TheMarker

בריאות

0% משלמים כפול: ההחלטה שתמנע תשלום יתר על ביטוחי בריאות

כמעט חצי מהציבור מחזיק בשני ביטוחי בריאות לפחות, שחופפים ביניהם בחלק גדול מהכיסויים ■ לאחר עשור של ניסיונות הצליחה הממשלה לקדם מהלך שמטרתו לצמצם את כפל ביטוחי הבריאות, ולרסן את הרווחים העודפים של חברות הביטוח

רוני לינדר

20:34, 17 במאי 2023

התראות במייל

שתי ועדות ציבוריות רבות משתתפים, שלוש הצעות חוק, אינספור לוביסטים ובעלי אינטרסים ועשור שלם חלף - עד שבשבוע שעבר בוועדת הבריאות של הכנסת הצליחה הממשלה לאשר מהלך שמטרתו לצמצם את כפל ביטוחי הבריאות בישראל, ולרסן את הרווחים העודפים של חברות הביטוח המסחריות בתחום.

זהו כשל שוק, שבו נתח עצום של כ-40% מהציבור — מאות אלפי משפחות — מחזיקים בשני ביטוחי בריאות לפחות: אחד מחברת ביטוח מסחרית, וביטוח משלים של קופת החולים. שני ביטוחים שחופפים ביניהם בחלק גדול מהכיסויים.

הכיסוי שבו קיימת הכפילות הגדולה ביותר הוא פרק הניתוחים. לפי נתוני אגף התקציבים באוצר, מאות אלפי משפחות בישראל שיש להן כפל ביטוח משלמות בממוצע 2,000 שקל מיותרים בשנה. הן משלמות יותר עבור כיסוי שניתן לממש רק פעם אחת. המהלך צפוי לחסוך לציבור בין 200 ל-400 מיליון שקל בשנה שחברות הביטוח המסחריות יפסידו בעקבות זאת.

ההחלטה מחייבת את חברות הביטוח הפרטיות לשאת בעלות הניתוח בכל מקרה שבו יש כפל ביטוח. אם המבוטח מימש את זכאותו לניתוח במסגרת הביטוח המשלים של קופת החולים — חברת הביטוח תחויב להעביר לקופה את התשלום עבור הניתוח שבוצע. כך, לא יהיה יותר מצב שבו לאדם יש שני ביטוחי בריאות, אבל קופת החולים היא זאת שתישא בכל או ברוב עלות הניתוח — וחברת הביטוח תרוויח.

במקביל, המדינה שואפת כי הציבור ישלם לביטוחים פרטיים שכוללים רק כיסויים משלימים לביטוח המשלים ולא חופפים אליו (כיסוי משלים לשב"ן). ולכן, הוחלט כי ביוני 2024, מועד חידוש הפוליסה הפרטית, ברירת המחדל תהיה להעביר את המבוטחים מביטוח מלא "מהשקל הראשון" לביטוח משלים לשב"ן, שמכסה רק את מה שלא מכוסה בביטוח המשלים.

אם המבוטח יודיע כי אינו מעוניין בכך — הוא יישאר בפוליסה המקורית. פוליסת משלים שב"ן זולה ב-30% בהשוואה לפוליסה רגילה, ולכן המעבר אליה צפוי לחסוך מאות שקלים למבוטחים באופן מיידי. לפי הערכות האוצר, משפחה ממוצעת שהיום מבוטחת בביטוח פרט תחסוך כתוצאה מכך 3,000 שקל בשנה

ההחלטה צפויה "להעמיס" מימון של ניתוחים רבים יותר על הביטוחים המשלימים של קופות החולים, ולפיכך כביכול היא אמורה לייקר את הפרמיות שלהם. באוצר התחייבו כי במקום להעלות את הפרמיות של הביטוחים המשלימים — המדינה תממן העברת פרקים אחרים מהביטוחים המשלימים — כמו טיפולי שיניים למשל — אל סל הבריאות הציבורי. כך, הציבור ירוויח פעמיים, הן בביטול כפל הביטוח והן בהכנסת שירותים לסל שבו מבוטח כלל הציבור.

כדי לאפשר את האופרציה המורכבת של העברות תשלומים ומבוטחים מהביטוח המסחרי לקופות החולים, יוקם ממשק מקוון שיאפשר גם הצלבת מידע שנמצא בידי הקופות וחברות הביטוח.

שיעורי ההחזר של חברות הביטוח המסחריות בביטוחי הפרט, מעידים על הרווחיות העצומה שלהן. שיעור ההחזר עומד על כ-40 אגורות מכל שקל בלבד — החזר נמוך דרמטית לעומת שיעורי ההחזר של קופות החולים ושל הביטוחים הקולקטיביים שיכולים להגיע עד 90 אגורות לשקל.

בעבר ניסו באגף התקציבים ובמשרד הבריאות לטפל בתופעה בדרכים שונות ואפילו כמעט הצליחו בכך, אך בעקבות לחצים מחברות הביטוח ומרופאים, המהלכים נעצרו. בפעם הראשונה היו אלה השרים משה כחלון ויעקב ליצמן שביקשו להטיל היטל מס של כ-40% על הכנסות הביטוחים הפרטיים ב-2016, אך בעקבות לחצים גדולים ויתרו על כך ברגע האחרון.

ניסיון נוסף נעשה בזמן ממשלת השינוי כששר האוצר אז, אביגדור ליברמן, ביקש להטיל היטל מעט יותר מצומצם על חלק מפעילות הביטוחים הפרטיים. ברגע האחרון הסעיף פוצל מחוק ההסדרים ולא קודם. הפעם, אחרי דיונים ממושכים בוועדת הבריאות בראשות ח"כ אוריאל בוסו (ש"ס), ולמרות התנגדות גדולה של חברות הביטוח ושל ארגון הרופאים העצמאים שניסו להילחם בו — הסעיף עבר.

הטענות נגד

חברות הביטוח הן המפסידות הגדולות מהמהלך, ולפיכך ניסו להיאבק בו. מנכ"ל איגוד חברות הביטוח, ד"ר גיא רוטקופף, שנכח בכל ישיבות הוועדה, האשים ואמר כי "הצעת החוק יוצאת מתוך נקודת הנחה שכל חברות הביטוח וסוכניה הם אנשים רעים. כל מה שלא נוח לממשלה לא קורה וכל מה שלא נוח לחברות הביטוח — קורה". רוטקופף הזהיר כי "מבוטחים לא ידעו על העברתם למשלים שב"ן, ויגלו זאת רק כשיזדקקו לכך. ואם ירצו להישאר בתוכנית הביטוח הנוכחית — היא תתייקר והם ייאלצו לשלם יותר".

גם ארגון הרופאים העצמאים ארצ"י נלחם במהלך. משום שקופות החולים משלמות פחות מחברות הביטוח, המהלך צפוי לפגוע בשכרם של מנתחים בניתוחים פרטיים. יו"ר הארגון ד"ר אייל שפירא טוען כי "אישור החוק הוא בכייה לדורות. החוק יפגע במטופלים ובמבוטחים, יקפיץ את מחירי פוליסות הבריאות המסחריות ויביא למצב של רפואה לעשירים ורפואה לעניים".

אחת טענות הנגד שנשמעו מטעם חברות הביטוח בנושא, הייתה שהוא יצמצם את אפשרויות הבחירה של מבוטחים ברופאים, מכיוון שהרשימות של המנתחים בקופות החולים מצומצמות יותר. אולם, במהלך הדיונים בוועדה נחשפו פרטים מעניינים על הרשימות של חברות הביטוח: נחשף כי חלק מהרשימות מנופחות באופן מלאכותי ברופאים שרבים מהם כמעט לא מנתחים בפועל במערכת הפרטית, וכי בערך 20% מהרופאים ברשימות הללו מבצעים יותר מ-85% מהניתוחים. בנוסף, נמצא כי הרופאים ה"כוכבים" והמבוקשים ביותר בכל תחום, שמבצעים חלק ניכר מהניתוחים — נמצאים ברשימות הן של חברות הביטוח והן של הביטוחים המשלימים. רופאים אלה צפויים לספוג פגיעה כלכלית כתוצאה מההחלטה, מכיוון שהשכר שלהם בחברות הביטוח גבוה בכ-20%-25% לעומת שכרם בביטוחים המשלימים.

יו"ר הוועדה גם סיכם עם נציגי משרדי הבריאות והאוצר על תוספת של כ-260 מיליון שקל לחיזוק הרפואה הציבורית כחלק מהמהלך. סוכם כי חלק מהכסף יופנה לצרכים חד־פעמיים כמו שיפוץ בתי חולים (כ-145 מיליון שקל), וחלק לבסיס הסל, הכולל התמחויות בקהילה, קיצור תורים בבתי חולים, מתורגמנים בבתי חולים לעולים חדשים, ואשפוזי בית ומרכזי חוסן בעוטף עזה.

מה נשתנה?

כיצד הפעם האוצר הצליח להעביר את מה שכשל בו בשנים קודמות? יש לכך כמה הסברים שאפשר אולי ללמוד מהם גם לטובת הפוליטיקה הארצית.

שותפות והקשבה — בניגוד לסבבים הקודמים שבהם האוצר פעל כמעט לבד מול כולם, הפעם קופות החולים היו שותפות מלאות למהלך. הן סייעו למשרד האוצר להדוף את האשמות של חברות הביטוח ולשכנע את חברי הכנסת בנחיצות המהלך.

מעבר לכך, האוצר יצר שיתוף פעולה עם יו"ר הוועדה בוסו מש"ס, מפלגתו של שר הבריאות; התמדה והעובדה שמדובר בצעד שמגובה במסקנות של שתי ועדות מקצועיות (גרמן ואש); המסגור של הצעד — הוא הוצג לא כהיטל או מס, ולא נגד הרפואה הפרטית, אלא בעד הרפואה הציבורית וטיפול ביוקר המחיה; ולבסוף, העובדה שהקשב הציבורי נתון בימים אלה למאבקים גדולים בהרבה על הכספים הקואליציוניים, קרן הארנונה וכמובן ההפיכה המשטרית. כל אלה לא סייעו למתנגדי המהלך, ובראשן חברות הביטוח, להשיג קשב ציבורי.