

**בריא לדעת**

# שנה חדשה, הזדמנות חדשה: ארבע החלטות שצריך לתקן

■ שנת 2019 בפתח וזו הזדמנות מצוינת למפקח על הביטוח לחזור מהחלטות קודמיו, לקחת אחריות על ענף ביטוחי הבריאות, בראייה קדימה ■ הפעולות שנעשו עד כה גם פגעו בבריאות האזרחים וגם הביאו לעלייה ביוקר המחיה של כולנו



**מאת ד"ר אודי פרישמן**

לקראת השנה האזרחית החדשה, יש כמה צעדים נחוצים לענף ביטוחי הבריאות בישראל, שעיקרם החזרת הגלגל לאחור, שטוב יהיה אם המפקח על הביטוח משה ברקת יעשה. איך שלא נביט על זה, לא קל להודות בטעות, אבל אולי אם הטעות היא של קודמך, הדבר פשוט יותר.

השאלה הראשונה שהמפקח צריך לשאול את עצמו היא למה צריך ביטוח בריאות פרטי במדינת ישראל, והתשובה פשוטה. קבלת שירות רפואי איכותי היא זכות יסוד בסיסית של אזרח במדינה דמוקרטית חופשית ומתקדמת. המדינה צריכה לעשות כל שאפשר על מנת לחזק ולהרחיב את סל הבריאות לכלל תושביה, ולאזרח צריכה להיות זכות לרכוש יותר, אם הוא רוצה בכך, מכספו הפרטי, כסף שעבד להרוויח אותו ושילם עליו מס כחוק. בדיוק כפי שצחק רבין ז"ל אמר בזמנו. נילחם בטורח כאילו אין שלום ונילחם על השלום כאילו אין טורח. ולהבדיל, המדינה צריכה להילחם על מנת להרחיב את סל הבריאות ככל יכולתה, אולם לאפשר למי שרוצה בכך לרכוש רפואה פרטית.

החטא הקדמון החל בימי שרת הבריאות לשעבר יעל גרמן והמפקחת דורית סלינגר שראו ברפואה הפרטית אובי של הרפואה הציבורית וגורם המעלה את יוקר המחיה. בכך הן פגעו בזכות הבסיסית של כולנו לרפואה פרטית איכותית וזמינה. ביטוחי בריאות הם מקור הזמינות של רפואה פרטית והניסיונות שלהם להקשות על תעשיית הביטוח הרפואי גרמו נזק רב ואני תמה מדוע איש לא מצא לנכון להעמידם במבחן בג"ץ.

לגופו של עניין, סלינגר והצוות שליווה אותה עשו שינויים ורפורמות וכתבו נהלים והפיקו חוזרים כאילו יש להם מניות בבית הדפוס הממשלתי. אבל יש ארבע החלטות שיצרו את הפגיעה הקשה ביותר בתעשיית ביטוחי הבריאות הפרטיים.

**שינוי הגדרות, פגיעה בתחרות:** הפיקוח (עוד לפני סלינגר) קבע הגדרות מינימום, בעיקר בפוליסות בריאות ומחלות קשות המחייבות את חברות הביטוח. לדוגמה, כיצד יוגדר ניתוח, שתל, התקן לב, סרטן ועוד הגדרות מיקרו שרגולטור לא צריך לעסוק בהן. התוצאה ההרסנית לא איחרה לבוא וחברות הביטוח יישרו קו עם הגדרות המינימום. כך נהרסו כמעט לחלוטין התחרות והסיכוי שאדם ירכוש פוליסת ביטוח טובה יותר – לא קיים. לחברות הביטוח אין עוד מוטיבציה להציע את המוצר הכי טוב, שכן קיבלו לגיטימציה לבינוניות. התחרות, אם בכלל, הפכה להיות מתחרות על הכיסוי הביטוחי לתחרות על המחיר. מי נפגע? המבוטחים כמובן. יש להפסיק

את הגדרות המינימום ולאפשר לחברות הביטוח להתחרות על איכות הכיסוי הביטוחי ולא על המחיר.

**הפוליסה האחידה, פגיעה בחדשנות:** רפואה היא תחום מתחדש ומתפתח כמעט ברמה יומית. הפוליסה האחידה מונעת את כניסתן של טכנולוגיות חדשות לביטוח ומונעת מכולנו ליהנות מההתקדמות, הדמונית לפעמים, של התעשייה הרפואית, שעל מנת להיות זמין לה, מוכן חלק גדול מהציבור לשלם הרבה כסף. אין מקום לכפות אחידות בתעשייה שמושגת כולה על כסף פרטי שמשלם המבוטח. הניסיון לייצר פלטפורמה אחידה על מנת שהמבוטח יוכל להשוות את המוצר שהוא רוכש (זו הייתה הלוגיקה באמצעותה הסבירה המפקחת את הצורך בפוליסה אחידה) הוא ניסיון שמתאים או למדינה שמתייחסת לכל תושביה כבורים נחותים או למדינה קומוניסטית מהעולם הישן. הפוליסה האחידה גרמה נזק רב וזה הזמן להפסיק אותו.

**ביטוחים קבוצתיים התחפשו לביטוחים פרטיים:** ההחלטה לפיה התנהלות הביטוחים הקבוצתיים תידמה לאלו של הביטוחים הפרטיים מבחינת אופן הצטרפות, עדכון מבוטחים וכדומה, מביאה לבירורקריה מיותרת, לעליית הפרמיה, לקושי בהצטרפות לביטוח הקבוצתי ולירידה באטרקטיביות של ביטוחים אלו. פוליסה קבוצתית היא פוליסה קצרת טווח, מנוהלת על ידי גוף מרכזי עצמתי כגון: ועד עובדים, הנהלת ארגון, הנהלת עמותה וכדומה. מעורבות הרגולטור בפרטי הפרטים מיותרת ומזיקה. פוליסות אילו הן לעיתים הדרך היחידה של הקבוצות החלטות באוכלוסייה להיות מבוטחות בביטוח רפואי, והתנהלות הרגולטור מקשה ומיותרת. הגיע הזמן לשחרר כמעט לחלוטין את הרגולציה מביטוחים אלו ולאפשר לשוק ולתחרות לנהל אותם. מאז המעורבות הבוטה של הפיקוח בתחום, מחירי ביטוחים אלה עלו במאות אחוזים וציבור גדול נאלץ להקטין את היקפי הכיסוי הביטוחי ואף להימנע מהם לחלוטין.

**רופא ש"לא בהסכם" – out:** ההחלטה שחברות הביטוח יפעלו רק באמצעות רופאים שבהסכם היא החלטה הרת אסון, שגרמה נזק עצום לתעשייה. התוצאה, חברות הביטוח מתקשרות בהסכם עם מספר מצומצם של רופאים וזאת כדי להבטיח לרופאים היקף עבודה משמעותי וכך להוריד אותם במחיר. מהמבוטחים נפגעת היכולת לבחור רופא, אחד היתרונות המהותיים של פוליסה פרטית. אם בכל זאת הם מבקשים לקבל טיפול רפואי מרופא שלא בהסכם, הם ניזוקו וקוימיים. פעם אחד ישלמו כסף רב לרופא שלא בהסכם ולא יוכלו לקבל אותו חזרה ופעם שנייה ישלמו פרמיה לחינם. זה הזמן לבטל את ההנחיה המיותרת הזו או לחלופין לחייב את חברות הביטוח להתקשר עם כל רופא שמוכן לעמוד בתנאי ההסכם שלהם ולחייב את חברות הביטוח להפוך את ההסכמים לשקופים.

המכנה המשותף לכל החלטות הללו הוא הפגיעה במבוטחים ובאיכות המוצר הביטוחי. חשוב לזכור, הרפואה הציבורית בישראל היא טובה, אבל לאנשים יש זכות לבקש יותר ולמדינה אין זכות להפריע להם בכך. אין הבדל בין ביטוח פרטי לכביש אגרה לדוגמה. המדינה עושה כמיטב יכולתה לתת רפואה ציבורית, ורשת כבישים ענפה, אולם מי שרוצה יוכל לרכוש רפואה עדכנית יותר ולנסוע בכביש אגרה תמורת תשלום נוסף. כדי שלציבור ישתלם לשלם את הפרמיה הנדרשת, חברות הביטוח והפיקוח חייבים להבטיח שהביטוח יעניק ערך מוסף אמיתי שהמדינה לא יכולה להעניק:

1. **ערך מוסף לעניין היקף הכיסויים:** כל מה שאינו מכוסה במסגרת הציבורית יהיה בהכרח מכוסה תחת פוליסה פרטית. אבל לא רק. הביטוח הפרטי חייב להבטיח זמינות לכל שירות רפואי חדש, בין אם בארץ, בין אם בעולם.
  2. **ערך מוסף לעניין יכולת מימון של רפואה חדשנית ויקרה:** מערכת הרפואה מתאפיינת בחדשנות בלתי פוסקת, שמגיעה לרפואה הציבורית באיחור של כ-5-3 שנים והמקום לקבל אותו מוקדם יותר הוא ברפואה הפרטית, באמצעות הביטוח הפרטי.
  3. **ערך מוסף לעניין הבירורקריה:** אחת המגרעות המשמעותיות של מערכת הבריאות הציבורית בישראל, ש"מטופחת הפליא" גם על ידי קופות החולים. בביטוח פרטי אין מקום לבירורקריה וחברת הביטוח חייבות להוסיף ולייעל את עבודתן.
  4. **ערך מוסף לעניין בחירת הרופאים:** בחירת רופא אינה אפשרית במערכת הציבורית. זכות זו חייבת להתקיים באופן מושלם במערכת הפרטית. ברגע שרשימת הרופאים מצומצמת ומתבססת על שיקולי מחיר, עוול גדול נגרם למבוטחים. ומילה אחת על יוקר המחיה, מי שחושב שעל ידי "הריגת" ביטוחי הבריאות הפרטיים הוא יתרום להורדת יוקר המחיה, טועה. הציבור ימשך לרכוש ביטוח פרטי כי הוא לא מאמין ברפואה הציבורית ובצדק. אם ביטוח הפרטי לא יהיה זמין לו, לא מספיק איכותי או לא מספיק מקיף, בשעת צרה הוא ישיג את המימון הנדרש מתרומות, ממכירת נכסים או מהלוואה בבנק והכל על מנת שיוכל לתפוס בקרנות המזבח של החיים. הקטנת הזמינות של ביטוח פרטי לא תקטין את יוקר המחיה אלא אף תעלה אותו, אבל בנוסף, תהרוס חיים של משפחות שלמות.
- 2019 בפתח, זו הזדמנות מצוינת לקבל החלטות, אף שמשמעותן היא גם להודות בטעויות. אם המפקח החדש יעשה זאת, הוא בהחלט יהיה נושא דגל שפועל למען ציבור המבוטחים.
- הכותב הוא מומחה במדיניות בריאות וביטוח בריאות וסיעוד, יועץ בכיר בחברת הייעוץ פרש קונספט