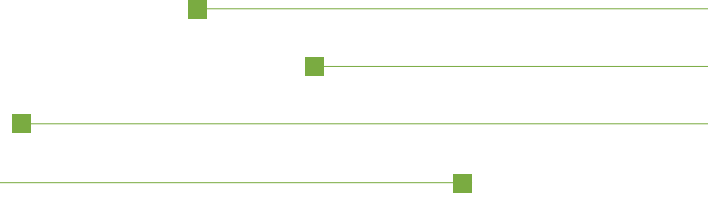




רשות שוק ההון
ביטוח וחסכון



סקירת עומק

הרפורמה בביטוחי הבריאות



הרפורמה בביטוחי הבריאות

תקציר מנהלים

בשנת 2016 הוחלה רפורמה בשוק ביטוחי הבריאות בישראל שכללה את כיסויי ההוצאות הרפואיות והמחלות הקשות ועיקריה:

- הנהגת פוליסה אחידה ומשופרת לביטוח ניתוחים;
 - מתן אפשרות לרכוש כיסויי ביטוח בנפרד;
 - הפיכת הפוליסה למתעדכנת בהתאם לשינויים בשוק הבריאות;
 - הקמת מחשבון להשוואת ביטוחי בריאות¹.
- הסיבות העיקריות שהובילו לרפורמה היו כשלים שנמצאו בשוק ביטוחי הבריאות הפרטיים ועיקריהם:
- קושי בהבנת הפוליסות וביכולת להשוות תנאי פוליסה אחת לאחרת;
 - חסמי מעבר בין חברות;
 - תחרות בין חברות הביטוח על גורמי ההפצה ולא על המבוטחים;
 - תנאי הפוליסה "מתיישנים" לאורך השנים;
 - שיווק בחבילות של מספר כיסויים ביטוחיים (bundle).

בנייר זה אנו מנתחים ממצאים ראשוניים על השלכות הרפורמה בשוק ביטוחי הבריאות. בניית התמקדנו בשלושה נושאים - שיעור החדירה של הפוליסות החדשות, שינוי בפרמיה ושינוי בכיסוי בשלושת הביטוחים העיקריים בשוק ההוצאות הרפואיות - תרופות, השתלות וניתוחים בישראל.

מהניתוח עולה כי בתום שנתיים לרפורמה, למעל 20% מהמבוטחים יש פוליסות חדשות שהופקו לאחר כניסת הרפורמה לתוקף. בנוסף, מצאנו ירידה בפרמיות הנגבות מהמבוטחים, בשיעורים משמעותיים המגיעים עד ל 1,000 ₪ בשנה למבוטח בביטוח ניתוחים ועד 340 ₪ בשנה למבוטח בביטוח השתלות ותרופות. גם הפרמיות לאחר הנחות הניתנות בשנים הראשונות לחיי הפוליסה הוזלו. כמו כן, נוספו כיסויים ושיפורים בפוליסות שונות ללא שינוי בפרמיה, למשל הוספת כיסויים לבדיקה גנומית והרחבת תקרת הכיסוי בפוליסות תרופות, הוספת כיסוי לביופסיה והסרת חריג במקרה של מחלת נפש.

¹ <https://briut.cma.gov.il/>



רקע

במסגרת בחינת שוק ביטוחי הבריאות שכלל בחינת התוצאות העסקיות של חברות הביטוח בתחום הבריאות לאורך השנים, בחינת הפוליסות, תלונות של מבוטחים וביקורות שנגערכו בחברות השונות, זוהו מספר כשלים מרכזיים בתחום ביטוח הבריאות שהובילו את רשות שוק ההון לבצע בפברואר 2016 רפורמה בתחום. להלן נפרט את הכשלים שזוהו.

1. **קושי בהבנת הפוליסות הפרטיות וההשוואה ביניהן** - שוק ביטוחי הבריאות בישראל הוא שוק מורכב. הציבור שקונה ביטוחים פרטיים, לא אחת, אינו מודע לכיסוי הניתן לו בסל הבריאות הממלכתי וכן במסגרת השב"ן ולעיתים רוכש ביטוחים פרטיים גם במקרים שבהם קיים לו כיסוי דומה במסגרת אחרת. הדברים מקבלים משנה תוקף שעה שמדובר בביטוחי בריאות בהם קיים משקל לרכיב הפסיכולוגי ברכישת הביטוח. נלווית לכך המורכבות הקיימת בתנאי הביטוח בכלל, ובביטוחי בריאות בפרט וכן השונות בין פוליסות הביטוח שהקשתה על המבוטח להשוות בין הפוליסות בחברות השונות.
2. **חסמי מעבר בין פוליסות** - מודעות צרכנית נמוכה של המבוטח, החשש הטבוע מפני מחלות ויכולת השוואה מוגבלת בין הפוליסות מנעה ממבוטחים מעבר בין חברות שונות צמצמה את התחרות בשוק והפרמיות למבוטחים עלו.
3. **תחרות על גובה התשלום לגורם ההפצה במקום על המחיר למבוטח** - ביטוח בריאות פרטי הינו לרוב מוצר שמשווק ב"דחיפה". כלומר, המבוטח אינו פונה מיוזמתו לחברת ביטוח על מנת לרכוש ביטוח, בשונה מביטוח חובה. מכירת ביטוחי בריאות תלויה באופן מהותי בגורמי ההפצה.
4. **שיווק של ביטוחי פרט בחבילות** - חברות הביטוח שיווקו מוצרי ביטוח בחבילות ביטוח (bundle), כך שהצרכן חויב לרכוש כיסויים ביטוחיים שלא בהכרח היה מעוניין לרכוש. בנוסף, ברוב המקרים חברת הביטוח הציגה לצרכן במעמד ההצטרפות לביטוח רק את סך העלות של כלל החבילה. לדוגמה, צרכן שהחזיק בכיסוי ביטוחי פרטי במסגרת קופת החולים שלו (שב"ן), ורצה לרכוש בחברת ביטוח רק כיסויים למקרי "קטסטרופה" שעלותם נמוכה ואינם מקבלים מענה במסגרת השב"ן כגון ביטוח תרופות והשתלות ערב הרפורמה, לרוב נאלץ לרכוש אותם יחד עם כיסוי לניתוחים. שיווק הביטוח בחבילות באופן שתואר, בהיעדר יכולת לרכוש את הרכיבים בנפרד ובהיעדר מידע על עלות כל רכיב בחבילה הוביל למספר בעיות: הצרכן התקשה לקבל החלטה מושכלת בנוגע לצורך שלו בכל אחד מהכיסויים הנכללים בחבילה המוצעת ולעיתים רכש ביטוח כפול, ללא יכולת השוואה של עלות הכיסויים בין החברות השונות.



5. **קביעת תנאי הביטוח מראש לכל חיי המבוטח** - שוק הבריאות מתאפיין בשינויים רבים - התפתחויות בטכנולוגיות רפואיות, שינויים בקצב האינפלציה הרפואית, שינויים ברמות תחלואה או בתוחלת החיים ושינויים בהיקף השירותים הניתנים במערכת הבריאות הציבורית או הפרטית. ברם, תנאי הביטוח בביטוחי הפרט נקבעו מראש לכל חיי הפוליסה. האופן שבו נערכו ביטוחי הפרט ערב הרפורמה הביא לשני כשלים עיקריים ביחס לביטוחים אלו:

א. שיעור החזר נמוך למבוטח - התחייבות חברת הביטוח מראש למחיר הביטוח לכל חיי המבוטח עשרות שנים קדימה, נעשתה על סמך הערכה של חברת הביטוח לעתיד הרחוק. תמחור לא מדויק, הנסמך על פרמטרים שלא ניתן היה לחזותם וכלל רכיב משמעותי של חוסר וודאות, הקשה על יצירת שוק תחרותי, והוביל לייקור עלות הביטוח על מנת לבסס כריות ביטחון לסיכונים העלולים להתפתח.²

ב. תנאים מתיישנים - ערב הרפורמה, כאשר התרחש שינוי שהצריך עדכון בתנאים בתכניות ביטוח, אם עקב התפתחויות בשוק הבריאות, אם ביוזמת חברה מסוימת ואם עקב הוראות של המפקח על הביטוח, נוצרה גרסה חדשה לפוליסה ששווקה מרגע מתן האישור והלאה ולא חלה על מבוטחים שרכשו את הפוליסה לפני השינוי. משמעות הדבר כי הכיסויים בפוליסות לביטוח בריאות הפכו לפחות עדכניות לאורך זמן³. בנוסף, למפקח על הביטוח לא הייתה אפשרות להחיל הסדרות חיוניות על מבוטחים קיימים וכך נוצרו מספר גרסאות לכל כיסוי באותה חברה.

2 מתוך הבנה כי התחייבות החברה מראש לפרמיה בתכניות ביטוח לטווח ארוך הינה בעייתית, נקבעו בחוזר ביטוח 2005-1-29 "עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים קיימים", שפורסם ב-31 ביולי 2005, הוראות ועקרונות בדבר הגשת בקשה לעדכון תעריפים למבוטחים קיימים. מטרת החוזר הייתה לאפשר לחברות הביטוח לתמחר את תכניות הביטוח בצורה שמתאימה יותר לשוק ביטוחי הבריאות, על ידי מתן האפשרות לעדכון תעריפים בהתאם להתפתחויות בשוק. בפועל, כמעט ולא הוגשו בקשות לעדכוני פרמיה עבור מבוטחים קיימים על ידי החברות, ייתכן כיוון שאינן מעוניינות לעבור את הליך עדכון הפרמיה כפי שהוא מפורט בחוזר, וייתכן שבשל רצונן להימנע מחיכוך עם מבוטחים במקרה של העלאת פרמיה.

3 דוגמא לכך ניתן למצוא בתכניות לביטוח מפני מחלות קשות. תכניות אלו מבטחות את המבוטח מפני רשימה של מחלות, כאשר תכנית הביטוח כוללת הגדרות של כל המחלות, לפיהן נקבעת זכאות לתגמולי ביטוח בתכנית. עם התפתחות הרפואה, משתנות גם הגדרותיהן של המחלות ואופן הגילוי שלהן, זאת לעומת תנאי התכניות שאינם משתנים ועלולים לפגוע בזכאות המבוטח, עד כדי ריקון מתוכן של הכיסוי. כאשר עודכנו הגדרות המחלות בשנת 2013 במסגרת חוזר 2013-1-6 העוסק בעריכת תכנית לביטוח מחלות קשות ובאופן עדכון הגדרות של מחלות, הן חלו רק על מבוטחים שרכשו פוליסה כזו החל מיום 1 ביוני 2014 (מועד התחילה בחוזר). מבוטחים שרכשו פוליסה קודם לכן לא יוכלו ליהנות מהשיפורים שקבע המפקח ביחס לתכניות אלו, אלא אם יעברו בחינה של מצבם הרפואי לצורך עדכון התכנית הקיימת שלהם לזו החדשה. כך, בעוד שמבוטח סבור שיש לו ביטוח בריאות המעניק מענה למקרה בו יזדקק לכך, בפועל תקופת הזמן שחלפה עלולה להפוך את ההגדרות הקיימות בפוליסה ללא רלוונטיות, עד כדי ריקון מתוכן של הכיסוי כולו. למותר לציין כי מבוטח סביר אינו ער לשינויים טכנולוגיים רפואיים עת הם מתרחשים ולרוב אינו בקיא בחסרונות ההגדרות הקיימות בפוליסה, זאת עד למועד התביעה עצמו, בו הוא נזקק לכיסוי ואין באפשרותו לעשות דבר על מנת לשפר את מצבו.



הרפורמה בביטוחי הבריאות

ביום 1 בפברואר 2016 נכנסה לתוקפה הרפורמה בביטוחי הבריאות (להלן - **הרפורמה**). מטרת הרפורמה הייתה הגברת התחרות בשוק ביטוחי הבריאות והעצמת כוחו של המבוטח והצרכן אל מול חברות הביטוח באמצעות הפיכתם של מוצרי הביטוח לפשוטים, ברורים וברי השוואה. הרפורמה כללה ארבעה נדבכים:

- הנהגת פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים, טיפולים חלופיים, והתייעצות אגב ניתוח המתמקדת בכיסויים בעלי ערך לעניין זה למבוטח. הפוליסה האחידה כללה את עיקר הכיסויים הנוגעים לניתוחים ולתחליפי ניתוח;
- מתן אפשרות לרכוש בנפרד כיסויים ביטוחיים;
- מתן אפשרות לעדכן את הכיסוי הביטוחי לאורך השנים, כך תישמר הרלוונטיות של הכיסוי וכן התאמתו לרגולציה;
- הקמת מחשבון להשוואת ביטוחי בריאות⁴.

1. **קביעת כיסוי אחיד בתכניות לביטוח ניתוחים פרטיים בישראל** - ביטוח ניתוחים מהווה את עיקר העלות בחבילות ביטוחי הבריאות והוא נחשב למוצר מורכב עקב היחס בינו לבין השב"ן - בו קיים כיסוי לניתוחים, והמערכת הציבורית. יחס זה משפיע על עלות הביטוח ואופן השימוש בו.

תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), תשע"ה-2015 (להלן - **התקנות, הפוליסה האחידה**) קובעות כיסוי אחיד ומקיף, הכולל את כל הכיסויים החיוניים בביטוח ניתוחים, ביניהם גם כיסויים שלא נכללו בפוליסות הניתוחים לפני פרסום התקנות כטיפולים מחליפי ניתוח. כיסוי אחיד הינו קל יותר להשוואה וממקד את התחרות בשירות ובמחיר.

2. **פוליסה מתחדשת מאליה אחת לשנתיים** - בדומה לקיים במדינות מערביות נוספות, נקבע כי ביטוחי הבריאות⁵ יתחדשו מאליהם אחת לשנתיים לכלל המבוטחים בביטוחים אלו, ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי בעת החידוש ותוך עדכון התנאים בביטוחים אלו לתנאים העדכניים המשווקים על ידי חברת הביטוח באותה העת, באם נדרש. חידוש הביטוחים מדי שנתיים, מבטיח את עדכון תנאי הביטוח למבוטחים גם במהלך תקופת הביטוח, לאחר צירופם, לשינויים בעולם הבריאות ומאפשר תמחור מדויק יותר וגמור יותר בזכות נקודות החידוש שמאפשרות בחינה של עלות הביטוח. בנוסף, נקודת החידוש באותו זמן אצל כלל המבוטחים בשוק הבריאות צפויה לעודד את התחרות על המבוטחים.

⁴ [/https://briut.cma.gov.il](https://briut.cma.gov.il)

⁵ למעט ביטוח סיעודי, ביטוח למתן שירותים לעובדים זרים, ביטוח שיניים וביטוח תאונות אישיות.



3. **מחשבון אינטרנטי להשוואת ביטוחי בריאות**⁶ - על מנת להגביר את רמת התחרות ושיפור השירות והמחיר למבוטחים, הושק מחשבון המאפשר השוואה של עיקרי הכיסויים הנמכרים במסגרת ביטוחי בריאות, בין כל חברות הביטוח המשווקות כיסויים אלו. המחשבון כולל השוואה של עלותם של ביטוחי השתלות, תרופות וניתוחים בנפרד ובחבילה, וכן של הציון של כל חברת הביטוח במדד השירות שלה⁷. המחשבון מאפשר לצרכן וכן למבוטח שבוחן אפשרות למעבר לחברת ביטוח מתחרה, לקבל החלטה מושכלת טרם רכישת ביטוח, המתבססת רק על המחיר ועל טיב השירות שהוא צפוי לקבל מחברת הביטוח.

4. **הפרדת הכיסויים הביטוחיים (unbundling)** - צרכן יוכל להצטרף לכל כיסוי בנפרד, ללא תלות בכיסויים אחרים, וזאת לאחר שהוצגה לו העלות של כל כיסוי בנפרד. הצרכן יוכל לבטל כל כיסוי מבלי שיהיו לכך השלכות על כיסויים אחרים שנרכשו⁸. בנוסף, נקבעו הוראות לעניין גילוי הפרמיה עבור כל כיסוי בנפרד במהלך הליך מכירת הביטוח. הוראות אלו פורסמו במסגרת חוזר ביטוח-2015-1-8 שעניינו "אי תלות בין כיסויים בביטוח בריאות פרט"⁹.

תחקור הרפורמה

עם תום שנתיים לרפורמה, ועם חלוף מועד העדכון האפשרי הראשון, ביוני 2018, ביקשנו לבצע ניתוח על מנת לבחון את השלכות הרפורמה על שוק ביטוחי הבריאות. הניתוח מבוסס על נתונים שהתקבלו מחברות הביטוח הפעילות בתחום. יודגש כי פרק הזמן שעבר מאז כניסת הרפורמה הוא עדיין קצר. מרבית המבוטחים צורפו לביטוחים שהותאמו להוראות הרפורמה (להלן - **הפוליסות החדשות**), לאחר ביצוע חיתום רפואי, ולכן מוקדם לבחון בשלב זה את ניסיון התביעות בפוליסות החדשות¹⁰. בנייתו נציג נתונים בנוגע לשיעור החדירה של הפוליסות החדשות, גובה הפרמיות לאחר הרפורמה וכן נתייחס לשינויים בכיסויים מאז תחילת הרפורמה. מכיוון שעם חלוף הזמן יגדל שיעורן של הפוליסות החדשות בשוק והניסיון בהן ילך ויגדל, נמשיך לעקוב אחר התפתחות השוק בשנים הקרובות ולפרסם ניתוחים

6 כתובת מחשבון ביטוח בריאות באתר רשות שוק ההון <https://briut.cma.gov.il/>

7 ראה קישור למדד השירות - <http://mof.gov.il/hon/Consumer-Information/ServiceIndex>

8 יתכן שינוי במחירו של כיסוי מסוים בעת ביטולו של כיסוי אחר עקב שינוי בעלויות התפעול במעבר מחבילת כיסויים לכיסוי בודד. בנוסף, ישנם כיסויים מסוימים שהמפקח אישר שימכרו בגלויים בלבד ולכן מרגע שבוטל הכיסוי הבסיסי אליו נלוו, הם מבוטלים גם כן.

9 חוזר זה עודכן לאחר מכן במסגרת חוזר ביטוח 2015-1-20 לעניין אופן גילוי הפרמיה למבוטח בעת מכירה של פוליסת ביטוח.

10 פוליסות בריאות מושפעות לרוב מגיל המבוטח ומצבו הרפואי בעת הצירוף לביטוח. חברת הביטוח יכולה לקבוע למבוטח בעל בעיה רפואית החרגה - סעיף הקובע שהבעיה הרפואית ממנה סבל המבוטח בעת הצירוף וכן כל אירוע הקשור אליה לא יכוסו בפוליסה. לחילופין ולעיתים בנוסף רשאית החברה לקבוע תוספת פרמיה למבוטח זה בעבור כיסוי הכולל גם את הבעיה הרפואית. לחיתום הרפואי השפעה נוספת - בשנים הסמוכות אליו התביעות מועטות יחסית וזאת מאחר שהסיכוי לקרות אירוע רפואי הינו נמוך יותר בסמוך למועד שבו נערכה הבחינה הרפואית ושבמסגרתה לא התגלו מחלות רלוונטיות לביטוח. לאחר מספר שנים, לרוב בין 5 ל - 7, השפעת החיתום פגה והסיכון לתביעה עולה.



נוספים. הנתונים נגעו לשלושת הכיסויים העיקריים שהושפעו מהרפורמה בתחום בהוצאות הרפואיות - ניתוחים, השתלות ותרופות וכללו מידע על השנים 2014 - 2017.

1. שיעור החדירה של הפוליסות החדשות

מספר המצטרפים לפוליסות החדשות והעוברים אליהן מפוליסות קיימות בחלוקה לביטוח פרט וקבוצתי נכון לסוף שנת 2017 הם כדלהלן:

א. ביטוח פרט -

פוליסות פרט	תרופות	השתלות	ניתוחים
סך מבוטחים	1,744,260	1,666,179	1,533,652
מבוטחים שהצטרפו החל מפברואר 16	375,342	342,638	272,112
פוליסות חדשות מתוך השוק	22%	21%	18%

ב. ביטוח קבוצתי - מהנתונים עולה כי ישנן קרוב ל- 1.8 מיליון פוליסות קבוצתיות הכוללות אחד או יותר מהכיסויים לעיל. מתוך פוליסות אלו כחצי מיליון פוליסות חודשו או התחילו לאחר פברואר 2016. לאחר שבחנו את מועדי החידוש העתידיים של הפוליסות הקבוצתיות הגדולות בשוק, אנו צופים כי שיעור זה יעלה בשנתיים הקרובות בעוד כ-600,000 מבוטחים כך שבשנת 2020 שיעורן של הפוליסות החדשות בשוק הקבוצתי כבר יעלה על 60%.

2. פרמיות

בחלק זה נציג את השינוי בפרמיית הביטוח בכיסויים לניתוחים השתלות ותרופות בעקבות הרפורמה. בעבור כל כיסוי נציג את השינוי בפרמיות לפני מתן הנחות ואת השינוי לאחר מתן הנחות.

השוואת פרמיה ללא הנחות - נתוני הפרמיות ללא הנחה בחלוקה לחברות הביטוח השונות מופיע כאמור [במחשבון ביטוח הבריאות](#)¹¹. השוואת גובה הפרמיה ללא הנחות הוא נתון משמעותי לאוכלוסיית המבוטחים הקיימת שמחזיקה כבר מספר שנים בביטוח פרט וכבר הסתיימה לה הנחה. בנוסף, הנתון רלוונטי למבוטחים שיחזיקו בביטוח תקופה ארוכה מבלי לשפר את תנאי הביטוח במהלך התקופה ובפרט מבוטחים שחלה הרעה במצבם הרפואי ולכן יתקשו לעבור מבטח. יודגש כי כל הפרמיות המוצגות בטבלאות שלהלן הינן הפרמיות הממוצעות בין כל חברות הביטוח הפעילות בתחום. אנו קוראים לכל המבוטחים להיכנס [למחשבון ביטוח הבריאות](#)¹² ולבדוק את המחירים עבור

11 כתובת מחשבון ביטוח בריאות באתר רשות שוק ההון [/https://briut.cma.gov.il/](https://briut.cma.gov.il/)

12 [/https://briut.cma.gov.il/](https://briut.cma.gov.il/)

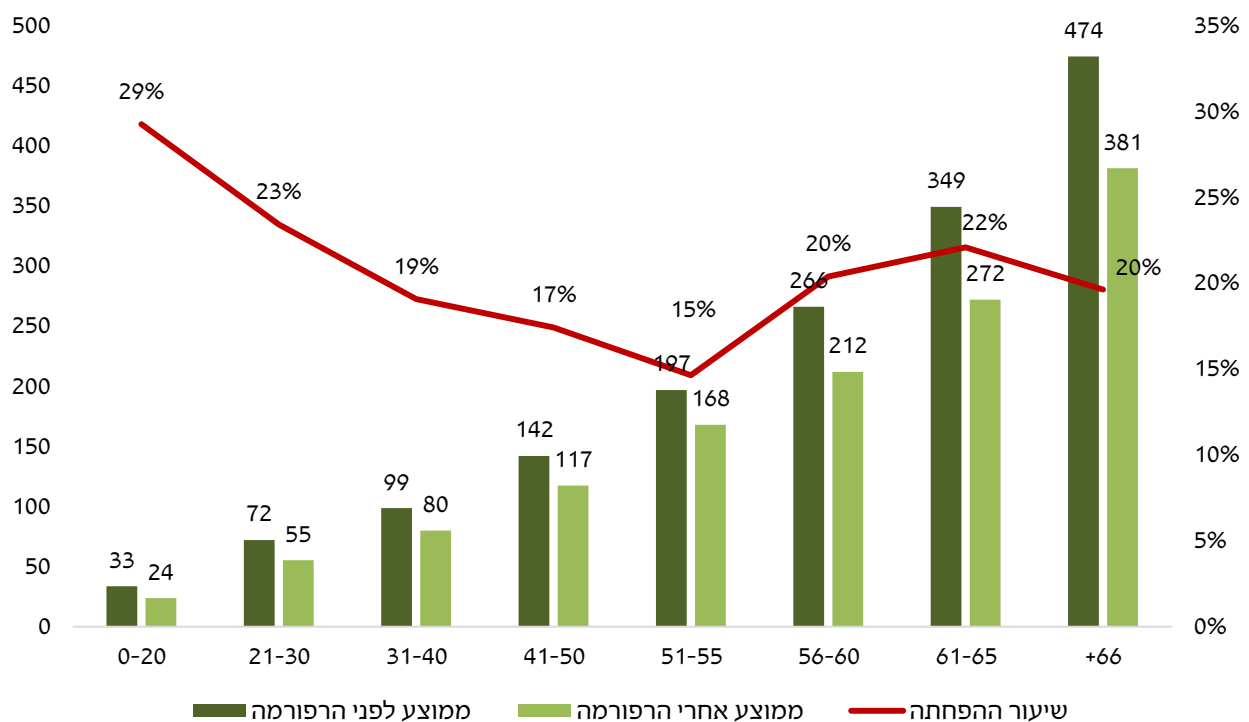


כל קבוצת גיל בכל החברות. בדיקה במחשבון אגב הליך צירוף או החלפת פוליסה תציג למבוטח את החברות הזולות בתחום ואת אלו המעניקות את השירות הטוב ביותר על פי מדד השירות של רשות שוק ההון.

השוואת פרמיה כולל הנחות - ההנחה ניתנת על הפרמיה המקסימלית המאושרת לגבייה ממבוטח שאין לו בעיות רפואיות¹³. שיעור ההנחה הגבוה ביותר ניתן לרוב בשנת הביטוח הראשונה והשנייה ובמרבית המקרים ההנחה מסתיימת תוך תקופה של עד 5 שנים. על מנת לשקף את השפעת ההנחות הניתנות בשנות הביטוח הראשונות מוצגת השוואה המגלמת את ההנחות שניתנו¹⁴.

א. פרמיות ביטוח ניתוחים¹⁵

פרמיית ניתוחים בחלוקה לקבוצות גיל ללא הנחות (ש"ח לחודש)



13 ראה הערת שוליים 10 לעיל.

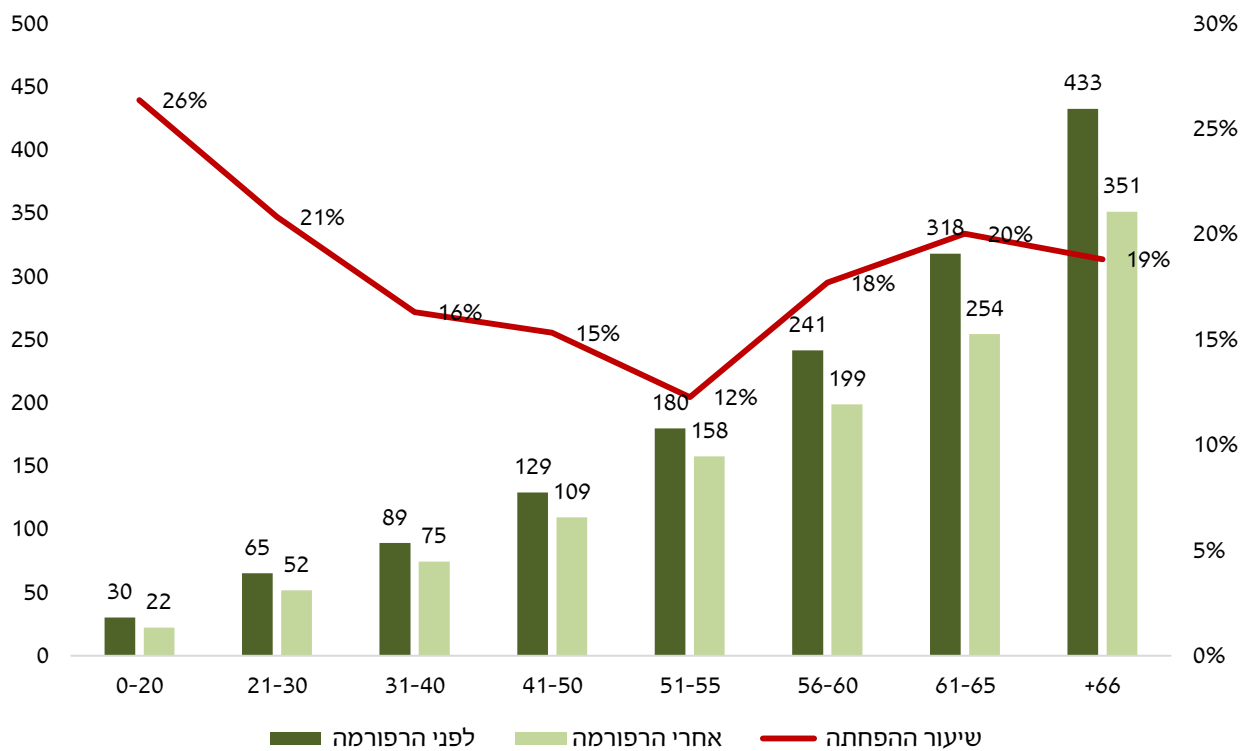
14 מכיוון שמשך החיים הממוצע של פוליסת ביטוח בריאות היא כ- 8 שנים ואילו חלוקת ההנחות היא ב- 5 השנים הראשונות ומתוכן בעיקר בשנתיים הראשונות, על מנת שניתן יהיה להשוות בין הנתונים לפני הרפורמה ואחריה, ביצענו פריסה של ההנחות הממוצעות על פני מח"מ הפוליסה.

15 ממוצע הפרמיה החודשית הממוצעת לפוליסת ניתוחים "מהשקל הראשון" בין החברות הפעילות בשוק.



בגרף לעיל מוצג השינוי שחל בפרמיה הממוצעת המאושרת לשיווק בפוליסות ניתוחים. ניתן לראות כי ככלל, גובה הפרמיה למבוטח ירדה. הירידה היחסית הגבוהה ביותר חלה בקבוצת הגיל הצעירה ביותר. הירידה הכספית הגבוהה ביותר חלה בקבוצת הגיל המבוגרת ביותר של +66 שנהנית מהנחה של כ- 93 ש.

פרמיית ניתוחים בחלוקה לקבוצות גיל כולל הנחות (ש"ח לחודש)



עבור הגרף לעיל חישבנו את ההשפעה של ההנחה הממוצעת בשוק עבור פוליסת ניתוחים על סך הפרמיות שהמבוטח ישלם לאורך חיי הפוליסה וזאת על מנת להעריך את השפעתה.

הירידה בעלות פוליסות הניתוחים הייתה על אף שבמסגרת המעבר לפוליסה האחידה הורחב הכיסוי בפוליסה. הפוליסה האחידה נבנתה כ"פוליסת אופטימום" אשר כוללת את כל הכיסויים החיוניים הנדרשים אגב ביצוע ניתוח. הרחבת הכיסוי בפוליסות הניתוחים החדשות בא לידי ביטוי במספר דרכים:

- הוסרו תקרות שונות שהיו קיימות בפוליסות הישנות, למשל הוסרה התקרה לכיסוי שתל אגב ניתוח;
- הורחב הכיסוי במקרים שונים למשל נוסף הכיסוי לניתוחי מניעה.

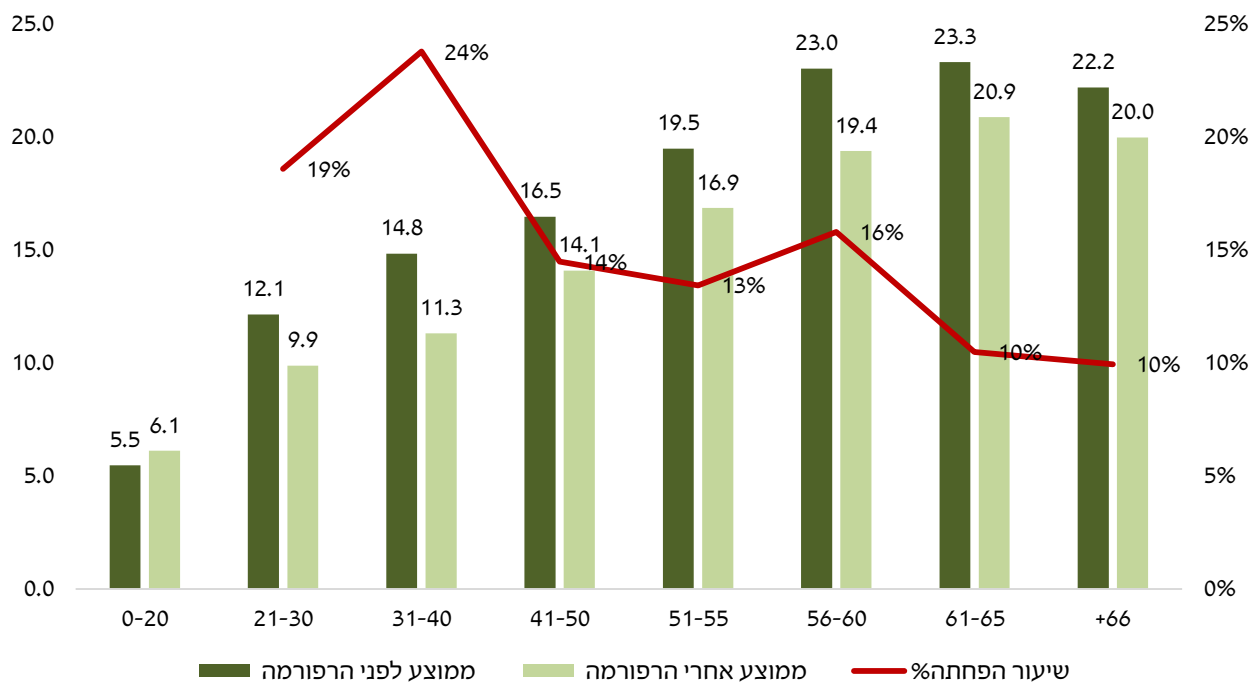


- הוסרו חריגים שהיו קיימים בפוליסות הישנות, למשל הוסרה החרגת ניתוח שנובע מפעילות ספורט חובבנית או מקצועית.

בנספח לסקירה זו מוצגת טבלה אשר משווה את הכיסויים העיקריים בפוליסת ניתוחים לפני הרפורמה ואחריה - במסגרת הפוליסה האחידה. בין הדוגמאות המוצגות בטבלה. חשוב לציין שעל הפוליסות ששווקו לאחר הרפורמה חלות הוראות חוק התכנית הכלכלית (תיקוני חקיקה ליישום המדיניות הכלכלית לשנת התקציב 2015 ו-2016), התשע"ו-2015, הקובעות, בין היתר, שחברת ביטוח תישא בעלות ניתוח רק עבור מנתחים הנמצאים בהסדר עימה.

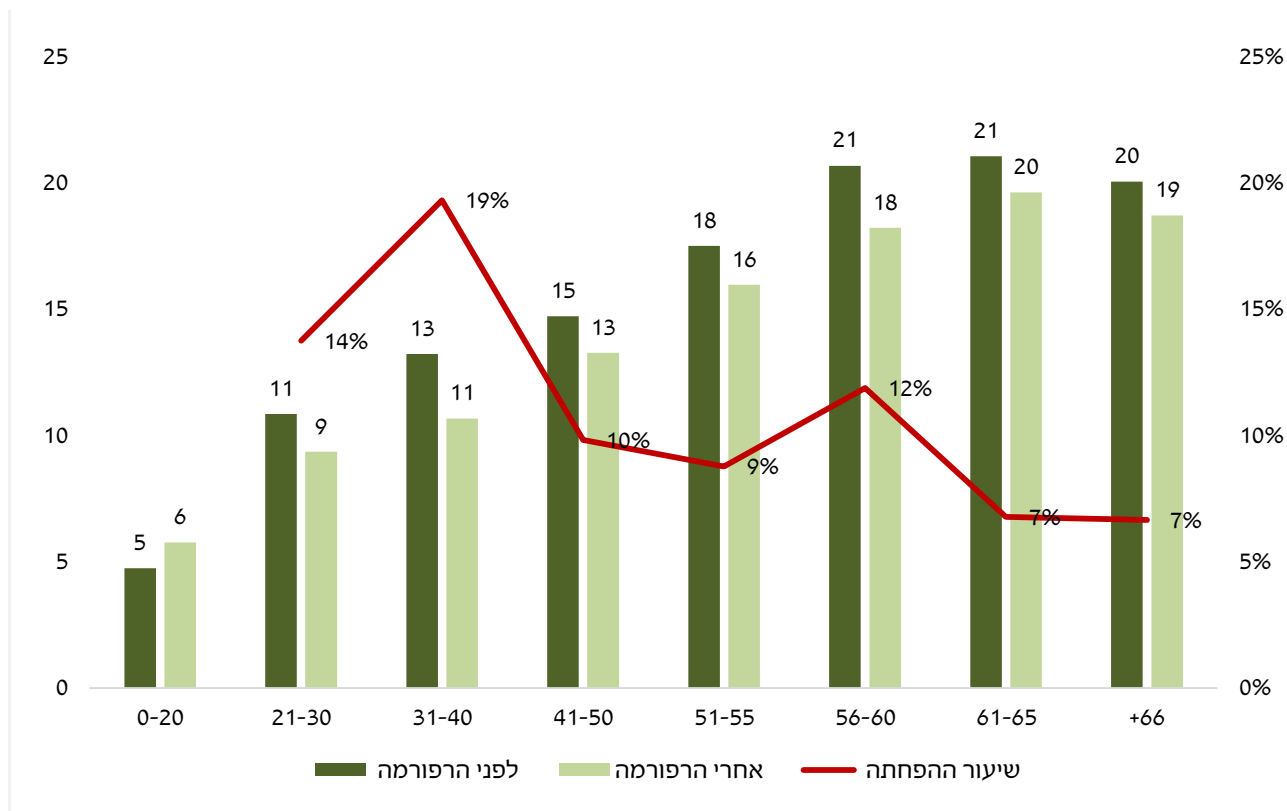
ב. פרמיית ביטוח השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

פרמיית השתלות בחלוקה לקבוצות גיל ללא הנחות (ש"ח לחודש)





פרמיית השתלות בחלוקה לקבוצות גיל כולל הנחה (ש"ח לחודש)

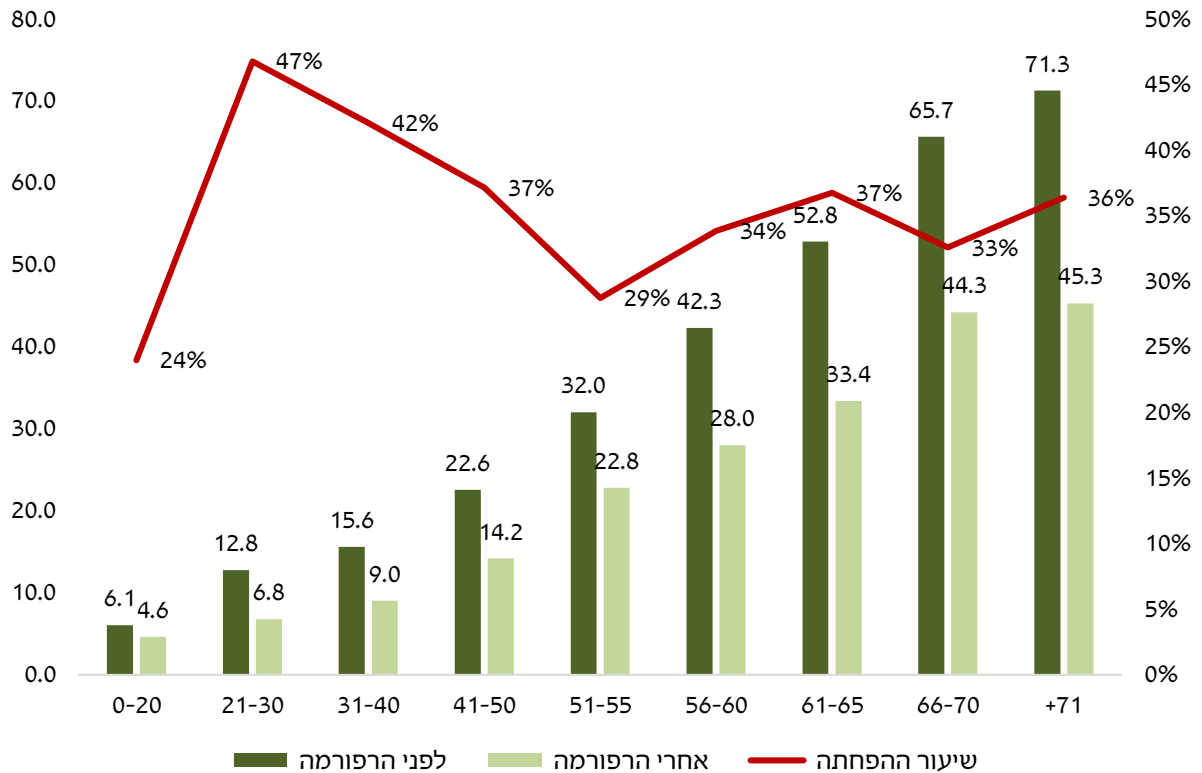


בפוליסות ההשתלות נתן לראות ירידה קלה בגובה הפרמיות. יוצאת דופן היא הפרמיה בקבוצת 0-20 שעלתה בכשקל אחד.



ג. פרמיית ביטוח תרופות שלא בסל¹⁶:

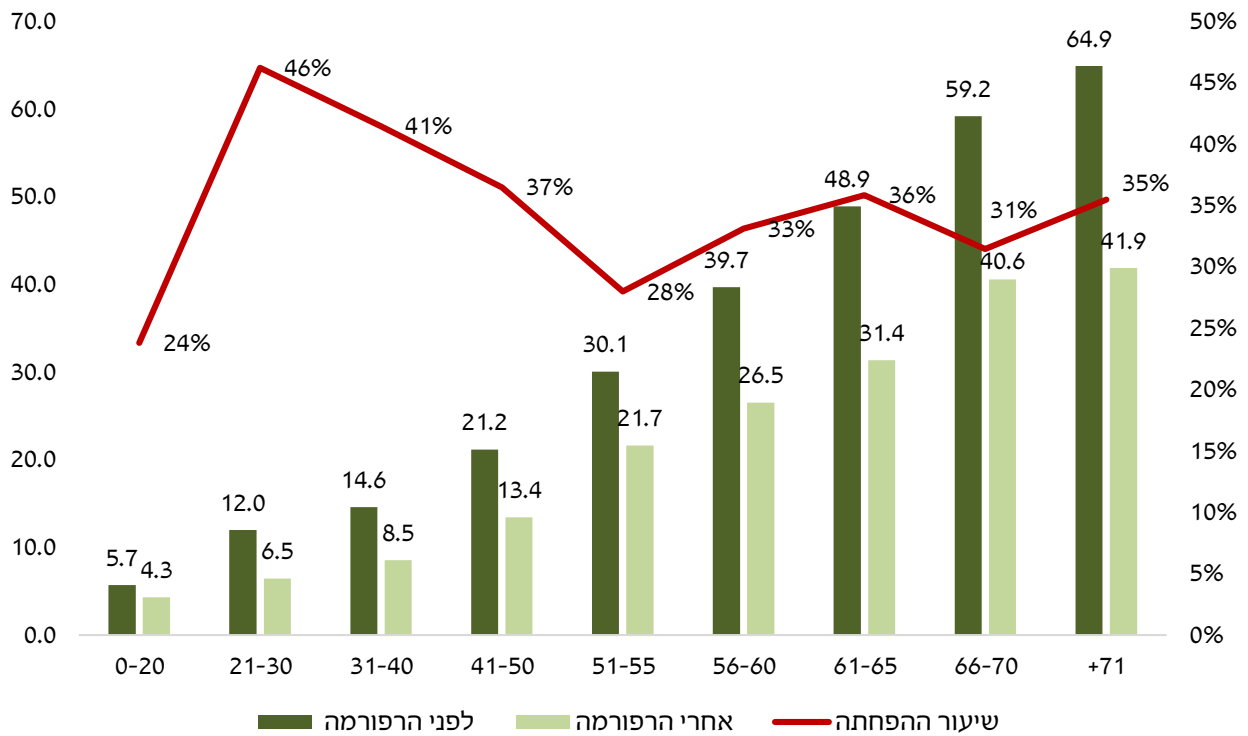
פרמיית תרופות בחלוקה לקבוצות גיל ללא הנחה (ש"ח לחודש)



16 בתחום זה קיימים שני סוגי פוליסות - פוליסה בסיסית המכסה תרופות מחוץ לסל התרופות וכן הרחבה הכוללת כיסוי לתרופות מיוחדות, בדיקות גנמיות ותרופות בהתאמה אישית.



פרמיית תרופות בחלוקה לקבוצות גיל כולל הנחה (ש"ח לחודש)



בגרפים לעיל ניתן לראות את הירידה בפרמיה בפוליסות התרופות הבסיסיות (ללא תרופות בהתאמה אישית). במקרה זה השינוי בפרמיית הספר התבטא באופן משמעותי גם בפרמיה לאחר ההנחה.

פרמיות - סיכום

הרפורמה השפיעה על גובה הפרמיות הן בפרמיית הספר המאושרת (פרמיה מקסימלית) והן במחיר בפועל למבוטחים, לאחר הנחה. השינוי בפוליסת הניתוחים, היקרה מבין הפוליסות שנסקרו, היה המשמעותי ביותר מבחינה כספית למבוטח. לדוגמה: כ-70 ש' בחודש עבור מבוטח בן 65, בעוד ההנחה על פוליסות השתלות ותרופות יחד למבוטח בגיל זה היא כ-23 ש'. השינוי בפוליסת התרופות היה המשמעותי ביותר באופן יחסי לפרמיות לפני הרפורמה.



3. שינויים בפוליסות החדשות:

כאמור, הפוליסות החדשות מתעדכנות כל שנתיים כאשר בכל חידוש מוחלים שינויים באופן אחיד על כלל המבוטחים, אם בוצעו שינויים. בחנו את השינויים בפוליסות שנמכרו לאחר פברואר 2016 ואשר חודשו לראשונה ביוני 2018 (להלן - **התקופה הראשונה**). להלן סקירה קצרה של שינויים בולטים שנעשו בפוליסות עד ליוני 2018:

א. פוליסת הרחבה לתרופות - בחלק משמעותי מהפוליסות בשוק נוסף כיסוי לבדיקות גנומיות, הוגבהה התקרה החודשית לרכישת תרופות והוגבהה תקרת הכיסוי הכללית, ללא תוספת פרמיה.

ב. פוליסת מחלות קשות - בין השינויים ניתן למנות תוספת כיסוי לביופסיה במוסדות מובילים בחו"ל והוספת תשלום חלקי על גילוי מוקדם בגין מחלת הסרטן ללא פגיעה בכיסוי במקרה של החמרה במחלה. שינויים אלו נעשו ללא שינוי בפרמיה.

ג. בעקבות פרסום חוזר ביטוח 16-1-2015 שעניינו "הוראות לניסוח תכניות ביטוח", בוטלו חריגים לכיסוי במקרה של מחלת נפש.

ד. ניתוחים בחו"ל - נוסף כיסוי לטיפול מחליף ניתוח בחו"ל. כיסוי זה נוסף עם עליית פרמיה אך ללא חיתום למבוטחים.

ה. כתבי שירות - בעקבות בדיקה יזומה של רשות שוק ההון, של הכיסויים הקיימים ומימושם, ירד גובה הפרמיות המוצעות למצטרפים חדשים. ירידה זו תתעדכן גם למבוטחים קיימים בעדכון הבא.

ו. כל השינויים שנעשו שיפרו את הכיסויים, ביטלו חריגים וכל זאת ללא שינוי בפרמיה (למעט סעיף ד).

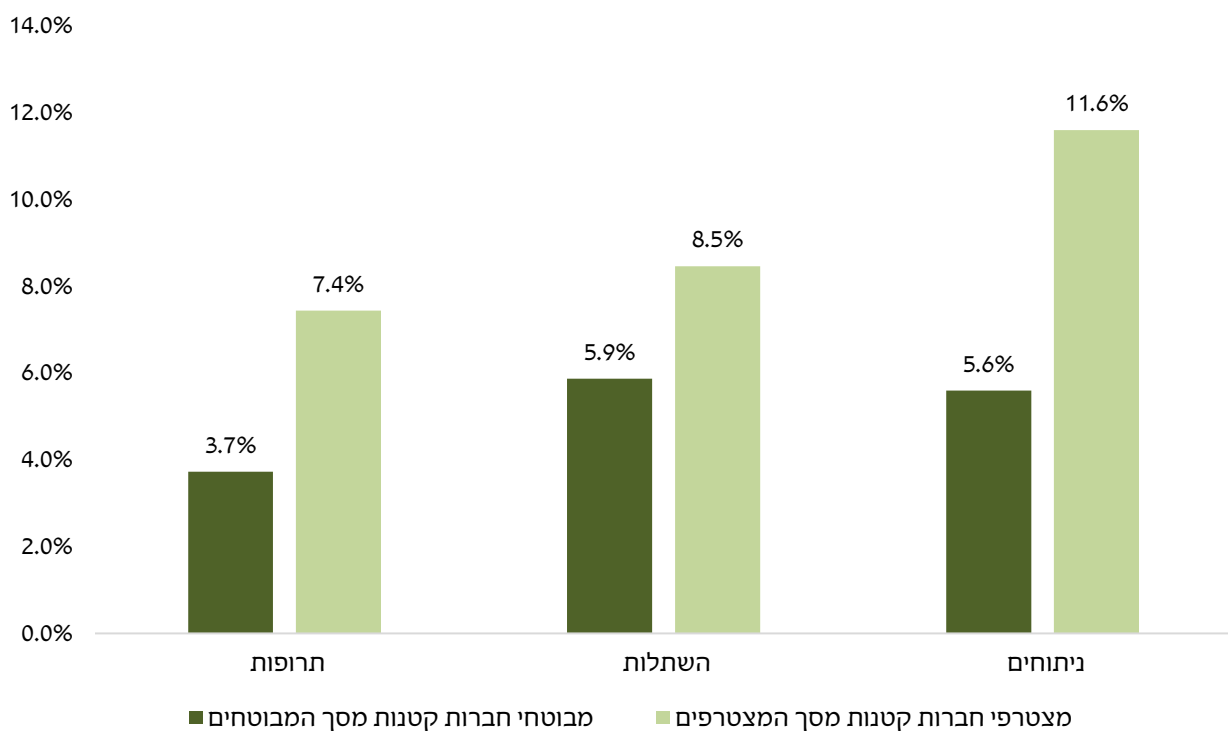
ז. כפי שצוין לעיל בתקופה של שנתיים טרם נצבר מספיק ניסיון תביעות בפוליסות החדשות ולא חלו חידושים טכנולוגיים רפואיים משמעותיים ולכן לא נדרש עדכון של מרבית הפוליסות.



4. שיעור החדירה של חברות קטנות¹⁷

הגרף שלהלן מציג את חלקן של החברות הקטנות בצירופים בשוק לפוליסות החדשות ואת חלקן בסך המבוטחים בשוק זה:

אחוז המצטרפים לחברות קטנות מתוך כלל השוק



ניתן לראות שבשלושת הכיסויים, יחס המצטרפים לחברות הקטנות מסך המצטרפים לפוליסות החדשות שלאחר הרפורמה - גדול מיחס סך המבוטחים בחברות הקטנות לסך המבוטחים בביטוחים אלו. לדעתנו נתון זה מהווה אינדיקטור ראשוני להשפעת התחרות על המבוטחים בפוליסות החדשות. עם זאת, נתון זה עשוי להשתנות משנה לשנה והוא פחות מובהק מנתוני הפרמיות שהוצגו בסקירה זו.

¹⁷ החברות הקטנות בשוק ביטוחי הבריאות הן איילון, שירביט, ביטוח ישיר, הכשרה ו-AIG. לכל אחת מהחברות האחרות הראל, הפניקס, מגדל, כלל ומנורה יש נתח שוק של יותר מ-6% כל אחת, בשוק ההוצאות הרפואיות.



סיכום

מטרת הרפורמה בביטוחי בריאות היא הגברת התחרות בשוק ביטוחי הבריאות והעצמת כוחו של המבוטח והצרכן אל מול חברות הביטוח באמצעות הפיכתם של מוצרי הביטוח לפשוטים, ברורים וברי השוואה. בחלוף מעל שנתיים וחצי מתחילת הרפורמה בביטוחי בריאות ניתן לבחון את השלכות הרפורמה על הכיסוי הקיים בשוק ביטוחי הבריאות הפרטיים, הפרמיה למבוטח וכן רמת התחרות בשוק. כפי שהוצג לעיל הממצאים מראים ירידה בפרמיות בכיסויים השונים, לצד שיפורים בכיסויים של הפוליסות הללו. עוד מצאנו ממצא פחות מובהק המעיד על עלייה ברמת התחרות. מובן שעם הזמן והגידול בשיעורן של הפוליסות החדשות בשוק, תגדל גם השפעתה של הרפורמה.

מאז תחילת הרפורמה קידמה רשות שוק ההון מהלכים נוספים אשר מעצימים את כוחו של המבוטח ובכך מחזקים את השפעת הרפורמה למשל:

- השקת [הר הביטוח¹⁸](#) והאזורים האישיים באתרי החברות אשר מאפשרים לכל מבוטח לאתר בקלות את כל המידע הביטוחי שלו ובו יוכל לבחון כפלי ביטוח.
 - שיפור הליך החלפת הפוליסה (טוויסטינג)¹⁹ מקל על המבוטח להבין את פרטי עסקת הביטוח וקיצור לוחות הזמנים לביצוע ההחלפה מסייע למבוטח בהתמודדותו עם ההליך.
 - שיפור הדיווחים השונים למבוטח בביטוח בריאות²⁰ (תמצית הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדיווח השנתי), מסייעים למבוטח בהבנת המוצר הביטוחי שלו ומגבירים את המודעות לפרטי הביטוח שלהם ומסייעים להם לקבל החלטות מושכלות.
- בנוסף, בשנים האחרונות גוברת ההתעניינות בשילוב מיזמים טכנולוגיים בתחום ביטוחי הבריאות. למיזמים טכנולוגיים בתחום הביטוח יש את היכולת לסייע בשכלול השוק, להגביר את התחרות ולכן גם לקדם את מטרות הרפורמה ולהתאים את החיתום לצרכן הספציפי. מסיבה זו, לרשות יש תפקיד בהסרת חסמים, הגשת מידע וביצוע פעולות שיעודדו מיזמים מסוג זה. במסגרת זאת, בשנת 2018 יפורסמו לציבור נתונים על שוק ביטוחי הבריאות שלא היו נגישים עד כה:
- נתונים אגרגטיביים מתוך טופס 15א', המציג נתונים על פעילות חברות הביטוח בתחום הבריאות. בין הנתונים שיפורסמו - סך פרמיות שנגבו, סך תביעות ששולמו, סך עמלות למתווכים ועוד.

¹⁸ [/https://harb.cma.gov.il](https://harb.cma.gov.il)

¹⁹ במסגרת תיקון חוזר ביטוח 7-1-2016 שעניינו "צירוף לביטוח".

²⁰ במסגרת תיקון חוזר ביטוח 1-1-2018 שעניינו "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 2, 3 ו-4 - גילוי ודיווח למבוטח בביטוח בריאות".



- רשימות רופאים הנמצאים בהסדר עם חברות הביטוח לביצוע ניתוח שיאפשרו השוואה של רשימות ההסדר של חברות הביטוח השונות.

- טבלת התפלגות תביעות המציגה את ממוצע התביעות, חציון התביעות והתביעה המקסימלית בכיסויים שונים. טבלה זו עשויה לעזור למבוטחים להבין טוב יותר את הסיכונים המכוסים בכל פוליסה ולהחליט האם יש להם צורך בכיסוי מסוג זה.

במקביל, הרשות קוראת לציבור להגיש בקשות לקבלת סוגי מידע שונים מרשות שוק ההון, ככל שמידע זה אינו מהווה סוד מסחרי. כך, יזמים מהשוק יוכלו להציע לציבור כלים שונים שיאפשרו לו לבחור מוצרי ביטוח באופן מושכל ולחזק את התחרות.



נספח

השוואת כיסויים עיקריים בפוליסת ניתוחים לפני הרפורמה ואחריה

פוליסות ישנות	פוליסה אחידה
ניתוח	
היקף הכיסוי	כיסוי למלוא עלות הניתוח, רק אצל מנתח בהסדר עם חברת הביטוח
היקף הכיסוי	ניתן לבצע ניתוח הן אצל מנתח בהסדר עם חברת הביטוח והן אצל מנתח שאינו בהסדר אך עם תקרת כיסוי
שתלים	מלוא עלות שתלים אגב ניתוח
הדמיה	מלוא עלות בדיקות הדמיה במסגרת האשפוז לרבות אשפוז טרום ניתוח
ניתוחי מניעה	מלוא עלות ניתוחי מניעה
שיקום שד	מכוסה ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד
קיצור קיבה (בריאתרי)	ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ- 40
טיפול מחליף ניתוח, התייעצות אגב ניתוח	
מחליף ניתוח	כלול בכיסוי הפוליסה האחידה, ביצוע על ידי רופא מומחה בלבד
התייעצות	מכוסה במסגרת פוליסה נפרדת למבוטחים שרכשו זאת
התייעצות	3 התייעצויות בכל שנת ביטוח, כולל התייעצות לאחר ניתוח
חריגים לכיסוי הביטוחי	
מעשה פלילי	אין החרגה במקרה של ניתוח כתוצאה ממעשה פלילי או לא חוקי
סמים ואלכוהול	בהתאם לתנאי הפוליסה, לפי רוב מוחרגת השתתפות פעילה של המבוטח בהפיכה, מרד, פרעות ופעילות בלתי חוקית
סמים ואלכוהול	אין החרגה במקרה של ניתוח כתוצאה מהתמכרות לסמים או אלכוהול
ספורט	בהתאם לתנאי הפוליסה, לפי רוב מוחרג אלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים וחומרים אסורים על פי החוק, ו/או שימוש בהם, ו/או שימוש לרעה בחומרים מסוכנים שלא על פי הוראת רופא
ספורט	מכוסה ניתוח בגלל פציעה שארעה תוך פעילות ספורט מקצועני או תחביבים מסוכנים או ספורט אתגרי
מחלת נפש	אין חריג
מחלת נפש	ברוב הפוליסות קיים חריג למקרים הנובעים ממחלת נפש
מום מולד	מכוסה ניתוח לתיקון מום מולד ככל שלא הוחרג במסגרת הליך החיתום
מום מולד	לרוב קיים חריג