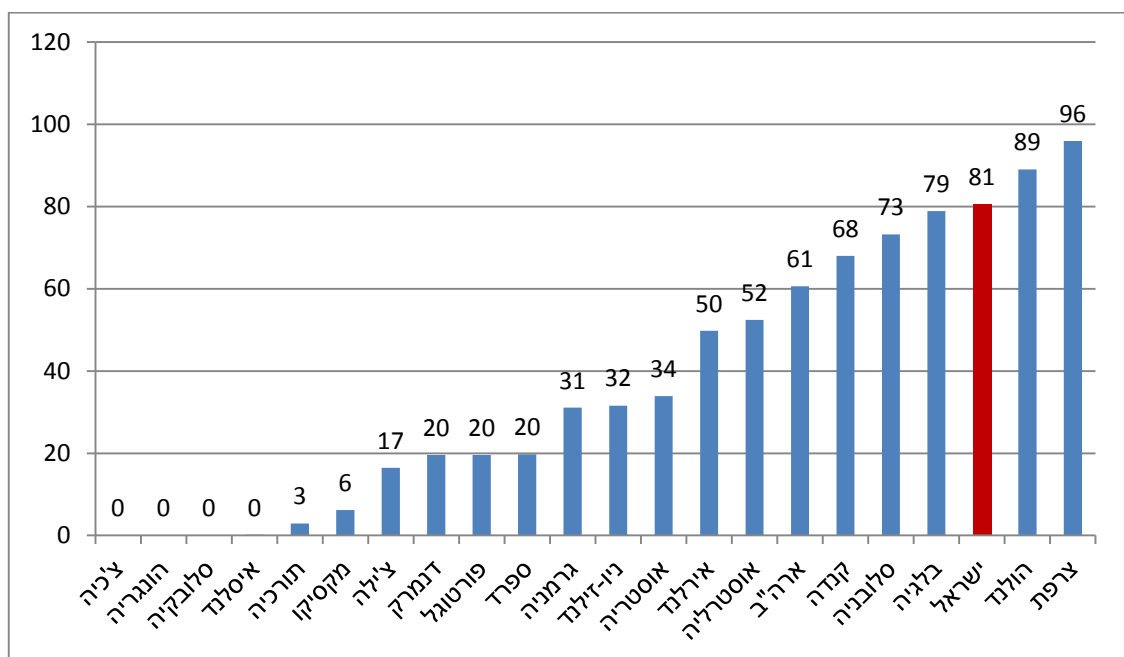
קיים אם כן סיכוי ואף עדויות מסוימות לכך שבמקביל למגמת הגידול בהיקף החדירה של הביטוחים בישראל, מעמיק גם הכיסוי הביטוחי לאדם, על אף החפיפה הקיימת פעמים רבות בין כיסויים של מוצרי ביטוח שונים. נראה כי הולך וגדל ההיקף של מבוטחים שהם גם חברים בתוכניות השב"ן של הקופות (פעמים רבות בשני הרבדים, מקום בו קיימת חלוקה שכזו) וגם מחזיקים בבעלותם פוליסה/ות מסחריות (כגון, פוליסות קולקטיביות ממקומות העבודה של שני בני הזוג, פוליסות קבוצתיות בבעלות של איגוד מקצועי, פוליסות פרט שנרכשו מסוכן ביטוח וכדו'). כאמור, מאחר וככל הידוע לנו אין כיום בישראל נתונים על מספר הפוליסות הממוצע במשק בית שרכש לפחות פוליסה אחת ועל המספר הממוצע של 'פוליסות' לנפש מבוטחת, לא ניתן להציג נתונים מספריים לגבי היקף התופעה.

בכל הקשור להבנת הפוליסה ומודעות לעצם קיומה, ראוי להזכיר מחקר של מכון ברוקדייל (ברמלי-גרינברג ואח' 2011) שהצביע על מצב בו כשליש מהנשאלים שנמנו על בני משפחה של מאושפזים במוסדות סיעוד במימון ציבורי, לא ידע האם לבן משפחתו המאושפז יש פוליסת סיעוד והם נשלחו

על ידי מבצעי הסקר לברר לראשונה אם קיימת פוליסה שכזו. המחקר גם מצא כי רבע מהמחזיקים בביטוח סיעודי לא מודעים לכך שיש ברשותם פוליסה שכזאת. סביר להניח שתופעה של אי התמצאות בזכויות שנסקרה ונמצאה שכיחה בפוליסות ביטוח הסיעודי, קיימת גם בתחום ביטוחי בריאות ובמיוחד בפוליסות קבוצתיות. לדבר זה יתכנו השלכות על מיצוי הזכויות גם במצבים בהם בעת הגשת תביעה אין חילוקי דעות בדבר קיומו של מקרה הביטוח.

תרשים מס' 2 מתאר את מקומה של ישראל בהשוואה בינלאומית של שיעורי החדירה של ביטוחי הבריאות (לא כולל סיעוד) לסוגיהם (הנתונים כוללים גם את השב"ן)¹³.

תרשים מס' 2: שיעור מבוטחים בביטוחים פרטיים לסוגיהם מכלל האוכלוסייה, 2010



מקור: OECD Health Data 2011

אם נבחן בתרשים את הנתונים המשקפים את היקף החדירה של הביטוח נמצא כי היקף החדירה של הביטוח הפרטי במדינות השונות נע בין שיעור לא משמעותי בן אחוזים בודדים מהאוכלוסייה דוגמת **שבדיה ונורבגיה** (כ-3.5%) ועד למדינות בהן שיעור הכיסוי הוא כ-90% ומעלה כגון - הולנד וצרפת¹⁴.

¹³ יתכנו הבדלים בין ממצאים המוצגים ממקורות שונים, זאת עקב מתודולוגיות שונות.

¹⁴ בתרשים מס' 2 ובטקסט שלהלן פרטי הכיסוי הביטוחי מתבססים על Thomson & Mossialos 2009 - אך במקומות בהם התאפשר הדבר עודכנו שיעורי החדירה של הביטוח בהתאם לפרסום האחרון של ה-OECD, המתייחס לשנת 2010.

חשוב להדגיש כאמור שהשוואה מעין זו המוצגת בתרשים מס' 2 אינה משקפת הבדלים בין מדינות בעומק הכיסוי הביטוחי (מספר פוליסות ממוצע לאדם), ולא באיכות הכיסוי הביטוחי בין המדינות, מבחינת היקף השירותים והכיסויים הכלולים בפוליסות שנמכרות במדינות השונות.

תמהיל הכיסויים הכלולים בביטוחי בריאות פרטיים במדינות מערביות נבחרות

אשר לסוג הכיסוי הביטוחי הנהוג במדינות השונות, נדגיש תחילה שכמו בישראל כך גם במדינות אחרות קיים תמהיל בין מבטחים הפועלים ללא מטרות רווח לבין חברות ביטוח מסחריות. ניתוח הכיסויים הביטוחיים שלהלן יתייחס למכלול שוק ביטוח הבריאות הפרטי, על גווניו השונים ויוצגו בו דוגמאות לסוגי כיסוי המקובלים במדינות שונות.

בצרפת בה היקף חדירת הביטוח הוא כ- 96% מהאוכלוסייה, הכיסוי הביטוחי הוא בעיקר מסוג 'מרחיב' – הן לכיסוי השתתפות עצמית בגין שירותים שבסל, והן להרחבת שירותים שלא מכוסים בסל כגון בתחומים של רפואת שיניים ורפואת עיניים. קיים שם גם כיסוי 'משפר' – בעיקר לחדר פרטי בבי"ח. **בהולנד** (89%) הכיסוי הוא בעיקר מרחיב לשירותים כגון רפואת שיניים, עיניים, פיזיותרפיה, ריפוי בדיבור, טיפולים בחו"ל, סוגים מסוימים של ניתוחים קוסמטיים, רפואה משלימה, אמנם קיים גם כיסוי משפר כגון חדר פרטי בבי"ח אך אין בה כיסויים מסוג duplicate כגון בחירת מנתח וקיצור תורים במערכת הציבורית. **בבלגיה** (79%) עיקר הכיסוי בביטוח המשלים הוא מרחיב לכיסוי השתתפות עצמית שבסל (בעיקר בבתי"ח- לדוגמא כיסוי של גביית ה- extra-billing באשפוז שהסל מתיר), וכן הרחבת שירותים כגון רפואת שיניים, רפואת עיניים, רפואה משלימה, חיסונים, משתלים, וטיפולים בחו"ל. **בלוקסמבורג** (25% בביטוח המסחרי וכ-66% בגופים אחרים) הכיסוי העיקרי הקיים הוא מרחיב לכיסוי השתתפות עצמית שבסל, אך קיימים גם כיסויים להרחבת שירותים כגון – רפואת שיניים, עיניים, טיפולים בחו"ל, רפואה משלימה, פיצוי בגין מחלה וכן כיסוי משפר כגון חדר משופר בבי"ח ושירותי רופא פרטי. **באירלנד** (50%) קיים כיסוי משפר לבי"ח פרטי או חדר פרטי בבי"ח ציבורי וקיצור תורים, וכן ניתן שם כיסוי מרחיב לשם כיסוי תשלומי השתתפות עצמית שבסל וכן להרחבת שירותים – שיניים, עיניים, פיזיותרפיה ביקורי רופא ורפואה משלימה.

בתווך (מבחינת שיעור החדירה של הביטוח) ניתן להציג את **אוסטריה** (34%) שם הכיסוי כולל בעיקר הרחבת שירותים – שיניים, עיניים, פסיכיאטריה, פיזיותרפיה, שיקום, תרופות ורפואה משלימה. השיעור הנ"ל כולל כ- 0.5% מהאוכלוסייה המכוסים ככיסוי חלופי לסל שבחוק. **בדנמרק** (כ-20%) הכיסוי הביטוחי היה בעבר בעיקר מהסוג החלופי לביטוח הציבורי והיה מיועד למי שאינו מכוסה בכל השירותים שבסל הציבורי, אך כיום הוא בעיקר מרחיב ומשפר – בעיקר בנושאים של בחירת רופא, בי"ח פרטי וקיצור תורים. **בגרמניה** (כ-10% מהאוכלוסייה מכוסים בביטוח 'חלופי', כ-20% מכוסים בביטוח מרחיב ומשפר). המרחיב- לכיסוי שירותים מחוץ לסל בעיקר רפואת שיניים וכיסוי תשלומי השתתפות עצמית שמחויבת בסל בגין שירותים אמבולטוריים, והמשפר- לכיסוי

בית חולים פרטי, בחירת רופא וכן פיצוי בעת אשפוז. **בפינלנד** (כ-12%) הכיסוי הוא מסוג מרחיב – בעיקר לכיסוי תשלומי השתתפות עצמית בתרופות מרשם שבסל וכן משפר בעיקר לשירותי רפואה פרטית וקיצור תורים. **באיטליה** היקף חדירת הביטוח מצומצם יחסית (6.1%)¹⁵ ושם הביטוח הפרטי כולל בעיקר כיסוי השתתפות עצמית בתרופות, אך גם כיסוי מרחיב בשירותים – עיניים, שיניים, שיקום, השתלות ורפואה משלימה וכן מעט כיסוי משפר- רפואה פרטית. **בנורבגיה** (3.5%) הכיסוי הוא בעיקר מסוג משפר ומאפשר קבלת שירות באמצעות רופאים פרטיים וקיצור תורים לניתוחים אלקטיביים בבתי חולים, וכן פיצוי כספי בעת מחלה. **בשבדיה** (3.3%) – כיסוי כני"ל ובנוסף גם כיסוי של השתתפות עצמית בעת רכישת תרופות במסגרת הקהילה.

אמנם ניתן לומר שבמדינות בהן היקף החדירה גדול במיוחד קיימת בסל השירותים הבסיסי שבחוק חובת השתתפות עצמית משמעותית לגבי שירותים שבסל, לרבות בשירותי האשפוז הציבורי, וכן אפשרויות לגביית extra-billing על ידי ספקים ציבוריים (ראה לדוגמא בלגיה וצרפת), אולם קשה להקיש מכך אם סוג ו/או מהות הכיסוי הביטוחי (לדוגמא כיסוי השתתפות עצמית שבסל) ו/או אם תנאים הנוגעים לאופן אספקת השירות הציבורי (לרבות חובת תשלום השתתפות עצמית) הם שמשפיעים על היקף החדירה של הביטוח. ניתן לראות שבמקומות בהם קיים דגש על כיסוי השתתפות עצמית שבסל לצד מגוון של כיסויים משפרים וכן הרחבת שירותים, קיימת חדירה רחבה של הביטוח. אך מנגד קיימת הדוגמא של הולנד שם קיים היקף חדירה גבוה ביותר אך הוא מבוסס בעיקר על הרחבת **שירותים** וכיסוי משפר¹⁶ ופחות על כיסוי השתתפויות עצמיות שבסל. מן הצד שני, האם כיסוי משפר (כגון בחירת רופא וקיצור תורים) הוא שמהווה מוקד משיכה למבוטחים ומביא להיקף חדירה משמעותי של הביטוח? הנתונים המוצגים לעיל לא תומכים בכך בהכרח, שהרי קיימות מדינות בהן קיים כיסוי משפר אשר מאפשר קיצור תורים ורפואה פרטית, אך אין בהן חדירה משמעותית של הביטוח ומנגד כאלה שאין בהם שירות כזה והיקף החדירה של הביטוח שם גבוה ביותר. נושא זה של קשר אפשרי בין סוגי הכיסוי המוצעים במדינה לבין היקף החדירה של ביטוחי הבריאות הפרטיים שם, ראוי לבחינה מעמיקה והוא יהווה לפיכך נושא למחקר נוסף בעתיד.

בעת ניתוח גורמים נוספים שיכולים להשפיע על היקף חדירת הביטוח צריך להביא בחשבון גם הבדלים היסטוריים הקיימים במבנה ואופן הארגון של מערכת הבריאות ואת התפקיד שקיים באופן מסורתי לחברות ביטוח מסחריות ושילובן במערכת הציבורית. כך לדוגמא, ניתן להציג את צרפת בה שיעור המימון הציבורי בשירותי הבריאות הקהילתיים ירד דרמטית ובמקביל לכך גברה המעורבות הממשלתית בכיסויים של תוכניות הביטוח הפרטיות והכוונתם באמצעות הקלות מס לשירותים חיוניים (מניעה) ולעידוד שימושים במערכת הציבורית דווקא. כמו כן קיימת שם תוכנית למימון ביטוח לאוכלוסיות חלשות (CMU-C). בהולנד מילאו חברות הביטוח תפקיד מפתח בביטוח האוכלוסייה עוד לפני הרפורמה האחרונה שיושמה ב- 2006 (הן היו המבטחים לשירותי סל בסיסי

¹⁵ יש לציין כי איטליה, נורבגיה, שבדיה, פינלנד ולוקסמבורג, אינן מופיעות בתרשים של OECD. במדינות אלה שיעור חדירת הביטוח מבוסס על Thomson & Mossialos 2009 והוא מתייחס בדרך כלל לשנת 2008

¹⁶ יש לזכור את הרפורמה הביטוחית בהולנד ואת העובדה שהחברות הפרטיות מספקות שירותי סל בסיסי, דבר שמקנה להן יתרון במכירת ביטוחים מסחריים משלימים מכל סוג שהא

של 37% מהאוכלוסייה). לאחר הרפורמה הן שולבו כחלק ממערך ביטוח הבריאות הסוציאלי הבסיסי במעמד שווה כספקים שווי ערך לנותני השירות מטעם המדינה תוך ניסיון לשיפור הסביבה התחרותית.

אפשרות נוספת המסתמנת היא שפוטנציאל ההתפשטות של הביטוחים הפרטיים הוא תלוי-תרבות ומבנה של מערכת הבריאות. לדוגמה, בתרבות בה נהוגה משך שנים מסורת של תשלום ישיר לרופא או לבית החולים, החדירה של ביטוחי בריאות הינה איטית יותר. זאת, לעומת תרבויות בהן תשלום לצד ג' היה מאז ומתמיד הדומיננטי ביותר (בין אם מדובר בגוף ממשלתי/חצי ממשלתי או במבטח מסחרי). כמובן שגם לזהות ולתמהיל של המבטחים קיימת חשיבות.

האמור לעיל מדגיש את הזהירות שיש לנקוט בעת ביצוע השוואה בין מערכות בריאות של מדינות שונות.

ב. סביבת העבודה של שוק הביטוח הפרטי בישראל

כידוע, קיים בישראל רובד של ביטוח ציבורי במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. היקף הכיסוי הוא אוניברסאלי (100% מתושבי ישראל) והכיסוי הניתן במסגרתו נחשב ל'נדיב' בהשוואה לכיסוי הציבורי הניתן במדינות אחרות. חוק ביטוח ממלכתי מאפשר לקופות החולים להציע למבוטחיהן תוכנית לשירותים נוספים (שב"ן), בעלת מאפיינים מסוימים של ביטוח פרטי, שההצטרפות אליה וולונטרית ו'פתוחה' (ללא חיתום רפואי) והפרמיות נקבעות לפי הגיל בלבד. בנוסף לכך, קיים כידוע שוק ביטוחי בריאות פרטיים הפועל בידי חברות הביטוח המסחריות. לתושבי ישראל אין כיסוי ביטוחי 'חלופי' לסל על פי ההגדרה שהוצגה בפתח העבודה הנוכחית. זאת, מאחר ואין קבוצה מבין תושבי ישראל שרשאית לצאת מהביטוח הציבורי ולרכוש ביטוח חלופי בשוק המסחרי.

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 מבוטחים שהם bad risk לחברת הביטוח; הרגולציה בשוק זה מבוצעת על ידי הממונה על הביטוח במשרד האוצר; קיימת בו חקיקה ייחודית וייעודית – באמצעות חוק הפיקוח על עסקי ביטוח וחוק חוזה הביטוח; והערכאה השיפוטית המטפלת בתביעות – היא בית משפט השלום/מחוזי. באופן מסורתי הושם בעבר דגש בשוק זה על שירותים ששכחותם נמוכה אך ההוצאה למבוטח בגינם עלולה להיות גבוהה¹⁷. בדרך כלל קיימת בו העדפה למיצוי הפוטנציאל ברמות הכיסוי האחרות (סל בסיסי ושב"ן) והדגשת פעילותו כ'השלמות' לסל הבסיסי ולשב"ן¹⁸.

¹⁷ מצב זה של מיקוד ב'קטטורפות' נמצא במגמת שינוי וכיום ניתן למצוא גם כיסויים שכיחים יותר מהסוג של כיסוי 'משפר'

¹⁸ קיימות אמנם פוליסות מסוג 'משלים לשב"ן' אך אלה לא חדרו משמעותית לשוק הביטוח הפרטי

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 זה¹⁹. כדוגמא לשם המחשת העניין ניתן להציג את הערכים הגבוהים יחסית של מדד CR3 בפוליסות קבוצתיות מסוג 'הוצאות רפואיות' (97%) וב'מחלות קשות' (84%).

תוכניות השב"ן לעומת זאת, נמצאות בתווך שבין ביטוח הבריאות הציבורי לבין הביטוח הפרטי המסחרי. בין העקרונות המופעלים בהן, שאינם מקובלים בסל הבסיסי אך משותפים לעולם הביטוח הפרטי, ניתן למנות את העובדה שסל השירותים בשב"ן אינו מוכתב אלא מוצע על ידי ה'מבטח'²⁰; ההצטרפות וולונטרית; האקטואריה דומה לביטוחי בריאות קבוצתיים; והשירות מותנה בתשלום ה'פרמיה' (דמי ביטוח). מאידך, מופעלים בשב"ן עקרונות אשר נהוגים בביטוח הציבורי. תוכניות אלה מופעלות על ידי גופים שאינם פועלים למטרות רווח; התוכניות מתבססות על עקרונות חברתיים של ערבות הדדית (לדוגמא: אין אפשרות 'לסינון' של מבטחים, בתוך קבוצות הגיל לא ניתן להפלות בתשלומי הפרמיה בהתאם לרמת הסיכון, קיים סבסוד צולב וקיים רצף זכויות במעבר בין קופות); קיימת מעורבות רבה של הרגולטור במוצרים המוצעים למבטחים (לדוגמא איסור להכליל כגון תרופות מצילות חיים, חובת השתתפות עצמית בניתוחים פרטיים, ואיסור על פיצוי כספי); הן כוללות גם שירותים ששכיחות השימוש בהם גבוהה יחסית; החקיקה הייעודית מכוחה פועלות תוכניות אלה היא חוק ביטוח בריאות ממלכתי; הערכאה השיפוטית היא ביה"ד לעבודה (עם המאפיינים של פסיקה וחקיקה סוציאלית); הרגולציה מתבצעת באחריות משרד הבריאות; ונקבעו בחוק נותנות השירות ('המבטחות') - ארבע קופות החולים.

המאפיינים השונים של שני סוגי הביטוח האלה (שב"ן וביטוח פרטי) מקשים על אפשרות להשוות ביניהם ולנתח אותם בכפיפה אחת, ולכן מכאן ואילך, בנייר הנוכחי נתרכז כאמור בביטוח הפרטי (המסחרי). לניתוח היבטים ברגולציה של תוכניות השב"ן ייוחד נייר נפרד.

ג. אסדרה בשוק ביטוחי בריאות פרטיים

גישות שונות לאסדרה של ביטוחי בריאות

קיימות שתי גישות עיקריות לרגולציה בביטוחי בריאות. האחת, אסדרה פיננסית – המתאפיינת במעורבות מינימאלית של המדינה ומתרכזת בעיקר בנושאים הקשורים לכושר פירעון, יחס הון וכללי השקעות²¹. הגישה השנייה היא מה שמכונה אסדרה מהותית²², בה האסדרה מתייחסת

¹⁹ מקור: המפקח על הביטוח, דוח שנתי 2011, משרד האוצר

²⁰ מחייב אישור הרגולטור

²¹ התמקדות בעיקר בסוגיות של Solvency (כושר פירעון - כשהגדרת היחס הרצוי הוא לפחות 2:1)

²² Material regulation – הסדרה מהותית

לנושאים שבמהות הביטוח ומתרחבת גם להקשרים של פיקוח על מוצרים ומחירים. שתי הגישות שואפות להגנה על הצרכן. אולם, בעוד שהראשונה מגנה עליו בעיקר מפני חדלות פירעון של חברת ביטוח ומעודדת תחרות בין חברות ביטוח ובין מוצרי ביטוח עם מעורבות מינימאלית של הרגולטור. השנייה, שואפת לאפשר גם החלה של עקרונות חברתיים דוגמת הנגשה של שירותי בריאות באמצעות הביטוח ומעורבות גדולה יותר של הרגולטור בהרכב המוצרים, בתהליכים ובמחירים.

במסגרת האיחוד האירופי אושרה בזמנו הדירקטיבה השלישית לביטוח שאינו ביטוח חיים. זו נכנסה לתוקף ב-1994²³. במהלך השנים מאז אישורה היא עברה מספר עדכונים שהאחרונים שבהם היו בשנים 2008-2009 (EU 2008, EU 2009)²⁴. זו עוסקת בין היתר גם בכללי האסדרה של ביטוחי בריאות במדינות החברות באיחוד האירופאי (EU). דירקטיבה זו התייחסה לראשונה לא רק לסיכונים ביטוחיים מסוג Large/mass risks כגון ביטוחי חיים ורכב אלא התייחסה לראשונה גם לשוק ביטוחי הבריאות באירופה ככלל ובשווקים הפנימיים של מדינות האיחוד האירופי בפרט. הכוונה היתה, בהתאם למסורת הנהוגה בארגון זה של עידוד סחר חופשי בין המדינות החברות בארגון, לעודד תחרות בין חברות ביטוח לפעילות גם מחוץ לתחומי פעילותן המסורתיות ואפילו במדינות בהן אין להם שלוחה. החשש היה שכללים ספציפיים מידי במדינות השונות יאפשרו למדינות לחסום כניסה של מבטחים זרים ויפגעו בתחרות ועקרון הסחר החופשי. אמנם, הדירקטיבה קבעה את מסגרת האסדרה באופן המשאיר בידי כל מדינה אפשרויות מסוימות לבצע פיקוח ואסדרה פנימית בהתאמה לערכיה וצרכיה, אך תוך התייחסות ומתן תעודף לסטנדרטים שנקבעו בדירקטיבה לגבי הגנה על הצרכן, פיקוח פיננסי, דרישות הון וכדו'. בית הדין האירופאי (ECJ) בפסיקותיו, אף הרחיב והבהיר שקיימת כמובן אפשרות בידי כל מדינה לשלב באסדרה גם עקרונות חברתיים (כגון סולידריות), בהתאם לערכיה, אולם אלה אינם קשורים לשאלות ולסטנדרטים אליהם התייחסה הדירקטיבה בהקשר לסוגיות של ניהול שוק ביטוח פנימי (internal market) ועידוד תחרות בין מבטחים. כאמור, יש להדגיש שבין היתר מתוך ראייה של הצורך בעידוד סחר חופשי בין מדינות הארגון, הדירקטיבה חיזקה את המגמה של אסדרה פיננסית²⁵ וקבעה כללים שהיקשו על מדינות החפצות באסדרה מהותית. כך לדוגמה סעיף 181 בדירקטיבה שולל מהרגולטור את האפשרות, בכל הנוגע לענף ביטוח כללי, לדרוש אישור מקדים טרם פרסום תנאים ופרמיות של תוכניות ביטוח. הוא מאפשר דרישה לדיווח וגם זאת רק כאמצעי לוודא קיום הוראות הדין הנוגע לחוזי ביטוח באותה מדינה ובלבד שהדיווח לא יהווה תנאי מקדים לביצוע פעילות עסקית על ידי המבטח. סעיף 181(3) שולל אפשרות לבקש אישור מקדים על העלאת פרמיות אלא כחלק ממדיניות כללית של הפיקוח על המחירים.

²³ Non-life insurance: third directive. The European Union 1992. 92/49/EEC

²⁴ בעבודה זו מספרי הסעיפים הנזכרים בהקשר לדירקטיבה מתייחסים לגרסה - Directive 2009/138/EC

²⁵ בין היתר, הדירקטיבה הסירה הצורך באישור מקדים של פוליסות חדשות בידי הרגולטור.

לא כל המדינות הסכימו לכיוון זה. מדינות שרצו לחזק את האסדרה המהותית ניצלו בדרך כלל את האמור בסעיפים אחרים בדירקטיבה (כגון סעיפים 84 ו-85)²⁶. אלה, מאפשרים למדינות לבצע חקיקה ואסדרה שחורגת מגבולות האסדרה הפיננסית, במקרים בהם יש צורך בכך כדי לשמר את טובת הכלל (general good). כל זאת, בעיקר כאשר מדובר בפוליסות בריאות שהן חלופיות "באופן מלא או חלקי" לביטוח הציבורי²⁷. עם זאת, יש להדגיש שבדירקטיבה קיימים גם סעיפים כלליים נוספים המאפשרים למדינות לחרוג מהמסגרת הנוקשה יחסית שהוכתבה לה, וזאת לא רק בפוליסות שהם חלופה חלקית או מלאה לביטוח הבריאות הסוציאלי. לדוגמא, כאשר מדובר בפרסום בתחום הביטוח, קיים סעיף ספציפי המחייב שהפרסום יתנהל באופן שעולה בקנה אחד עם טובת הכלל (סעיף 156). סעיף אחר מבהיר שככלל אין למנוע עסקה בין מבטח לבין בעל פוליסה אלא אם היא סותרת באותה מדינה חוק אחר שנועד לפעול לטובת הכלל (סעיף 180).

הרצון של מדינות ליישם אסדרה מהותית יותר מחד, והמגבלות שהוצבו בדירקטיבה מאידך, הביאו למגוון פרשנויות באשר לנאמרו בדירקטיבה ובאשר לכללי יישומה. בעיקר, עקב פרשנויות שמדינות שונות נותנות למושגים כגון 'חלופה חלקית' – Partial alternative (לסל הציבורי) וכן למושגים כגון 'טובת הכלל' – 'general good'.

הטענה הרווחת היא שהגם שרגולציה פיננסית מכסה תחום בעל משמעות להגנה על הצרכן, היא אינה מספקת מענה למקרים בהם הביטוח הפרטי המשלים, כולו או מקצתו, דרוש לצורך שמירה על ערכים חברתיים. טענת המדינות בעניין זה היא שצריך להביא לידי ביטוי את שני המושגים consumer protection ו- social protection²⁸. כך, למרות הוראות הדירקטיבה מצאו חלק מהמדינות (כגון בלגיה, צרפת ואירלנד) דרך לקיים רגולציה מהותית והדוקה יחסית גם על ביטוח הבריאות הפרטי המשלים לסל הציבורי ולא רק על ביטוח שהוא חלופי לביטוח הציבורי.

אשר לארה"ב, שם כמובן הדירקטיבה אינה חלה, וניתן למצוא שם רמת מעורבות גבוהה יחסית של המדינה בביטוחי הבריאות הפרטיים. ניתן לראות את האסדרה שם כפיננסית ומהותית במשולב. היא מתייחסת, בין היתר, גם לעניינים הקשורים לגישות לפוליסות בריאות, כיסויים שהם בגדר חובה, רצף זכויות, המשכיות וניידות, רף מינימום של שיעורי נזק וכדו'^{29,30}.

²⁶ בגרסת 2008 של הדירקטיבה (ראה EU, 2008) מספר הסעיף הרלוונטי לעניין זה הוא 54.

²⁷ במקרים כאלה אפשר לחוקק לדוגמא חובת הצטרפות פתוחה, נגישות אפקטיבית ללא קשר לגיל או לפרופיל הסיכון האישי, community ratings, כיסוי לכל החיים, ולחייב תאום למוצע במערכת הציבורית. סעיף 206 לדירקטיבה מאפשר גם למדינה לדרוש שביטוחים אלה יפעלו, בתנאים מסוימים שפורטו שם, על בסיס טכני דומה לביטוח חיים.

²⁸ על פי הפרשנות המקובלת בדירקטיבה, הטיעון בדבר social protection מצדיק התערבות משמעותית בהסדרה מצד המדינה כשמדובר בביטוח חלופי לסל הציבורי. והמבקרים טוענים – ומה כאשר בביטוח המשלים קיימים שירותים משלימים שלא נכנסו לסל אך חיוניים גם מהסיבה של social protection. לדבריהם גם במקרים כאלה מוצדקת רגולציה מהותית.

²⁹ ראה לדוגמא את Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA 2010).

³⁰ שיעורי נזק – ראה Fli Kaiser 2012 – US 2012.

מי מבצע את הרגולציה של הביטוחים הפרטיים?

בישראל הגורם שבאחריותו לבצע את האסדרה של ביטוחי הבריאות הוא אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר. תוכניות לשירותי בריאות נוספים משווקות על ידי קופות החולים למבוטחיהן והאסדרה של תוכניות אלו מבוצעות על ידי משרד הבריאות.

במדינות אירופה מבצעים בדרך כלל את האסדרה על הביטוחים הפרטיים גופים הקשורים לפיקוח של המדינה על שוק ההון או גופי פיקוח אחרים הקשורים למשרד האוצר. דוגמא חריגה ומובהקת דווקא לפיקוח של משרד הבריאות והמשרד לביטחון סוציאלי על חברות מסחריות העוסקות בביטוחי בריאות היא פינלנד. קיימות דוגמאות נוספות פחות מובהקות, כגון ספרד (אגף הבריאות ב-Bank of Spain) ואיטליה (בה משרד הבריאות מבצע את הפיקוח על נתח השוק העוסק בכיסויים לתשלומי השתתפות עצמית שבסל הציבורי). במקרים אחרים, משרד הבריאות מעורב בפיקוח רק על גופים שלא למטרות רווח המספקים ביטוח בריאות, לדוגמא צרפת, אירלנד ולוקסמבורג. עם זאת, כפי שיוסבר בהמשך, בדירקטיבה האירופית מתקיים ויכוח בשאלה אם הן גופים מסחריים והן גופים הפועלים ללא מטרות רווח ועל בסיס עקרונות חברתיים, צריכים לפעול לפי כללים זהים המאפיינים בדרך כלל פעילות של מבטחים מסחריים (השאלה נוגעת אף לאסדרה הפיננסית).

ד. דיון

יחסי גומלין בין מערכות ביטוחיות

שוק ביטוחי הבריאות בישראל פועל בסביבה של מערכת בריאות ציבורית אוניברסאלית וקומפרהנסיבית. סל שירותי הבריאות שמוצע במסגרת הציבורית לכל תושב, הינו רחב בהשוואה למרבית המדינות המערביות בהן קיים מודל של מערכת בריאות ציבורית אוניברסאלית. גם זמינות השירותים סבירה בהשוואה למדינות אחרות. כאמור, מעבר לסל השירותים הציבורי המוצע במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי קיימות תוכניות לשירותים נוספים (שב"ן) המוצעות על ידי קופות החולים למבוטחיהן ואשר עקרונות פעילותן הוסדרו גם הן בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ואשר בהן מוצע סל שירותים רחב נוסף. ההצטרפות לתוכניות אלה וולונטרית. לצד ומעל תוכניות אלה קיים רובד נוסף של הביטוח המסחרי שבמקרים מסוימים מהווה שכבת הגנה נוספת ובמקרים אחרים מדובר על כיסוי ביטוחי שמתחרה בשירותים המוצעים במסגרת השב"ן.

בין המערכות הנ"ל (סל בסיסי, שב"ן וביטוחים פרטיים) קיימים יחסי גומלין שעלולים לפעול בכיוונים לא רצויים, כפי שיוצג להלן במספר דוגמאות:

תשתיות – שגשוג של מערכת פרטית המוזנת ממימון של צד ג' (כגון: חברת ביטוח) ללא בקרה הולמת, עלול להביא לאורך זמן למשיכת כוח אדם מקצועי ומיומן מתוך המערכות הציבוריות וריכוזו במערכות הפרטיות. בין שתי המערכות קיימת תחרות על משאב מוגבל (כבר כיום קיים

חוסר ברופאים מומחים בתחומים שונים ובאחריות) ושגשוג של מערכת אחת יבוא על חשבון דלדול מערכת שנייה ויצירת שתי רמות של שירותי רפואה – האחת לבעלי אמצעים והשנייה לאחרים.

כפל ביטוח – חפיפה בין כיסויים בתוכניות ביטוח שונות יוצרת כפל ביטוח. מהיבט המבוטחים, הצרכן לא תמיד מודע לקיומה של חפיפה הנובעת מכפל ביטוח בין פוליסות ביטוחי הבריאות שברשותו וגם אם הוא יודע על כך, לא תמיד ידע הוא לנווט בין הכיסויים לשם מיצוי מלא של זכויותיו אצל מבטחים שונים. מהיבט המבטחים, עקב פלטפורמות שונות של חקיקה שעומדות בבסיס כל אחת מהמערכות (הביטוח הציבורי והביטוח הפרטי), קיים קושי במימוש עיקרון החלוקה ההוגנת של ההוצאה בין "חייבים" שונים (לדוגמה בין קופת חולים וחברת ביטוח)³¹. דבר זה מהווה קרקע נוחה למערכת הביטוח המסחרי לפעול להקטנת הוצאותיה על חשבון המערכת הציבורית/שב"נית. ידועים מקרים בהם בעת התקיים מקרה ביטוח בגינו פונה מבוטח לחברת הביטוח כדי לממש את זכאותו, מופעלים עליו לחצים (גם כשאין המדובר בפוליסה "משדרגת") כדי שיפנה תחילה למימוש מלוא זכאותו בשב"ן והכל כדי למזער את הוצאותיה של חברת הביטוח. דבר זה שתורם בין השאר לרווחיות גבוהה של ביטוחי הבריאות עלול ליצור מצב בו מערכת עסקית יוצאת נשכרת על חשבונה של מערכת חצי-ציבורית, הפועלת ללא כוונת רווח וכפופה לכללי המינהל הציבורי.

השפעה על עקרונות חשובים בסל הבסיסי – מעשה או מחדל המתקיימים במערכת הפרטית עלולים לפגוע ביישומם של עקרונות חשובים במערכת הציבורית. דוגמה לכך ניתן להציג מתחום ביטוחי הסיעוד. בביטוחים אלו, המוצעים כיום למבוטחי קופות החולים ע"י חברות הביטוח, אין אפשרות של ניידות ושמירה על הזכויות בפוליסה הסיעודית הקבוצתית בעת מעבר מקופת חולים אחת לשנייה. קיים סיכוי רב שאנשים מבוגרים ואנשים חולים יימנעו ממעבר בין הקופות, גם אם יחפצו או יזדקקו לכך, מחשש פן ייפגעו זכויותיהם בביטוח הסיעודי. חמור מכך, יתכן שיעברו לקופה האחרת (לעיתים מחוסר ברירה) ומאוחר יותר יסתבר להם, בדיעבד, שזכויותיהם נפגעו. עקרון זה של חופש המעבר בין קופות חולים ושמירה על רציפות הזכויות הינו מאבני היסוד של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ודוגמה זו ממחישה כיצד, אם לא תתקיים רגולציה מושכלת בביטוחי בריאות פרטיים, המערכת הפרטית עלולה לפגוע בעקרונות העומדים בבסיסה של המערכת הציבורית.

הרכב הסל: סל השירותים בביטוחים הפרטיים קשור לסל השירותים הקיים בביטוח הציבורי ופעמים רבות היא מהווה המשך שלו. כך לדוגמה פעולות שיווק של ביטוח בריאות פרטי יכולות להיבנות על חשש קיים ממצבים של קטסטרופה רפואית (כגון 'מחלות קשות' וניתוחים מצילי חיים בחו"ל) ולחזק תחושות (גם אם אינן מבוססות) שברובדי ביטוח אחרים שבבעלות המבוטח אין די; דוגמה נוספת, החלטת המחוקק בדבר הוצאה של תרופות מצילות חיים מתוכניות השב"ן תוך הבהרה שמקומן של אלו בסל הבסיסי הפתוח לכל תושב והגדלת התקציב הייעודי לכך, לא הפריעה באותה עת לחלק מחברות הביטוח להיבנות מקמפיין המבוסס על חשש הציבור כאילו אין יותר

³¹ עיקרון שכזה אכן ממומש באופן שוטף כאשר מדובר בתביעה של מבוטח לשתי חברות ביטוח, עקב כפל כיסוי וחפיפה בין שתי פוליסות ביטוח אותן הוא מחזיק ברשותו

כיסוי במערכת הציבורית לתרופות שכאלה; החפיפה הקיימת במקרים רבים בין הכיסויים בסל הציבורי, בשב"ו בביטוח המסחרי מביאה לבלבול של מבוטחים בדבר זכויותיהם ולעיתים לגלגול של האחריות ממערכת אחת לשנייה.

בנוסף, במקרים מסוימים חברות ביטוח כוללות בפוליסות הבריאות "כתבי שירות" למיניהם המציעים שירותים שאינם ברי-ביטוח (uninsurable risks) – מדובר בשירות שאינו ביטוח ואינו אמור להיות חלק מפוליסת הביטוח. הוא מוצע על ידי ספק חיצוני, ללא התחייבות של חברת הביטוח כלפי המבוטח להתמיד בו. הניסוח בפוליסה ועצם ההכללה בפוליסה של כתב השירות כחלק מהפוליסה, עלולים ליצור מצג כאילו מדובר בחלק בלתי נפרד מהפוליסה, בעוד שבמעצם מדובר באספקת שירות ללא כל התחייבות מצד חברת הביטוח (בחלק מהמקרים מדובר בשירותים הניתנים ממילא באמצעות הקופה או השב"ן).

גידול בעלות ההפעלה של מערכת הבריאות הציבורית: שגשוג של מערכת פרטית הנבנית על מימון באמצעות צד ג' שבידיו האמצעים לשלם תמורה גבוהה יחסית לכוח אדם מקצועי לסוגיו המועסק על ידו או קשור עמו בהסכם, עלול לגרור בהמשך לסחרור בדרישות שכר ובהוצאות על שכר במערכות הציבוריות שיוביל לעלויות גבוהות יחסית של מערכת זו, אשר פועלת בתנאים מתמידים של חסר תקציבי. דבר זה עלול לפגוע לדוגמה בפוטנציאל הפיתוח של המערכת ובהעברת משאבים לשימור כוח אדם על חשבון יכולתה להרחיב את סל השירותים להוסיף טכנולוגיות חדשות.

היבט אחר המשליך על עלות ההפעלה היא הוספת טכנולוגיות חדישות לביטוח, שאינן בהכרח מוצדקות מראית הסל הבסיסי. דבר היוצר מחד לחץ להכנסתן לסל הבסיסי ומאידך מביא לשימוש מוגבר בהן ואימוצן על ידי נותני השירותים. הקשר זה מוכר בספרות כ- Dynamic moral hazard (Glied, 2001).

שיתופי פעולה שעלולים להביא לניגוד עניינים: לקשר בין קופת חולים לבין חברת ביטוח יכולים להיות מאפיינים שונים. בעבר, בחלק מהמקרים חברת ביטוח היא שהיתה למעשה המבטחת של הביטוח המשלים של הקופה. קשר זה נאסר, וכיום קיימים שני סוגים של קשר קופה-חברת ביטוח. האחד, קשר במסגרתו חברות ביטוח מנהלת עבור קופת חולים את מערך התביעות של תוכנית השב"ן. הבעייתיות בקשר זה יכולה להיות קשורה אמנם גם לסוגיה של שליטה ובעלות משותפת, אולם היא תישאר בעינה גם כאשר תתקיים הפרדה מוחלטת בבעלויות ובשליטה. זאת, מאחר וכל עוד חברת הביטוח מנהלת את התביעות, יימצא בידיה מידע רב אודות מבוטחי שב"ן, הכולל בין היתר מידע ברמת הפרט אודות הרגלי צריכת שירותי הבריאות, תחלואה, רמת הסיכון הביטוחי של המבוטח, ומידע נוסף שעלול לשמש את החברה שלא לייעוד המקורי לשמו היא קיבלה אותם. יתכן שעצם ניהול התביעה (של השב"ן) בידי אותה חברה, הופך את המבוטח של הקופה ל'לקוח' של חברת הביטוח ואולי מבחינה חוקית אין מניעה לדוגמה שהחברה תציע לו מוצרי ביטוח נוספים מטעמה. אולם במקרים כאלה, בעיני המבוטח, ההבדל בין הקופה כמבטח בסיסי, לשב"ן ולחברת הביטוח הוא מטושטש לחלוטין ומצב זה עלול להוות קרקע נוחה לניצול מידע חסוי ומקשה על אכיפה של זכויות הפרט. לדעתנו יש לשקול לאסור סוג זה של קשר בין קופת חולים לבין חברת ביטוח.

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות

סוג שני של קשר בין קופה לבין חברת ביטוח הוא כאשר קופה משמשת כבעלת פוליסה קבוצתית של אחת מחברות הביטוח. מצב זה הוא הדגם בו פועלות כיום פוליסות הביטוח הסיעודי הקבוצתיות מוצעות למבוטחי קופות החולים, באמצעות הקופה. המעמד של קופת החולים אל מול מבוטחיה משפיע על יכולתה לשווק ביטוח קולקטיבי ואכן בביטוח הסיעודי קיים בישראל שיעור חדירה שהינו ללא תקדים בהשוואה למדינות אחרות. הביטוח הסיעודי בישראל מכסה כ-67 אחוז מהאוכלוסייה. בהשוואה לכך- 11 אחוז מהאוכלוסייה במדינות כגון ארה"ב וגרמניה ואף פחות מכך במדינות אחרות, בין במדינות בהן קיים סל ציבורי המכסה באופן משמעותי את הצרכים בתחום הביטוח הסיעודי ובין במדינות בהן אין מימון ציבורי משמעותי. בנייר אחר הוצגו מוקדי אי-יעילות בתחום הביטוח הסיעודי הציבורי בישראל והותווה הצורך בהרחבת הכיסוי הציבורי³². יחד עם זאת, ברור כי היקף ההוצאה הנדרש בתחום הסיעודי, הינו כזה שגם תוספת משמעותית במימון הציבורי תשאיר נטל לא מבוטל של המימון על משקי הבית. לפיכך, נגישות לביטוח מסחרי בתחום זה באמצעות פוליסות קבוצתיות של קופות החולים, תוך אסדרה נאותה של ביטוח זה, הינה צעד ראוי. לא זה המצב בכל הקשור לביטוחי בריאות. כאן, קיים סל ציבורי רחב ונדיב בהשוואה למדינות מערביות אחרות ובהשוואה לצרכים ולכן אין הכרח לפעול להנגשה של תחום זה באמצעות פוליסות קבוצתיות של קופות החולים. קשר שכזה עלול להביא להגדלה משמעותית של הביטוח (הן בהיבט היקף החדירה והן בהיקף ההוצאה), תוך ניצול לא נכון של מעמדה של הקופה בפני המבוטח – מעמד שהושג עקב תפקידה כמבטחת בביטוח הממלכתי. כיום, חוזר של המפקח על הביטוח אשר מגדיר את המונח 'בעל פוליסה' בביטוחי בריאות כולל בהגדרה זו גם את קופות החולים, ללא הסתייגות למי מענפי הביטוח, וראוי לשקול את הדרך לתיקון מצב זה.

היבטים הנוגעים לסוגיית כשל השוק וביטוי במערכת הבריאות בישראל

שוק הביטוח הפרטי בכללותו אינו נחשב לשוק משוכלל ששיווי המשקל שבו מושאר למנגנון "היד הנעלמה". לפיכך, אכן קיימת בו מעורבות ממשלתית הכוללת: אסדרה; רישוי; ואכיפה. אלו מבוצעים באמצעות תשתית חקיקתית ייעודית (חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) התשמ"א (1981) וגוף שמונה לכך, הממונה על שוק ההון הביטוח והחיסכון במשרד האוצר. כאמור, מטרות-העל של הפיקוח והאסדרה של שוק זה הן הגנת הצרכן, יציבות פיננסית (של החברות) ועידוד התחרות.

טענתנו הינה כי בתוך שוק הביטוח קיים שוק פנימי בעל מאפיינים ייחודיים היוצרים בו כשל שוק מובנה אשר דורש דרושה אסדרה ייחודית, בעלת מאפיינים שונים מאלו הנהוגים בעולם הביטוח הכללי, אשר תחרוג מגבולות האסדרה הפיננסית ותביא בחשבון ראיית רוחב בין-מערכתית. אסדרה, לה יהיו שותף גם משרד הבריאות, כגורם מייעץ. האסדרה צריכה לטפל בשתי רמות של כשלי שוק בביטוחי הבריאות – זה הקיים בהקשר של חוזה הביטוח מול הצרכן וזה הנוגע להתנהגות

³² חורב, קידר והרשקוביץ, 2011

ותפקוד שוק ביטוחי הבריאות והשפעות הרוחב שלו. בעינינו ובעיני חוקרים אחרים, זה האחרון נחשב כאתגר שמהווה אתגר משמעותי ביותר באסדרה ומחייב שתוף פעולה בין-משרדי³³.

בדיון שלהלן נתייחס בעיקר למאפיינים ייחודיים בגינם מודגש כשל השוק בביטוחי הבריאות ונדגיש את ביטויי בישראל בסוגיות כגון חוסר הסימטריה הקיצוני במידע³⁴; קיומן של השפעות חיצוניות משמעותיות; וקיומו של שוק שאינו תחרותי מספיק³⁵. מפאת רוחב היריעה, לא נפרט בנייר זה את כלל ההיבטים של כשל השוק אלא נתמקד בעיקריים שבהם.

חוסר סימטריה במידע: סלי השירותים הרחבים הקיימים בביטוח הרפואי לסוגיו כוללים מינוחים רפואיים, סייגים ותנאים הנוגעים למחלות ולמצבים תפקודיים שונים. המינוח המקצועי המורכב והמורכבות של המוצרים עצמם לא מאפשרים למבוטח הממוצע להגיע לרמת ידע המאפשרת לו לקבל החלטה רציונאלית ובמקרים רבים הוא תלוי ב"סוכן" בלתי-תלוי, בעל ידע רפואי, המכיר גם את צרכיו הבריאותיים ואת העדפותיו, כדי לקבל החלטה שכזו. במקרה שכזה אם עומד לרשותו "סוכן" שהוא גם בעל עניין, הסוכן עלול לפעול בניגוד עניינים, לו הצרכן לא תמיד ער.

כשל השוק המובנה הקיים במערכת הבריאות הציבורית הינו עובדה ידועה. גם שם הוא נובע, בין היתר, מחוסר הסימטריה במידע בין הצרכן לנותן השירות, מבורות של הלקוח בכל הקשור לצרכיו הבריאותיים להגדרות של מינוחים רפואיים, כמו גם מההשפעה שיכול שתופעל עליו מצד ספק השירות (בין אם מדובר בבעל מקצוע רפואי ובין אם מדובר בארגון דוגמת קופת חולים או בית חולים). טענתנו היא כי כשל דומה, בעוצמה שיתכן והיא אף גבוהה יותר, קיים גם בעולם של ביטוחי הבריאות הפרטיים. מורכבותו של המוצר הביטוחי, חוסר ההבנה של הלקוח, וחוסר האפשרות שלו להשוות בין חלופות/מוצרים מתחרים, יוצרת קרקע נוחה למי שנתפס על ידי המבוטח כ"בעל ידע" ולכן קשה במצב זה לדבר על רכישה כאקט של החלטה רציונאלית ומושכלת. דוגמא אופיינית למגבלת הידע של הצרכן היא זו הקשורה להגדרות ולסייגים בפוליסות של 'מחלות קשות'. מעבר לכך קיימת כיום חפיפה בין מוצרים ביטוחיים דומים הקיימים בשווקים אחרים (בתוך מערכת הבריאות הציבורית) בהם הרגולציה מתבצעת על ידי גורם ממשלתי אחר הפועל לפי כללים שונים, דבר שגם הוא מעמיד את הלקוח בעמדת נחיתות בהבנת השוק ככלל והמוצר הביטוחי בפרט. מבנה השוק הנוכחי אינו מאפשר זרימת מידע מיטבית ללקוחות. התמריצים הקיימים בפני סוכן ביטוח עלולים להפריע לו לתפקד כיועץ בלתי-מוטה. בשוק הביטוח הפנסיוני הוסדר מעמד של 'יועץ ביטוח' ולכאורה, מבלי לפגוע במעמדו וחשיבותו של סוכן הביטוח האישי, עולה שאלה אם אין מקום לשקול אסדרה של **יועצים** גם בשוק ביטוחי הבריאות.

³³ ראה לדוגמא (Glied, 2001)

³⁴ הרבה מעבר לזה הקיים בין סוכן ללקוח בביטוחים אחרים בענף ביטוח כללי

³⁵ הסקירה של כשלי השוק המופיעה בפרק זה הינה קצרה ומיועדת לתת רקע קצר בנושא המדגים את "יחודיות שוק זה ואת מורכבותו ואין בה בכדי להוות הסבר ממצה ומקיף אודות כשלי השוק.

יש לציין שלחוסר הסימטריה במידע ניתן גם לייחס את הסוגיה של סיכון מוסרי (moral hazard) מצד הצרכן עצמו, עקב הפוטנציאל שלו לבצע ברירה שלילית (adverse selection) של תוכניות ביטוח. התנהגויות מעין אלה מגבירות בדרך כלל את היקף השימוש בשירותי הביטוח ותורמות את חלקן להתייקרות.

השפעות חיצוניות: אחד הגורמים התורמים להיווצרותו של כשל שוק הוא קיומן של השפעות חיצוניות. שוק ביטוחי הבריאות אכן מושפע ומשפיע על שווקים נוספים והעיקרי שבהם-מערכת הבריאות הציבורית. גידול בלתי מבוקר של מימון באמצעות צד ג', הרוכב בין היתר על כשלים שהוזכרו לעיל, דוחף לצריכת יתר של שירותים במערכת הפרטית. זו, מתחרה במערכת הציבורית על היצע מוגבל הקיים כיום בתחום הרפואה (רופאים מומחים ואחיות). מדובר על תחרות בתנאים לא-סימטריים. יכולת המערכת הפרטית-העסקית, עם המשאבים העומדים לרשותה והכללים לפיהם היא פועלת, למשוך כוח אדם מקצועי מהמערכת הציבורית ילך ויגדל ככל שהמימון באמצעות צד ג' יתרחב. התוצאה, כפי שהזכרנו לעיל, עלולה להיות מערכת ציבורית מדולדלת מכוח אדם מקצועי ברמה גבוהה ו/או צורך בהפניית משאבים נוספים למערכת הציבורית על מנת שתוכל לעמוד בתחרות עם מערכות עסקיות וגידול בהתאם ברמות המחירים של ההוצאה הציבורית, אשר לא בהכרח יביאו לשיפור במצב הבריאות של האוכלוסייה.

הקשר אחר של השפעות חיצוניות נוגע להוצאה הלאומית על בריאות ולעובדה שבשוק הביטוח הבריאות (עקב מעורבות צד ג' במימון) אין תמריץ לצרכן לרכוש ולנותן השירות לספק שירותים בעלויות נמוכות. לחברת הביטוח שרוצה לחדור לשוק ולכסות מגוון שירותים אטרקטיביים יש תמריץ להתמקד בכיסוי טכנולוגיות יקרות דבר שעומד בקנה אחד עם אינטרסים של יבואני ויצרני טכנולוגיות רפואיות (ולא בהכרח טכנולוגיות שמקטינות עלויות) וכדו'. כיסוי טכנולוגיות מעין אלה מצריך התקשרות של חברת הביטוח עם נותני שירותים אלה, דבר המעודד רכישתן בקרב נותני שירות (כגון בתי חולים) שמעוניינים בקשר עם חברת הביטוח. המהלך כולו הוא בכיוון של גידול בעלויות הביטוח ככלל וההוצאה על בריאות בפרט (הן ברמה הלאומית והן ברמת הפרט המבוטח).

מעבר להשפעות החיצוניות הקיימות עקב יחסי הגומלין בין המערכות ברמה הלאומית, קיימות גם השפעות חיצוניות הנוגעות להיבט האישי של הלקוח, לדוגמה רופא המטפל בלקוח במסגרת המערכת הציבורית, המועסק גם על ידי חברת ביטוח והופך להיות בעל עניין בשאלה היכן יתבצע ניתוח מסוים והאם לרכוש ביטוח בריאות^{36,37}; ארגון עובדים היוצר לחץ על מועסק לרכוש ביטוח

³⁶ יש הטוענים שהביטוח הפרטי המעודד צריכת שירותים פרטיים 'מקל' על העומס במערכת הפרטית. אין על כך תימוכין בספרות בעיקר לאור ה-cherry picking של הניתוחים המבוצעים במערכת הפרטית. עם זאת יש הוכחות בספרות לנטייה/אפשרות הקיימת ביד רופאים המועסקים בשתי המערכות (ציבורית ופרטית) ליזום תורים או קושי אחר בשירות הציבורי הניתן באמצעותו כדי ל'עודד' פנייה אליו או לביטוח באמצעותו הוא מועסק או לקולגות שלו במערכת הפרטית

³⁷ (Yates, 1995)

קבוצתי וכדו' – כשמנגד עומד הצרכן הפוטנציאלי ללא ידע וללא כלים שמאפשרים שיפוט עצמי מושכל.

מידת התחרות: בשוק ביטוחי הבריאות קיים כיום מיעוט ספקים ומידת הריכוזיות של שוק זה היא גבוהה יחסית, בהשוואה לתחומים אחרים בביטוח הכללי. דבר זה עלול לפגוע בתחרות ולרכז כוח רב מידי בידיהם של ספקי שירות מעטים. מורכבות המוצר בשוק הבריאות וכשל השוק הקיים בו מחייבים קיומה של תחרות מנוהלת³⁸. בחלק מתת הענפים בתחום ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל מידת הריכוזיות גבוהה ביותר ויתכן שיש מקום לוודא שההיצע הקיים אינו עונה להגדרת אוליגופולים ואוליגופסונים, ושאינן לכך ההשלכות לעניין הגבלים עסקיים³⁹. בתחום הסיעוד קיימות פוליסות 'ענק' קבוצתיות עם היקף מבוטחים שאין דוגמתו במדינות מערביות אחרות וקיימת שאלה האם לא רצוי לפצל פוליסות שכאלה בין מספר מבוטחים ו/או לקבוע לגביהן כללי אסדרה ייחודיים.

היבט אחר אותו יש להאיר הוא קשר אפשרי בין קופה לבין חברת ביטוח שמקנה יתרון בלתי ראוי ופוגע בתחרותיות. דוגמא לכך הוזכרה לעיל בעניין חברת ביטוח ו/או סוכנות ביטוח מספקת לקופת חולים שירותים בתחום של ניהול 'תביעות' בשב"ן (או במקרה אחר יתכן לכאורה אפילו מצב בו חברת/סוכנות ביטוח מספקת שירותים מסוימים של סל הביטוח הממלכתי). קשר שכזה יוצר עיוות ומקנה לחברת הביטוח יתרונות עסקיים בעלי משמעות, בין היתר, גם באשר לתחרות הקיימת בשוק ביטוחי הבריאות הפרטיים.

מאפיינים אלה מדגימים חלק מהביטויים של כשל השוק המשמעותי שקיים בישראל בביטוחי בריאות פרטיים בישראל ולהבנתנו שומה על הממשלה להעמיק לחקור שוק זה ולמצוא דרכים להתמודד עם כשלים אלו על ידי אסדרה ייחודית שתאפשר לשוק לחזור למצב יעיל, תוך צמצום למינימום של השפעות שליליות על הצרכן ועל מערכת הבריאות הציבורית. לדעתנו, רגולציה שכזו אינה יכולה להיות מוגבלת למסגרת בה רגיל לפעול אגף שוק ההון הביטוח והחיסכון במשרד האוצר. הליך האסדרה מחייב במקרה זה לשתף בתהליכים גם את משרד הבריאות - שיביא איתו ראיית מאקרו של כלל מערכת הבריאות, על היבטיה השונים, ויסייע בהגנה על הצרכן ובצמצום למינימום האפשרי של הפגיעה בביטוח הבריאות הציבורי ככלל, ובמבוטחים בביטוח הפרטי בפרט. שיתוף פעולה שכזה מצריך בניית תשתית פורמאלית של שיתוף פעולה שתבטיח הפעלה תקינה של הליכי ההסדרה.

³⁸ בנושא הגדרת השוק שירותי בריאות פרטי והיבטים שונים של תחרות הקשורים בו

ראה לדוגמא (Oxera 2011). בנושא תחרות מנוהלת ראה K. Arrow.

³⁹ יש להדגיש את הבעייתיות הקיימת בהגדרת מהו 'השוק' בביטוח בריאות לעניין בחינת האפשרות, אם קיימת כזו, של הגבל עסקי (להרחבה בנושא זה- ראה גם - חורב, קידר 2012-טרם פורסם)

ה. מוקדי ההתערבות והאסדרה אפשריים בשוק ביטוחי הבריאות הפרטיים

כללי

כפי שצינו, בכל הקשור למוקדי ההתערבות של המדינה בשוק ביטוחי הבריאות הפרטיים במדינות השונות, קיים הבדל בין מדינות בהן חלק מהתושבים אינו כלול בסל הציבורי ומכוסה באופן מלא או חלקי באמצעות ביטוחים פרטיים חלופיים, לבין ביטוחים שבמהותם נועדו להיות מרחיבים או משפרים של סל ציבורי המכסה את כלל התושבים. לגבי הקבוצה הראשונה, קיים קונסנזוס באשר ליכולת ולצורך של המדינה להתערב באופן מהותי בשוק הביטוח כדי להבטיח בין היתר נגישות טובה לשירותי בריאות. ואכן סעיף 54.2 והחלטה 24 לדירקטיבה השלישית של האיחוד האירופאי ממחישים צעדים שמדינה יכולה לנקוט להסדרת מה שהוגדר כ'ביטוח בריאות שמהווה חלופה מלאה או חלקית לביטוח הבריאות הסוציאלי' ('partial or complete alternative'). אולם, אם נתבונן על המקובל ב'שטח' במדינות אחדות נמצא כי קיימות מדינות שלמרות ניסיון של הדירקטיבה לצמצם את ההתערבות המהותית רק למצבים אלה של כיסוי חלופי, ולהדגיש באחרים רק את האסדרה הפיננסית, בחרו חלק מהמדינות להנהיג גם בביטוח הפרטי המשלים-המרחיב והמשפר אסדרה מהותית, תוך קביעת כללים ו/או תמריצים שמאפשרים למשל את הנגשתם לציבור כגון הצטרפות 'פתוחה', community rating (בלגיה), וסבסוד פרמיות לבעלי הכנסות נמוכות (צרפת).

ההתערבות של הרגולטור יכולה לדוגמא להתמקד במוצר הביטוחי ובתעריפים (צד הביקוש) או בחברות המציעות את הביטוח (צד ההיצע). נסקור בקצרה מספר דוגמאות מתוך מגוון אפשרויות העומדות בפני הרגולטור (לאו דווקא בישראל) בנושא ביטוחי בריאות פרטיים. ברמת המוצר ניתן להציג למשל את האפשרות להכתבה של מוצרים כגון סל מינימום בביטוח הבריאות הפרטי- לרבות הכתבה של הגדרות אחדות- וכן בהגבלת כיסוי מסוים למתכונת של שירותים בעין⁴⁰ ולא בכסף (שני צעדים אלה מנגישים את השירותים, הצעד הראשון גם מעודד תחרות על מחירים). אפשרות אחרת היא איסור על הכללת מוצרים מסוימים בסל המשלים – דוגמאות לכך הן האיסור על הכללת כיסויים מסוג קיצור תורים ובחירת מנתח במדינות מסוימות והאיסור על הכללת תרופות מצילות ומארכיות חיים בתוכניות השב"ן בישראל. צורת מעורבות נוספת היא – שקיפות המידע לצרכנים והקמת גוף מרכזי המאפשר איסוף נתונים והשוואה בין מוצרים ומחירים. מחקרים^{41, 42} הוכיחו כי ליברליזציה של שוק הביטוח, מביאה לשונות גדולה מידי בין המוצרים בשוק הבריאות שאינה מאפשרת לצרכן לקבל החלטה מושכלת. ניסיון במדינות שונות הראה שבמצבים כאלה הצרכן משלם בדרך כלל מעבר למה שהיו צריכים ובמקרים רבים רוכשים פוליסות לא נכונות (אותן לא

⁴⁰ לגבי דרישה להתמקד בשירותים בעין, זו אכן אינה עולה בקנה אחד עם הסטנדרטים שהוצבו בדירקטיבה. רמז לכך ניתן לראות במכתב ששלח ב-2003 פ. בולקשטיין שהיה בשעתו ה- Commissioner for the Internal Market של EU) לשר הבריאות ההולנדי, בו הוא בחר להדגיש יותר את ההיבטים של תחרות בין חברות ביטוח הולנדיות לבין אחרות מאשר היבטים של social protection והגנת הצרכן.
⁴¹ דוגמת (Mossialos and Thomson, 2004)

⁴² UK, Office of Fair Trading, 2012

התכוונו לרכוש⁴³. חוסר האפשרות במצבים אלה של הצרכנים להשוות מוצרים ומחירים הומחש גם במחקרים של ה-OECD⁴⁴ והאיחוד האירופאי⁴⁵. מצב זה מביא לכך שתחרות בלתי מנוהלת בין מבטחים, לא רק שלא הורידה מחירים אלא אף תרמה להעלאתם, דבר שבא לידי ביטוי בין היתר בגידול שנתי מואץ בהוצאה לביטוחי בריאות בהשוואה לגידול בכלל ההוצאה על בריאות.

צריך להדגיש אם כן שבניגוד להשקפת העולם המקובלת בשווקים תחרותיים 'רגילים', בתחום זה של ביטוח בריאות עידוד תחרות בין חברות והסרת חסמים לתחרות כשלעצמם אינם בהכרח פועלים בסופו של יום להגנה על הצרכן, ולפחות ניתן לומר שבהם בלבד אין די כדי להגיע להגנה מספקת על הצרכן⁴⁶.

כפי שהובהר, ככל הידוע לנו אין כיום בישראל נתונים על מספר הפוליסות הממוצע במשק בית שרכש לפחות פוליסה אחת ועל המספר הממוצע של 'פוליסות' אדם/משק בית. לכן, לא ניתן להציג נתונים מספריים לגבי היקף התופעה. נראה אם כן שמצב זה הוא אחד התחומים בהם יכול רגולטור להתערב כדי להעמיק את ההגנה על הצרכן. זאת, מאחר ואין וודאות שבעת רכישה של פוליסות ביטוח בתחום הבריאות קיימים בידי הצרכן כלים מספיקים כדי לנתח אם והיכן קיימת חפיפה בין פוליסות הקיימות ברשותו, מהן זכויותיו כאשר חפיפה כזו אכן קיימת, האם גובה הפרמיות ביחס לתמורה המצטברת בכל הפוליסות אכן מוצדק, וכדו'. נראה אם כן שתחום המידע הוא אחד התחומים בהם יכול וצריך הרגולטור להתערב כדי להעמיק את ההגנה על הצרכן. הן כדי להרחיב את בסיס הידע של הרגולטור עצמו והן כדי לפעול לשיפור המידע לצרכן ולהעצמתו כאמצעי לקידום רכישה מושכלת של מוצרי ביטוח.

מוקדי התערבות אפשריים נוספים נוגעים לשליטה בביקושים – היינו, צעדים למניעת סיכון מוסרי (moral hazard) מצד הצרכן, כגון קביעת רף מינימום או מקסימום של השתתפות עצמית בביטוחים מסוימים.

בין מוקדי ההתערבות המקובלים בחלק מהמדינות ניתן להצביע גם על כאלה אשר קשורים לצד ההיצע. בין אלה, ניתן להזכיר את נושא הסלקטיביות של המדינה בבחירת מבטחים שעיסוקם בביטוחי בריאות – היינו, הצבת דרישות מקדימות כגון ניסיון והתמחות מוכחת של המבטח בתחום הבריאות או הגבלה למבטח אחד או לנותן השירות הציבורי (קופות חולים). יש להדגיש שנראה כי אלה, אינם עולים בקנה אחד עם דרישות הדירקטיבה. יתר על כן, הפרשנות המקובלת דוגלת באחידות בדרישות ובסטנדרטים הנדרשים מספקי הביטוח ורואה בגופים המוכרים ביטוח משלים וולנטרי שהינם גם נותני שירות בסל הבסיסי, ככפופים לעניין הביטוח המשלים לאותם כללים כמו

⁴³ UK, Office of Fair Trading 1998

⁴⁴ OECD, 2001

⁴⁵ EU, 2009

⁴⁶ בהקשר לסוגיות הנוגעות להגנה על הצרכן, ראוי להזכיר את ההשפעות הקיימות בין שתי המערכות (הפרטית והציבורית) ולהבהיר שחשוב להביא בחשבון לא רק את הצורך בהגנה על ה'צרכן' שרוכש ביטוח פרטי. התערבות המדינה במערכת הביטוחים הפרטיים צריכה להביא בחשבון גם את ההגנה לה זקוק ה'צרכן' של מערכת הבריאות הציבורית. זה שעלול להינזק מתופעות שליליות שהינן תוצאה מתהליכים שמקורם במעשה או מחלל הקשורים להסדרה של מערך הביטוחים הפרטיים.

חברות ביטוח המספקות ביטוחי בריאות, לרבות לעניין כושר פירעון, דרישות הון וכדו' (ראה דוגמת אירלנד- שם הם גם קיבלו היתר למכור באמצעות חברות בת מוצרי ביטוח נוספים, מלבד בריאות). בכל מקרה, לאחרונה בפרויקט 'Solvency 2' של EU, האיחוד משתחרר מדרישותיו לאחידות שהוא כפה בעניין זה והוא נותן אפשרות לדרישות Solvency המותאמות לסיכון הכלכלי שלוקח הארגון.

מוקד ההתערבות נוסף הנהוג בחלק מהמדינות ונוגע לצד ההיצע הוא הקלות במיסוי לחברות המציעות פוליסות העומדות בסטנדרטים מסוימים (קרדיטציה), בין אם אלה נוגעים להנגשת השירות או לאסדרה פיננסית. לעיתים מתבצעת בעניין זה העדפה בהקלות לחברות ללא כוונת רווח. גם כאן הפרשנות המקובלת במדינות האיחוד האירופאי היא לא לבצע הפרדה בין גופים ללא מטרות רווח לגופים עם כוונת רווח. עם זאת, נראה כי הפרדה לפי מטרות שונות של הביטוח ולפי הבדלים בכללי הפעילות, מאפשרים התייחסות שונה להקלות מס לטובת גופים המנגישים שירותי בריאות באמצעות הצטרפות פתוחה, ללא חיתום, לכל החיים, ופרמיות שהן community-rated.

הדוגמאות שהוזכרו לעיל חורגות מגדר של אסדרה פיננסית. הן נועדו להמחיש מעט ממגוון הכלים העומדים לרשות רגולטור בביטוחי בריאות פרטיים ואין בהצגתן בפרק זה כדי לשמש כהמלצות ליישום בישראל. עם זאת, ראוי לציין פעם נוספת כי בספרות המקצועית העוסקת בכך⁴⁷ מודגש שאסדרה פיננסית אינה מהווה הגנה מספקת על הצרכן בביטוחי בריאות. מודגש שם הצורך באסדרה מהותית (אם כי במסגרת ה-EU הודגש שיתכן שקיים קושי פוליטי בהעברת החלטה שכזו, כהחלטה מחייבת למדינות הארגון). הם מצביעים על אותו פתח אשר קיים בדירקטיבה המאפשר למדינות לבצע אסדרה מהותית בתוך המסגרת שנקבעה על בדירקטיבה עם מרחב מסוים של פרשנות ושיקול דעת שניתן למדינות. המלצותיהם בתחומים כגון הגברת האסדרה כך שתכלול גם את אופן השיווק של מוצרי הביטוח בבריאות וצעדים הנוגעים לשקיפות המידע לצרכנים הן דוגמאות להדגשה הניתנת על ידם לצורך בהרחבת האסדרה המהותית.

גישות והשקפות באסדרת שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל

ההתלבטות הקיימת כיום בין מדינות ה-EU בהקשר ליישום כללי הדירקטיבה השלישית של הארגון, משתקפת גם במגוון הדעות והשקפות העולם השונות הקיימות בנושא זה בישראל, לרבות אלה של אגף שוק ההון הביטוח והחיסכון במשרד האוצר מחד, ושל משרד הבריאות מאידך. מחוזי המפקח על הביטוח שהופצו בשנים האחרונות עולה כי גם אם בעבר טופלו במסגרת האסדרה גם נושאים שבמהות הביטוח והמוצר הביטוחי, נראה כי האסדרה הנקטת בשנים האחרונות מתמקדת בעיקר באסדרה פיננסית, תוך ניסיון להתמקד בסוגיות חשובות כגון solvency ופחות מכך בסוגיות שקשורות למוצרים עצמם ולסביבת המאקרו בתוכה פועלת המערכת. דוגמא לכך ניתן לראות

⁴⁷ ראה לדוגמא (Thomson & Morrialos, 2009)

בכוונה לצמצם את הצורך באישור מקדים טרם הוצאת פוליסות בריאות חדשות ולצמצם את מעורבותו בהכתבת הגדרות אחידות ומחייבות (לדוגמא בפוליסות 'מחלות קשות')⁴⁸.

מאידך, לאור המורכבות ו'כשל השוק' הקיימים בתחום ביטוחי הבריאות לדעתנו אין ספק כי הגנה על הצרכן דורשת הרחבת האסדרה מעבר לאסדרה פיננסית. משרד הבריאות דוגל באסדרה מהותית (material regulation), רחבה יותר מזו הקיימת כיום, אשר תאפשר הגנה טובה יותר על הצרכן ומאפשרת שליטה טובה יותר בממשק בין המערכת הציבורית והפרטית. למען הסר ספק, המשרד לא דוגל בצעדי אסדרה חריפים דוגמת פיקוח קפדני על מחירים ומוצרים, אולם הצורך בהגנה על הצרכן בשוק ביטוחי הבריאות, וכן הצורך בהתייחסות לקשרי הגומלין שקיימים בין המערכת הביטוחית המסחרית לבין הציבורית בתחום הבריאות, מחייבים לדעתו אסדרה אקטיבית. במקרה זה ריבוי מוצרים בשוק ללא בקרה מצד הרגולטור לא יביאו לתחרות ממנה יחנה הצרכן. מגוון מוצרים לאו דווקא משכלל את השוק בכלכלת בריאות: מאפייני שוק ביטוחי זה לא יאפשרו לצרכן לעשות החלטה מושכלת. השוק לא יתנהג כשוק משוכלל, תעריפי הביטוח יעלו, חלק מהצרכנים שיושפעו מגורמי תיווך שונים עלולים להמשיך לרכוש מוצרים ללא הבנה מספקת וישלמו למעלה מצורכיהם, ההוצאה הלאומית תמשיך לגדול, וכל זאת - ללא יתרון בריאותי מוכח. כפי שהראנו מדיניות של אסדרה מהותית הוא צורך שעולה גם על ידי מדינות אחרות הדוגלות בעקרונות חברתיים במערכת הבריאות.

המשרד אינו רואה עצמו כגורם שאמור לבצע את האסדרה. הוא שואף להיות גורם מייעץ ומשפיע כך שהאסדרה תאחד עקרונות חשובים של אסדרה פיננסית עם עקרונות חברתיים בכוונה להגן על הצרכן הן בעולם של הביטוח הפרטי והן של הצרכן במערכת הבריאות הציבורית.

דוגמאות לפעילות שבוצעה בשנים האחרונות על ידי המפקח על הביטוח

למען הסר ספק, יובהר כי במהלך השנים אכן ניתן היה לראות בחוזרי המפקח על הביטוח במשרד האוצר התייחסות משמעותית, ולו אף חלקית, לנושאים שבתחום אסדרה מהותית בביטוחי הבריאות. דוגמאות לכך ניתן לראות בחוזר הקודם של 'הגדרת מחלות קשות'⁴⁹ והגדרת 'מקרה הביטוח' בביטוח סיעודי⁵⁰, (2003), ב'הוצאות רכישה נדחות' בענף ביטוח מפני מחלות ואשפוז⁵¹ וב'החלפת פוליסות ביטוח חיים ובריאות'⁵², בביטוח סיעודי קבוצתי⁵³, בהגדרה של פרוצדורות רפואיות בביטוחי בריאות⁵⁴ (2004), מדריך לקונה בביטוחי סיעוד⁵⁵ (2006), מתן כיסוי לתרופות

⁴⁸ ראה טיוטת חוזר המפקח על הביטוח, מיום 16.7.12 בנושא 'עריכת תוכנית לביטוח מחלות קשות' 2012-51

⁴⁹ חוזר מס' 2003/16 מיום 2.12.03

⁵⁰ חוזר מס' 2003/9 מיום 14.4.03

⁵¹ חוזר מס' 2004/7 מיום 3.3.04

⁵² חוזר מס' 2004/10 מיום 1.4.04

⁵³ חוזר מס' 2004/11 מיום 29.4.04

⁵⁴ חוזר מס' 2004/20 מיום 12.10.04

⁵⁵ חוזר מס' 2006-1-15 מיום 5.10.06

במסגרת הכיסוי לביצוע ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים⁵⁶ (2008). ב- 2009 יצאו חוזרים בהקשר של כיסוי ביטוחי להשתלות⁵⁷, דיווח שנתי למבוטחים⁵⁸, וביטוח סיעוד קבוצתי⁵⁹. החוזרים האמורים אכן התייחסו גם לנושאים שבמהות הביטוח והם הוצאו בנוסף לחוזרים שעסקו בצדדים הפיננסיים והאקטוארים של תחום זה⁶⁰. עם זאת, להבנתנו, הם עסקו בנושאים הקשורים להגנה על הצרכן בממד הצר של המושג כפי שהוא משתקף בעולם הביטוח הפרטי וגם בו לא היתה התייחסות לסוגיות מסוימות כגון משמעות כפל הביטוח מהיבט הצרכן. לא נראה שהיתה במהלך השנים התייחסות מספקת לאסדרה שבבסיסה הסתכלות מאקרו ותכליתה מניעת השפעה שלילית על המערכת הציבורית בפרט וניתוח משמעויות בין-מערכתיות, ככלל וממילא גם לא הוקם לצורך כך מסד קבוע של שיתוף פעולה בין המשרדים הרלוונטים. בשנים האחרונות התמעטו עוד יותר ההתייחסות לנושאים שאינם פיננסיים. בשנת 2011 יצא חוזר בנושא פירוט תגמולי הביטוח בתוכניות לביטוח בריאות⁶¹ הנוגע לגילוי נאות בעניין תגמולי ביטוח מרביים שאינם בערך נקוב וכן נייר עמדה⁶² בו מעוגנת הזכות של המבוטח בפוליסת פרט בפרמיה קבועה הכוללת כיסוי לניתוחים בישראל, לקבל פיצוי בגין עודף פרמיות כשהפוליסה מבוטלת. ב-2012 יצאו חוזר ביטוח שיניים⁶³ וחוזר עריכת תוכנית בביטוח סיעודי⁶⁴. ככל הידוע לנו, בימים אלה מתבצעת במשרד המפקח על הביטוח גם עבודת מטה לחידוש מדריכי צרכן בבריאות ובסיעוד וכן עבודת מטה מקיפה על קודקס הרגולציה העתידית, אך עד כה טיוטת פרק הבריאות טרם הועברה לעיונו של משרד הבריאות. מחד, מדובר אכן בפעילות אסדרה נרחבת שיושמה במהלך השנים. מנגד, מסתמנת מגמה של צמצום המעורבות של המפקח על הביטוח בתחום זה של ביטוחי בריאות. נציג שתי דוגמאות להמחשת נושא זה - וועדת שרים לענייני חקיקה אישרה לאחרונה (ביום 29 במאי 2012) טיוטת תזכיר החוק בנושא "הנהגת תוכניות ביטוח ותקנוני פנסיה וגמל" שמבטלת למעשה את הצורך בקבלת אישור מראש של המפקח לשיווק פוליסות חדשות בתחומי ביטוח שונים, לרבות בענף ביטוחי הבריאות⁶⁵ ומעבירה את האחריות על המוצר מהגורם הממשלתי המסדיר לחברת הביטוח (רגולציה עצמית של החברות)⁶⁶. דוגמא שנייה - ביטול המדיניות הקודמת של המפקח על הביטוח בעניין הגדרות מחייבות וסטנדרטיות של מחלות ופרוצדורות בפוליסות 'מחלות קשות'⁶⁷. יתכן גם שביטוי למגמה זו של העברת האחריות מהרגולטור הממשלתי לחברות הביטוח תמצא בעתיד הקרוב את ביטוייה

⁵⁶ חוזר מס' 2008-1-6 מיום 21.7.08

⁵⁷ חוזר מס' 2009-1-1 מיום 14.1.09

⁵⁸ חוזר מס' 2009-1-9 מיום 24.6.09

⁵⁹ חוזר מס' 2009-1-18 מיום 28.12.09

⁶⁰ לרבות כאלה הקשורים לקשר בין מבטח לבעל פוליסה - כגון 'מידע לבעל פוליסה' חוזר מס' 2009-171.

⁶¹ חוזר מס' 2011-1-2 מיום 2.8.11

⁶² סימוכין שה. 2011-29994 מיום 7.8.11

⁶³ חוזר מס' 2012-1-4 מיום 19.6.12

⁶⁴ חוזר מס' 2012-1-1 מיום 12.3.12

⁶⁵ החובה היא רק ליידיע 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 המפקח על הביטוח

⁶⁶ ברוח סעיף 181 לדירקטיבה שהוזכר לעיל

⁶⁷ ראה טיוטת חוזר 'עריכת תוכנית לביטוח מחלות קשות' 2012-51 מיום 16.7.12

גם בקודקס הרגולציה העתידי שמגובש בימים אלה במשרד האוצר ואשר טרם הועבר לעיונו של משרד הבריאות⁶⁸. ככל הנראה מדובר במדיניות כוללת בתחומי הביטוח והשאלה היא אם מדיניות זו תיושם, כפי שהיא, גם בתחום ביטוחי הבריאות, על אף ייחודו ורמת מורכבותו של ענף זה והשפעתו על מערכת הבריאות הציבורית.

פעילות של משרד הבריאות כסיוע לאסדרת ביטוחי הבריאות הפרטיים

ככלל, המשרד רואה לנגד עיניו את ייחודיותו ומורכבותו של שוק ביטוחי הבריאות בישראל ופועל לקדם את האסדרה המהותית של תחום הביטוח הבריאות הפרטי בישראל. מדינת ישראל אינה חברה באיחוד האירופי, והדירקטיבה שרואה מול עיניה מטרות כלל-אירופאיות של מדינות האיחוד, מטרות רחבות שכלל הנראה גם חורגות מתחום הביטוח ככלל וביטוח הבריאות בפרט (דוגמת סחר חופשי בין מדינות הארגון), אינה מחייבת את ישראל.

הפעילות של משרד הבריאות מול המפקח על הביטוח התמקדה עד כה במספר תחומים. בחלקם שיתוף הפעולה היה מוצלח כגון סיוע בניסוח "מדריכים לצרכן" בביטוחי בריאות ובסיעוד וכן שיתוף פעולה בהבניית רשימת פרוצדורות בביטוחי שיניים. מאידך, לא צלחו עד כה ניסיונות לבנות שיתוף פעולה בתחומים כגון - ניסיון לפתח מודל שיביא ליצירת רציפות ביטוחית בביטוחי סיעוד של קופות החולים (Portability); פנייה לקבלת טיוטת קודקס הרגולציה העתידית לשם העברת התייחסות מראש טרם הפצה לגופים המוסדיים; התייחסות לעמדות שהובעו בנייר עמדה מפורט שהוציא בזמנו המשרד טרם הפצת תקנות בעניין ביטוחי בריאות קבוצתיים⁶⁹; התייחסות לעמדות המשרד כפי שהובעו בנייר עמדה מקיף שהועבר למפקח על הביטוח בעניין הגדרת רף מינימום, כיווני אסדרה רצויים, ושיפור הגדרות רפואיות וביטוחיות בפוליסות "מחלות קשות".

האתגרים העומדים לפתחו של משרד הבריאות, כיום ובעתיד, הינם "להצליח" לבנות ממשק שיאפשר שיתוף פעולה טוב יותר עם המפקח על הביטוח ולהביא לשינוי באותם נושאים בהם לא צלח עד כה ניסיון להשפיע ולשתף פעולה ואחרים אשר מפורטים להלן במסמך זה.

1. המלצות וכיווני התערבות אפשריים

כיוונים כלליים

באופן כללי ניתן לכנס את המלצותינו לגבי מוקדי התערבות אפשריים תחת הנושאים הבאים:

1. הכנסת גורמים נוספים כמיעצים לאסדרה לצד המפקח על הביטוח (משרד הבריאות ואולי אף אגף התקציבים האוצר);
2. חיזוק מעורבות ממשד הבריאות באסדרת שוק ביטוחי הבריאות;

⁶⁸ בקשה ממשרד הבריאות למפקח על הביטוח לקבל מראש את הטיוטה של פרק הבריאות בקודקס האמור לשם העברת התייחסותו, טרם הפצתה לגופים המוסדיים, הושבה בשלילה

⁶⁹ תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי) התשס"ט 2009

3. טיפול משמעותי במרכיבי כשל השוק הקיים שתוארו במסמך זה ;
4. חיזוק ההגנה על הצרכן בביטוחי הבריאות לסוגיהם ;
5. מיסוד חלוקה ברורה בין עולם התוכן (הכיסויים המותרים) בשוק הביטוח המסחרי לבין זה הקיים במערכת הציבורית (סל בסיסי ושבי"ן) ובחינת הצורך והמשמעות של הגבלת כיסויים ביטוחיים מסוימים (בשני השווקים) ;
6. דגש על אסדרה למניעת 'כפל ביטוח' ועידוד צרכנות נבונה ;
7. מניעת השפעות שליליות של הביטוחים על המערכת הציבורית והמשך חיזוק המערכת הציבורית. הגברת השקיפות במידע שנמסר מחברות הביטוח למשרדי הממשלה ולציבור הרחב.
8. הגברת השקיפות למבוטח אודות הפוליסות אותן הוא רכש מחברות הביטוח ומידע כללי אודות שוק הביטוח בכללותו.
9. בחינת הריכוזיות בביטוחי בריאות וסיעוד קבוצתיים ;

תחומי התערבות ספציפיים

היבטים ארגוניים

1. הקמת וועדה משותפת (מתמדת) לאגף התקציבים במשרד האוצר, למשרד הבריאות ולאגף שוק ההון הביטוח והחיסכון לבחינת השפעות בין-מערכתיות בתחום ביטוחי הבריאות הפרטיים, לבחינת אסדרת שוק ביטוחי הבריאות והסיעוד בישראל. הצוות יבחן את ההיבטים השונים של הפיקוח הממשלתי לרבות אסדרה, רישוי ופיקוח, תוך מגמה לספק הגנה מירבית לצרכן ותמורה הוגנת להשקעתו ויבחן את הצורך בעדכון התשתית החוקית הקיימת לצורך אסדרה משתפת. הצוות יצביע על מוקדי התערבות, ככל שיוחלט שזו אכן שנדרשת.
2. בחינת האפשרות שוועדה שכזו תפעל גם באופן שוטף כוועדה מייעצת למפקח על הביטוח.
3. איסור קיומו של קשר בין חברת ביטוח/סוכנות ביטוח לבין קופת חולים, לרבות לעניין ניהול תביעות עבורה.
4. איסור שיווק של מוצרי ביטוח פרטיים המכסים שירותים פרטיים הן חלופיים והן מרחיבים הניתנים בבתי חולים ציבוריים.
5. בחינת הצורך בעדכון התשתית החוקית הרלוונטית בהקשר של ממשקים בין המערכות וחבות משותפת של ארגונים הפועלים במערכות השונות (פרטי וציבורי) מכוח תשתית חוקית ייעודית, שאיננה זהה.
6. איסור על קיומן של פוליסות בריאות קבוצתיות בבעלות של קופות החולים והתייחסות ייחודית לפוליסות הסיעוד שבבעלותן (כגון בחינת אפשרות להחלת כללים של הצטרפות פתוחה, חלוקת תיק ביטוח גדול בין מספר מבטחים וכד').

כיווני פעולה אפשריים בהיבט ההגנה על הצרכן

1. כיסוי ביטוחי:

- א. בכל הקשור לכיסויים המוצעים בפוליסות ביטוחי הבריאות הפרטיים, ביטול האפשרות לחברת הביטוח למתן פיצוי כספי בגין שירות רפואי הכלול בפוליסה, כחלופה לאספקת שירותים בעין ו/או לשיפוי שהובטחו למבוטח מכוח אותה פוליסה⁷⁰.
- ב. בפוליסות מהשקל הראשון, בכל מצב בו חברת הביטוח מספקת שירות הכלול בסל הבריאות היא תכסה את עלותו מהשקל הראשון (עד לתקרת ההוצאה אליה התחייבה בפוליסה) ולא תוכל להתנות את התגמול שלה במיצוי זכויות מהסל הבסיסי או מהשב"ן.
- ג. בחינת המשמעויות של הגבלת כיסויים מסוג קיצור תורים ובחירת מנתח הן במסגרת פוליסות ביטוחי הבריאות המסחריות והן בשב"ן.
- ד. בחינת האפשרות ששירותי בריאות, בין כאלה הכלולים בסל ובין שאינם בסל, אשר ניתנים במסגרת בתי חולים ציבוריים, לא יכוסו במסגרת פוליסות בריאות.
- ה. "כתבי שירות" - הוצאת כתבי השירות מתוך הפוליסה. איסור על פעילות של חברות ביטוח בתחום זה או הגדרת כללים לגילוי נאות בתחום זה (מחוץ לפוליסה).
- ו. קביעת הגדרות של מחלות ושל הגבלות הקשורות אליהן הקיימות בפוליסות הביטוח, במשותף בין שני המשרדים, וקידום האחידות של ההגדרות הרפואיות בין הפוליסות והגברת הפיקוח בתחום זה.
- ז. במצבים של אירועים נדירים יחסית, גילוי נאות לצרכן של שכיחות/הסיכוי להתקיימותו של מקרה הביטוח.
- ח. השלמת מדריך לצרכן ופיתוח מנועי השוואה שיוצגו באתר האינטרנט של משרד הבריאות והאוצר.
- ט. פעילות לשינוי עמדת המפקח לצמצום מעורבותו באסדרת ביטוחי בריאות ככלל, ובפוליסות 'מחלות קשות' בפרט.
- י. בחינת האפשרות לאסור בפוליסות פרטיות כיסוי של השתתפויות עצמיות שנקבעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוחו.

⁷⁰ בפוליסות מה'שקל הראשון' אשר מתנות את הפיצוי במימוש השירות באמצעות קופה/שב"ן

2. המשכיות ורציפות

- א. לצורך שמירה על רציפות זכויות בביטוח הסיעודי בעת מעבר בין קופות החולים – הכללת הסדר של ניידות (portability) בביטוח הסיעוד הקבוצתי שבבעלות קופות החולים.
- ב. פתרון לבעיית ה"נושרים" מהפוליסות עקב עלייה תלולה מידי בתעריפי הביטוח הסיעודי (בעלי וותק של 5 שנים בפוליסה). לדוגמא הקניית ערכי סילוק/פדיון בפוליסות הסיעוד של קופות החולים ו/או אפשרות ל-downgrading בתוך הפוליסה הקבוצתית.

3. מידע וגילוי נאות

- א. **מיסוד מאגר מידע מרכזי** אודות פוליסות לפי ת.ז. של מבטחים (ינוהל בצד ג' כלשהו); שקיפות של **מידע כגון מספר מבטחים**, כפל ביטוח, מספר תביעות לפי כיסויים; שיעור תביעות שנדחו; ושיגור הודעה **שנתית בדבר כפל ביטוח** בפוליסות המצויות ברשות המבוטח (לפי קבוצות כיסוי: לדוגמא- הוצאות רפואיות, מחלות קשות, שיניים וכדו').
- ב. בניית **מנועי השוואה אינטרנטיים** דוגמת גמל-נט לשם העצמת המבוטח ויכולתו לבצע השוואות בין מוצרי הביטוח.
- ג. בדיקת האפשרות לפיתוח של תחום מקצועי- יועץ ביטוחי בריאות (בשונה מסוכן ביטוח) כמקובל בתחום של הייעוץ הפנסיוני
- ד. פרסום מידע בדוחות השנתיים של המפקח על הביטוח אודות יחס תביעות, הוצאות הנהלה וכלליות, עמלות לסוכנים בביטוחי הבריאות לסוגיהן, לפי סוגי פוליסות וחברות.
- ה. פרסום מידע בטבלת גילוי נאות של פוליסות 'מחלות קשות' אודות שכיחות צפויה של כל אחת מהמחלות, בהתאם להגדרתן בפוליסה.

יציבות פיננסית והיבטים כלכליים של השוק

- קביעת רף תחתון של Loss ratio בביטוחי בריאות וסיעוד קבוצתיים ואישיים.
- הגדרה בחוק של מעמד הקופה מול חברת הביטוח לשם חלוקה צודקת של ההוצאות בין ה"חייבים" (כל עוד קיימים כיסויים "חלופיים" המותנים במימוש השב"ן).

סיכום

ההוצאה הלאומית על בריאות גדלה והולכת וחלק המימון הפרטי בהוצאה זו גדל גם הוא. קיומו של שוק ביטוח בריאות פרטי בישראל, כמדינה מערבית הדוגלת בחופש בחירה של מבוטחים, הוא חיוני. אולם המאפיינים הייחודיים של שוק ביטוח הבריאות מחייבים אסדרה שונה, ומידה הולמת של מעורבות ממשלתית. אסדרה שאינה דומה בהכרח לזו המתבצעת כיום בביטוחי הבריאות הפרטיים, וודאי שלא כזו המקובלת בתחומי ביטוח אחרים. עקב יחסי הגומלין בין מערכת הבריאות הציבורית לשוק ביטוחי הבריאות חייבת האסדרה להתבצע תוך שיתוף של גורמים להם קיימת ראיית מאקרו של מערכת הבריאות, על היבטיה השונים. כיום, קיימים הבדלים לא מעטים באשר לאופן בו פועלים שני המשרדים (משרד הבריאות מחד והממונה על שוק ההון הביטוח והחיסכון במשרד האוצר מאידך) בתחום של ביטוחי הבריאות הפרטיים לסוגיהם. ההבדלים מתמקדים בעיקר בנקודות הבאות: ההתייחסות לעקרונות חברתיים/מסחריים שאמורים לפעול בשוק זה; ההתייחסות ל"השפעות רוחב" בין מערכות; היקף המעורבות הממשלתית הנדרשת לצורך העמקת ההגנה על הצרכן; התשתית המשפטית והחקיקה הייעודית; הערכאות השיפוטיות והדרך בה פסיקות משפיעות על כיוון הפעולה של הרגולטור; ואופן ההתייחסות לשאלת קיומו/אי קיומו של "כשל שוק" והטיפול בו. הדירקטיבה האירופית שנועדה, בין היתר, לסייע בפיתוח סחר חופשי בין המדינות החברות באיחוד האירופי (לרבות בהקשר של פעילות חברות ביטוח), להסיר חסמים אפשריים בפעילות הסחר שבין מדינות ה-EU, ולעודד תחרות בין המבטחים באירופה ככלל, הדגישה בעבר בעיקר אסדרה פיננסית בביטוחי בריאות פרטיים. אולם, המחיר של הדגשת יתר של סוג זה של אסדרה עלול להיות פגיעה בעקרונות חברתיים וסיכון למערכת הבריאות הציבורית. לא כל המדינות מוכנות לשלם במטבע זה ולכן היישום של הדירקטיבה נתקל בהתנגדות מצד מדינות שבמקרים רבים נתנו פרשנות משלהם לעקרונות שצריכים לעמוד בבסיס ביטוחי הבריאות- תוך הדגשת התפקיד שממלאים ביטוחי הבריאות בהקשרים של - social protection.

ישראל אינה מחויבת לדירקטיבה מאחר והיא איננה חברה ב-EU. היא לא תהנה מיתרונות שיושגו בהקשר של סחר חופשי בין מדינות האיחוד האירופי ושיתוף הפעולה המתקיים בינו. מאידך, אם היא תאמץ באופן בלתי מבוקר עקרונות שהותוו בדירקטיבה, תוך התמקדות באסדרה פיננסית, היא עלולה לשלם על כך ב'מטבע' בעלת ערך רב לחברה הישראלית - פגיעה בעקרונות של סולידריות חברתית והעמקת פערים חברתיים-כלכליים ככלל ובמערכת הבריאות הציבורית בפרט. עקרונות אלה הם הליבה והבסיס של מערכת הבריאות בישראל ומעורבות אקטיבית שנועדה לשמר עקרונות אלה צריכה לקבל העדפה בכל ממשק של מערכת זו עם מערכות אחרות, גם אם הן פרטיות ומשלימות שירותים חיוניים שמגבלת התקציב הציבורי לא אפשרה להכלילם בסל הבריאות הממלכתי. קיימים עדיין מוקדים רבים שלדעתנו מחייבים התערבות כדי להגן על המערכת הציבורית ככלל ועל הצרכן כפרט.

עד כה, טרם הגענו למידה מספקת של שיתוף פעולה עם המפקח על הביטוח. האתגר העומד לפתחנו הוא מציאת דרך הגישור שתאפשר שיתוף פעולה בין המשרדים ופעילות משותפת שתכליתה הגנה

על הצרכן ואסדרה מיטבית של השוק, תוך קביעת הקו הראוי שבין מעורבות ממשלתית מוצדקת לבין אחריות אישית וחופש בחירה של הצרכן. כל זאת, כדי להביא למצב בו הצרכן יחוש מוגן, יקבל מידע שיאפשר החלטה רציונאלית ויקבל תמורה הוגנת לכספו. להערכתנו, לאחרונה זוכה נושא זה להבנה באגף התקציבים במשרד האוצר, המורגל בראיית מאקרו של מערכות חברתיות. הבנה שכזו יכולה לסמן תחילתו של סיכוי ליצירת שינוי מהותי, ובלבד שההסכמות יבואו לידי ביטוי בחקיקה ובתקנות ייעודיות, באופן שיעגן מתכונת מחודשת של אסדרה מהותית בביטוחי הבריאות הפרטיים. אסדרה שתתמקד בנקודות שהועלו בתמצית בנייר הנוכחי ותיושם באמצעות הסדר בר-קיימא לשנים הבאות.

References

1. Arrow, K. J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, **53** (5): 941–973.1963.
2. Arrow K. J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care: Reply. *American Economic Review* 55(1):154-7. 1965.
3. European Union. Council Directive 92/49/EEC of 18 June 1992 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and amending Directives 73/239/EEC and 88/357/EEC (third non-life insurance Directive)- consolidate version - 1992L0049— EN— 21.03.2008 — 007.001— 1.
4. European Union. Directive 2009/138/EC of the European Parliament and of the Council, on the taking-up and pursuit of the business of Insurance and Reinsurance. 25 November 2009. (Solvency II). (recast). (Text with EEA relevance). Official Journal of the European Union. December 17, 2009.
5. Glied SA. Health Insurance and the Market Failure since Arrow. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 26(5).2001.
6. Horev T., Kaidar N. The impact of increased expenditure on health insurance on the individual burden of financing healthcare expenditures (unpublished)
7. Kaiser (2012). The Henry J. Kaiser Family Foundation. Focus on Health Reform. Explaining health care reform. MLR. February, 2012.
<http://www.kff.org/healthreform/upload/8282.pdf>
8. Mossialos E. Thomson A. Voluntary health insurance in European Union. In.: World Health Organization, Copenhagen, 2004
9. OECD. Private Health Insurance in OECD Countries: Compilation of National Reports. Insurance Committee Secretariat. OECD 2001.
10. OECD Health data 2011
11. OXERA. Techniques for defining markets for private healthcare in UK. Literature review. Prepared for Office for Fair Trading. Oxera consulting Ltd. Nov. 2011.
12. Thomson S., Mossialos E. Private health insurance in the European Union. Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. London 2009.
13. UK. Office of Fair Trading (1998). Health insurance: a second report by the Office of Fair Trading. London, Office of Fair Trading.
14. UK, Office of Fair Trading. Private Healthcare Market Study: Report on the market study and final decision to make a market investigation reference. April 2012

15. US. The Patient Protection and Affordable Care Act. PUBLIC LAW 111–148—MAR. 23, 2010 124 STAT. 119
16. US (2012). Medical Loss Ratio: Getting your money's worth on health insurance.
<http://www.healthcare.gov/news/factsheets/2010/11/medical-loss-ratio.html>
17. Yates J. Private eye, heart and hip. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1995.
18. חורב ט, קידר נ, הרשקוביץ ע. ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד. מתווה לרפורמה. משרד הבריאות. יולי, 2011.
19. חורב ט, קידר נ, יחס תביעות ורמת רווחיות בשוק ביטוחי הבריאות הפרטיים. משרד הבריאות (2012, טרם פורסם).
20. ברמלי גרינברג ש, גרוס ר, יאיר י, עקיבא א. דעת הציבור על רמות השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשנים קודמות. מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, דמ-11-587, ירושלים 2011.
21. ברמלי-גרינברג ש. ביטוח סיעודי פרטי והמימון הציבורי לאשפוז סיעודי – מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים 2011.