

משרד האוצר

פעולות ביקורת

ברוב משרדי הממשלה, ובכלל זה בנציבות שירות המדינה שבמשרד ראש הממשלה ובאגף החשכ"ל שבמשרד האוצר, נבדק הטיפול בנסיעות של עובדי מדינה לחו"ל במסגרת תפקידם. במשרד הבריאות, שהוא משרד עתיר נסיעות, נעשתה בדיקה מעמיקה במיוחד. הנושא נבדק גם ברשות השידור, שעובדיה מרבים לנסוע לחו"ל בתוקף תפקידם (ראו בדוח זה עמ' 175).

באגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון נבדקו היבטים של הפיקוח על ביטוחי בריאות מסחריים, ובמשרד הבריאות נבדקו היבטים של הפיקוח על תכניות לשירותי בריאות נוספים שמפעילות קופות החולים; בירורי השלמה נעשו באגף התקציבים שבמשרד האוצר.

באגף החשב הכללי ובמשרד המשפטים נבדקו הטיפול במתן תמיכות למוסדות ציבור וכן יישומה של הנחיית היועץ המשפטי לממשלה שנועדה למנוע כפל תמיכות (ראו בדוח זה בפרק "תקציב המדינה וביצועו").

במינהל הרכב הממשלתי ובאגף התקציבים שבמשרד האוצר נבדקו היבטים תקציביים בניהול משק הרכב הממשלתי (ראו בדוח זה בפרק "תקציב המדינה וביצועו").

תכניות לשירותי בריאות נוספים וביטוחי בריאות מסחריים

1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), שנכנס לתוקף ב-1.1.95, קובע את זכויות התושבים לסל שירותי בריאות (להלן - הסל) וכן את מקורות המימון של הסל¹.

במסגרת חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה), התשנ"ח-1998 (להלן - חוק להגברת הצמיחה), שנתקבל בכנסת בפברואר 1998, תוקן סעיף 10 לחוק, ובנוסחו החדש קבע בין היתר, כי קופת חולים (להלן - קופה) רשאית להציע לחבריה תכניות למתן שירותי בריאות נוספים (להלן - שב"ן) שאינם כלולים בסל, למעט שירותי סיעוד.

¹ בעניין זה ראו דוח שנתי 48 של מבקר המדינה (עמ' 145).

2. כל הקופות מציעות לציבור תכניות שב"ן. חברות ביטוח מסחריות מציעות לציבור מגוון של ביטוחי בריאות (להלן - ביטוחים מסחריים), מקצתם ביטוחים קבוצתיים (ראו להלן), ומקצתם ביטוחי פרט (המיועדים למבוטחים יחידים).

יש חפיפה ניכרת בין שירותי הבריאות הכלולים בתכניות שב"ן לבין אלה הכלולים במקצת הביטוחים המסחריים; יש גם ביטוחים מסחריים שאינם תחליפים לשב"ן, אלא נועדו ליצור רובד שלישי של ביטוח, נוסף על הסל והשב"ן. אולם יש גם הבדלים מהותיים בין תכניות השב"ן לבין הביטוחים המסחריים:

(א) תכניות השב"ן נועדו ליצור רובד שני של ביטוח בריאות חברתי - אמנם וולונטרי וממומן מתשלומי פרמיות, להבדיל מתשלומי מס בריאות - שכל אדם זכאי להצטרף אליו, ויהיה מצב בריאותו אשר יהיה, ולקבל את מלוא השירותים שנקבעו בתכנית השב"ן, בכפוף לתקופות אכשרה סבירות (למעשה, תקופות המתנה - ראו להלן), ומי שמצב בריאותו לקוי לא יידרש לשלם תוספת לפרמיה האחידה שנקבעה לעמיתים בגילו. לעומת זאת, חברות הביטוח, מטבע הדברים, מפעילות את הביטוחים המסחריים לפי כללי חיתום מקובלים ורשאות לסרב לבטח אדם שמצב בריאותו לקוי, או להחריג מכיסוי הביטוח את ליקויי הבריאות שלו. תכניות השב"ן דומות במקצת לביטוחים מסחריים קבוצתיים, אולם לתכנית שב"ן זכאים להצטרף כל החברים בקופה המציעה את התכנית.

(ב) לפי חוק הפיקוח על עסקי ביטוח, התשמ"א-1981 (להלן - חוק הפיקוח), חברת ביטוח חייבת ליצור עתודות בגין סיכוני ביטוח, ולהחזיק כנגדן נכסים (יעודות), כמפורט בתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (דרכי השקעת ההון, הקרנות וההתחייבויות של מבטח), התשמ"ז-1986; וכן חייבת להחזיק הון עצמי, כמפורט בתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הון עצמי מינימלי הנדרש ממבטח), התשנ"ח-1998. לעומת זאת, קופה אינה חייבת ליצור עתודות בגין תכניות השב"ן ולהחזיק כנגדן נכסים, ואינה נדרשת להחזיק בהון עצמי, אלא חייבת, לפי סעיף 10(ו) לחוק, לספק את שירותי הבריאות הנוספים "באופן שהוצאותיה, בכל שנה, לא יעלו על הכנסותיה מתשלומי העמיתים".

3. השירותים המוצעים בשב"ן ובביטוחים מסחריים נחלקים לשלושה סוגים עיקריים:

(א) שירותים נוספים - שירותים שאינם כלולים בסל, בעיקר שירותי סיעוד (לא בשב"ן), רפואה משלימה, טיפולי שיניים והספקת תרופות שאינן כלולות בסל.

(ב) שירותים מורחבים - תוספת מימון להשתלות בארץ או בחו"ל, תוספת כמותית לשירותים מסוימים, כגון טיפולי הפריה וטיפולים בתחום התפתחות הילד.

(ג) שירותים הניתנים באיכות משופרת כתחליף לשירותים התקניים הכלולים בסל - בייחוד הזכות לבחור ברופא מסוים לביצוע ניתוח או טיפול אחר (זכות העשויה גם לאפשר קיצור התור).

4. משרד הבריאות מפקח על תכניות השב"ן. המפקח על הביטוח במשרד האוצר (להלן - המפקח), שהוא, על פי הנוהג, הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון, מפקח על הביטוחים המסחריים, לרבות ביטוחי הסיעוד, למעט הביטוח שמפעילה מכבי מגן אגודה שיתופית לביטוח הדדי נגד מחלות בע"מ (להלן - מכבי מגן). בסעיף 14(א) לחוק הפיקוח נקבע כי "לא יעסוק אדם בביטוח אלא אם יש בידו רשיון לפי סעיף 15 ובהתאם לתנאי הרשיון". בסעיף 95 לחוק הפיקוח נקבע כי "על קופת חולים כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 לא יחולו הוראות חוק זה לענין שירותים רפואיים שהיא נותנת לפי החוק האמור לרבות שירותים נוספים בהתאם לסעיף 10 בחוק האמור."

כל קופה רשאית להרכיב תכניות שב"ן לפי שיקול דעתה, בכפוף לאישור שר הבריאות (להלן - השר), וכל חברת ביטוח ("מבטח", כלשון חוק הפיקוח) רשאית להרכיב תכניות לביטוח מסחרי לפי שיקול דעתה, בכפוף לאישור המפקח.

תנאי תכניות השב"ן נקבעים בתקנונים הטעונים אישור השר. קופה רשאית לבקש מהשר לאשר לה לשנות את התעריפים ואת השירותים שנקבעו בתקנון שב"ן שלה, בין לטובת המבוטחים ובין לרעתם, בהתחשב במצבה הכספי של התכנית. לעומת זאת, ביטוחים מסחריים מעוגנים בפוליסות שהן חוזים המחייבים הן את המבוטחים והן את המבוטחים, ובדרך כלל תנאיהם אינם ניתנים לשינוי (אלא בהסכמת שני הצדדים ובאישור המפקח). עם זאת, אין זה מן הנמנע שהמפקח יענה לבקשתה של חברת ביטוח להעלות את תעריפי הביטוח שנקבעו בפוליסה לטווח ארוך - החל מתום שלוש שנים להוצאת הפוליסה - אם תציג לפניו נתונים המצביעים בבירור על גידול בעלות הכיסוי של סיכון הביטוח (כגון גידול בעלות טיפול רפואי עקב שינויים טכנולוגיים).

5. לפי נתוני משרד הבריאות מסוף 1999, קרוב למחצית מכלל החברים בקופות היו מבוטחים גם בתכנית שב"ן. בדוח שנתי מס' 4 של הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון (לשנת 1999) הוצגו נתונים המראים שהיקף הפרמיות בענף ביטוח הבריאות המסחרי גדל בשנים האחרונות בקצב מהיר, אולם לא הוצגו בו נתונים בדבר מספר המבוטחים בענף.

6. בחודשים אפריל - ספטמבר 2000 בדק משרד מבקר המדינה במשרד הבריאות ובאגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון שבמשרד האוצר (להלן - אגף שוק ההון) היבטים של השב"ן וביטוחים מסחריים ושל הפיקוח עליהם. בירורי השלמה נעשו באגף התקציבים שבמשרד האוצר.

קביעת המתכונת של תכניות שב"ן ואישורן

1. בטרם נחקק החוק הפעילו הקופות בעצמן ביטוחי בריאות משלימים, מקצתן במשך שנים רבות. הסל שנקבע לפי החוק כלל את השירותים הבסיסיים שנתנה קופת חולים כללית (כיום שמה שירותי בריאות כללית; להלן - כללית) לחבריה ב-1.1.94, וכן את מרבית השירותים שנתנה במסגרת הביטוח המשלים שהיא הפעילה לפני החלת החוק.

2. בחוק משנת 1994 נקבע בסעיף 10(א), שקופה רשאית להציע לחבריה ביטוח למימון שירותי בריאות נוספים שאינם כלולים בסל שירותי הבריאות. לפי לשון סעיף 10(ג), לא היתה מניעה שהקופות יפעילו בעצמן את הביטוח המשלים.

3. במהלך השנים 1994-1997 דנו משרד הבריאות ומשרד האוצר בשאלה אם יש להרשות לחברות ביטוח בלבד או גם לקופות (בעצמן או באמצעות תאגידים שבשליטתן) להפעיל תכניות לביטוח בריאות משלים. אלה הנימוקים העיקריים שהעלו משרד הבריאות והקופות למתן רשות לקופות להפעיל תכניות כאלה: (א) מן הראוי לאפשר לשכבות אוכלוסייה גדולות לרכוש ביטוחי בריאות משלימים שיציעו הקופות במחירים זולים יחסית לאלו של ביטוחי בריאות מסחריים. (ב) בשל האופי החברתי של התכניות המשלימות שיציעו הקופות, לא יהיו הקופות רשאיות לסרב לבטח בהן אזור מפתח גילו או ליקויים בבריאות. (ג) מאחר שהחוק קבע סל שירותים בסיסי אחד, ובכך הגביל במידה רבה את חופש הפעולה של הקופות ואת יכולתן לקיים ביניהן תחרות ממשית, מן הראוי לאפשר להן להציע תכניות ביטוח משלימות שונות זו מזו, הן בהרכב השירותים הנוספים שייכללו בהן והן בתעריפיהן. (ד) מן הראוי לאפשר לקופות לנצל את הניסיון הרב שצברו במשך שנים בהפעלת תכניות ביטוח משלימות שצברו עודפי הכנסות על הוצאות.

אגף שוק ההון טען, כי ראוי שביטוחי בריאות משלימים יופקדו רק בידי חברות ביטוח מסחריות שיהיו נתונות לפיקוחו, ואלה נימוקיו: (א) הקופות עלולות לסבסד את ביטוחי הבריאות המשלימים, על חשבון המשאבים האמורים לשמש להספקת שירותי הסל, ויהיה קשה מאוד לקיים פיקוח לשם מניעת סבסוד כזה. (ב) בשל התחרות בין הקופות, הן עלולות להציע תכניות נדיבות מדי, שסיבן להן הפסדים לאחר זמן מה (בייחוד לאחר שיסתיימו תקופות האכשרה של מרבית המצטרפים אליהן). הפסדים בתכנית ביטוח משלימה, אם ייווצרו, עלולים לפגוע במצבה הכספי של קופה, וזה עלול

לגרור דרישות לסיוע ממשלתי כדי למנוע פגיעה ביכולתה לספק את שירותי הסל. (ג) פעילות חברות ביטוח מוסדרת בחוק הפיקוח ובחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981, הכוללים הוראות בדבר הגנה על ענייניהם של המבוטחים כלפי המבטחים.² (ד) הפעלתם של ביטוחי בריאות משלימים בידי הקופות עלולה להכביד על מבוטחים שירצו לעבור מקופה לקופה (בהנחה שלא תהיה רציפות זכויות בין ביטוחי הבריאות המשלימים של הקופות השונות);³ דבר זה יפגע בעיקרון שלפיו צריך להיות מעבר נוח וחופשי בין הקופות (עיקרון שנועד לדרבן את הקופות לספק את שירותי הסל באיכות טובה ככל האפשר). (ה) קופה עלולה להפלות לרעה חברים שלא ירכשו את הביטוח המשלים שהיא תציע (ראו להלן).

4. בהצעת תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (ביטוח משלים), התשנ"ה-1995, שהגיש משרד הבריאות ביולי 1995 לאישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, נקבע שתכנית ביטוח משלים, שקופה מציעה לחבריה להצטרף אליה, תופעל בידי תאגיד נפרד מהקופה שהוא מבטח כמשמעותו בחוק הפיקוח. הצעת התקנות לא אושרה; לאחר דיונים ממושכים אימצו משרד הבריאות ומשרד האוצר מתכונת שונה מזו שנקבעה בהצעת התקנות (ראו להלן).

בשנים 1995-1997 הציעו הקופות לחבריהן להצטרף לתכניות ביטוח משלים שהפעילו תאגידים נפרדים. שתיים מהן הציעו ביטוחים של חברות ביטוח מסחריות ושתיים הציעו תכניות ביטוח של חברות שאינן "מבטחים" לפי חוק הפיקוח.

5. בתיקון עקיף לחוק שנכלל בחוק להגברת הצמיחה, נקבע בסעיף 10(א) - בשונה מהכוונה שבאה לידי ביטוי בהצעת התקנות האמורה ומהדרך שבה הפעילו הקופות את הביטוח המשלים בשנים 1995-1997 - כי קופה רשאית להציע תכניות שב"ן בעצמה או באמצעות חברה בת (שאינה חייבת להיות מבטח כמשמעותו בחוק הפיקוח). באותו תיקון הוספה לסעיף 21 לחוק הוראה הקובעת שקופה "לא תתנה מתן שירותים הכלולים בסל השירותים שלה בהצטרפות או בחברות בתכניות לשירותים נוספים לפי סעיף 10".

6. ביוני 1998 הפיץ משרד הבריאות למנהלי הקופות הבהרות וכללים בעניין אישור תכניות השב"ן; בין השאר נקבע: (א) במקרה המכוסה הן על ידי הקופה והן על ידי מבטח אחר, תחול זכות המבוטח לשירות או לשיפוי בגינו על החלק היחסי של הקופה מכלל התכניות או הפוליסות החלות על המקרה; הקופה תיתן את השירות במלואו ותהיה זכאית להיפרע בגינו מהמבטח האחר. (ב) אין להגביל את זכאותו של עמית בשב"ן לקבל שירות הכלול בה מפאת בעיה רפואית שנוצרה לפני הצטרפותו לשב"ן או במשך תקופת אכשרה שקבעה קופה; הקופה תהיה חייבת לתת כל שירות הכלול בתכנית השב"ן לאחר שסיים העמית את תקופת האכשרה. בתיקון העקיף לסעיף 10 לחוק נקבע שהקופה לא תגביל הצטרפות חבר לשב"ן וזכויותיו בה בתנאי כלשהו, למעט תקופות אכשרה סבירות. הוראת משרד הבריאות נועדה להיטיב עם חברי קופות שבריאותם לקויה, ולקבוע שתקופות האכשרה שיקבעו הקופות יהיו למעשה רק תקופות המתנה, שבסיומן יהיה כל עמית זכאי לקבל את מלוא השירותים בשב"ן, לרבות שירות שהוא זקוק לו מפאת ליקוי שהתהווה בטרם הצטרף לשב"ן או בטרם הסתיימה "תקופת האכשרה" שנקבעה לאותו שירות.

7. בעקבות התיקון האמור לסעיף 10 לחוק, התקין השר ב-1998 את תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (תכניות לשירותים נוספים ושינויים בה), התשנ"ט-1998. בתקנות נכללו בין השאר הוראות מעבר שלפיהן יצורפו לשב"ן מבוטחים שהצטרפו לתכניות לביטוח משלים שהפעילו הקופות בעבר (בכפוף לזכותו של כל מבוטח לבטל את חברותו בשב"ן בכל עת); ובדבר חובתה של כל קופה לפרסם מסמך המפרט את הזכויות והחובות של עמיתי השב"ן ולמסרו לכל העמיתים לפי דרישתם, ולציין בהבלטה, במבוא למסמך ובכתב ההצטרפות, את הנוסח המלא של אחדים מסעיפי החוק,

² ביקורת בעניין זה ראו בדוח שנתי 47 של מבקר המדינה, עמ' 33-34.
³ למעשה הנהיגו שלוש מבין ארבע הקופות הסדרי רציפות זכויות שלפיהם הן מכירות במידה רבה, או באופן מלא, בוותן שצבר עמית בשב"ן של קופה אחרת.

פירוט תקופות האכשרה ותשלומי העמיתים, וכן את ההודעה דלהלן: "זכותו של מבוטח בקופה לקבל את מלוא השירותים שהוא זכאי להם מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, לא תושפע מהצטרפותו או אי הצטרפותו לתכנית לשירותי בריאות נוספים".

8. בעקבות התיקון לחוק, מציעות הקופות לציבור תכניות שהן מפעילות בעצמן, למעט קופה אחת המפעילה שב"ן באמצעות חברה בת (שאינה מבטח כמשמעותו בחוק הפיקוח).

9. עד מועד סיכום הביקורת, ינואר 2001, לא אישר השר את תכניות השב"ן. משרד הבריאות הודיע למשרד מבקר המדינה באותו חודש כי "למרות היעדר אישור שר הבריאות, קיימת מסגרת מחייבת ומוגדרת לתכניות השב"ן של הקופות, שגובשה לאחר עבודת מטה מורכבת וצמודה של גורמי המקצוע והיעוץ המשפטי במשרד". את העדר אישור השר הסביר המשרד בין השאר בחילופי אישים תכופים בתפקיד השר.

10. לפי הדוחות הכספיים של הקופות, נוצר עודף הכנסות על הוצאות בתכניות השב"ן של שלוש קופות ואיזון בוז של קופה אחת. להלן תמצית הנתונים של תכניות השב"ן לפי דוח על פעילות הקופות לשנת 1999, שרואה חשבון חיצוני מסר למשרד הבריאות:

הקופה	מספר המבוטחים בקופה (באלפים)	מבוטחים בשב"ן באלפים באחוזים	עודף הכנסות על הוצאות (במיליוני ש"ח)
כללית	3,535	1,096	31
מכבי	1,373	1,112	81
מאוחדת	640	435	68
לאומית	611	196	32
ס"ה	6,159	2,839	46
			165

יצוין, כי שיטת ההתחשבנות בין תכניות השב"ן לבין הסל שונה מקופה לקופה (ראו להלן). לשיטת ההתחשבנות יש השפעה מהותית על עודפי ההכנסות, ולכן העודפים אינם בהכרח בני השוואה. בדבר השימוש בעודפים, ראו להלן.

התחייבות קופה לשלם לבית חולים

1. לצורך אשפוז או ביקור במרפאה בבית חולים, הכלולים בסל, מקבל חבר קופה טופס התחייבות של הקופה לשלם לבית החולים (להלן - טופס 17). במצב שגרתי, דהיינו כאשר המבוטח מקבל את השירות בתנאים הרגילים של הסל, נזקף התשלום לפי טופס 17 לחובת תקציב הסל של הקופה. אולם לא נקבעו בחוק או בתקנות כללים בדבר מתן טופס 17 על חשבון תקציב הסל של הקופה, כשחבר הקופה זקוק לשירות הכלול בסל, אך מחליט לקבל את השירות באיכות משופרת (בעיקר טיפול בידי רופא שהחבר בחר בו) לפי זכויותיו בתכנית שב"ן או בפוליסת ביטוח מסחרית, או תמורת סכום שהחבר משלם על חשבונו.

בפרק "הרפואה הציבורית בישראל" בדוח שנתי 38 של מבקר המדינה (עמ' 170-231 , ובעיקר עמ' 175-204 ועמ' 230-231) נדון הצורך להפריד בין מערכת הרפואה הציבורית לבין מערכת הרפואה הפרטית, כדי למנוע ניצול לרעה של המערכת הציבורית לטובת הפרטית. בייחוד נדונה הקדמת המועד של ניתוחים וטיפולים אחרים בדרך של עקיפת התור הרגיל בבית החולים (להלן - קיצור תורים) תמורת תשלומים לרופאים בכירים, בין השאר בעזרת זכויותיהם של מבוטחים בביטוח מסחרי או בביטוח רפואי נוסף שהפעילו קופות (לפני הפעלת תכניות השב"ן). בדוח צוין (בעמ' 190) שהיועץ המשפטי לממשלה התריע לפני השר ב-1985 על התופעה הרווחת של מתן טיפול רפואי פרטי בבתי חולים ציבוריים, וקבע שיש בכך חשש לכאורה לעבירה חמורה. מבקר המדינה הביע דעתו (שם, עמ' 191), כי "חדירת הרפואה הפרטית אל בין כותלי בתי החולים הממשלתיים והציבוריים, הנעשית במסווה ויש שבהסכמה שבשתיקה, מביאה עמה השחתת מידות ועיוות אמות מידה מוסריות".

2. יעילותו של ביטוח בריאות - בין שב"ן ובין ביטוח מסחרי - המבטיח זכות לבחור ברופא (ועקב כך ליהנות, אולי, מקיצור התור) תלויה במידה רבה במספר המצטרפים לתכניות כאלה: ביטוח כזה ממריץ אנשים לרכוש את הביטוח נוכח ה"איום" מכללא, שמי שלא ירכוש ביטוח כזה, יקטנו סיכוייו להיות מטופל בידי הרופאים הטובים ביותר, וכן עלול הוא להידחק לסוף התור לניתוח או לטיפול. אולם אם חלק גדול מהאוכלוסייה ירכשו ביטוח כזה, תלך ותצטמצם התועלת שאפשר להפיק מאותו ביטוח, שכן סביר להניח שיווצר שוב עודף ביקוש לרופאים המובחרים ולקיצור תורים, והתועלת שיפיק המבוטח מתשלום דמי הביטוח עלולה להיות מצומצמת.

3. בכל קופה יש מבוטחים במסגרת הסל בלבד, מבוטחים במסגרת הסל ושב"ן, מבוטחים במסגרת הסל ובביטוח בריאות מסחרי, ומבוטחים בסל, בשב"ן ובביטוח מסחרי. ייתכן הברזל במתן טופס 17 על חשבון הסל, לא רק בין הקבוצות האמורות (כגון הברזל בין שני חברי קופה, אחד עמית בשב"ן ואחד מבוטח בביטוח מסחרי), אלא אף בין שני מבוטחים בקבוצה אחת (כגון שני חברים בקופה, שיש להם ביטוח מסחרי), שאחד מהם יקבל טופס 17 שיכסה את החלק מעלות הטיפול המשופר שיקבל במסגרת הביטוח המסחרי אשר כלול למעשה בסל, ואילו לחבר האחר תימנע הקופה מלתת טופס 17, אם יוודע לה שהוא מבקש את הטופס לצורך קבלת טיפול באיכות משופרת. הטופס שיקבל אחד החברים עשוי להפוך למעשה ל"מסמך סחיר", שכן חברת הביטוח עשויה לשלם לו סכום ניכר (שגודלו יכול להיקבע במשא ומתן בינה לבין תמורת הטופס, שיאפשר לה לשלם רק את יתרת תעריף הטיפול, לאחר שהקופה תשלם את התעריף הרגיל שהיה מגיע לבית החולים אילו ניתן השירות באיכות רגילה במסגרת הסל.

(א) הסוגיה של מתן טופס 17 על חשבון תקציב הסל של הקופה כאשר החבר מקבל שירות באיכות משופרת לפי זכויותיו בתכנית שב"ן או בביטוח מסחרי (או תמורת תשלום על חשבון) כרוכה בשאלה עקרונית: מצד אחד אפשר להצדיק מתן טופס 17 לחבר על חשבון תקציב הסל, משום שהוא זכאי לקבל כיסוי לתעריף הרגיל של השירות שהוא מקבל, מאחר שהוא משלם מס בריאות למימון תקציב הסל של הקופה; אם לא יינתן לחבר טופס 17, הוא עלול לשלם למעשה פעמיים בעד החלק הבסיסי של השירות - פעם באמצעות מס בריאות ופעם באמצעות התעריף של השב"ן או של הביטוח המסחרי, או בתשלום מכיסו. אולם מצד שני אפשר לראות בשירות המשופר שהוא מקבל (בעיקר בחירת רופא, ויתכן שיהנה בשל כך מקיצור התור לקבלת השירות) שירות שונה מהותית מהשירות הרגיל שתקציב הסל נועד לספק בצורה שיוויונית, ולסבור שמשום כך יש לשלול - לגמרי או חלקית - את זכות החבר לקבל טופס 17 על חשבון תקציב הסל.

(ב) משרד הבריאות הודיע לקופות בספטמבר 2000, כי בדיקה שעשה העלתה שכל קופה נוקטת שיטה שונה להתחשבות בין הסל לשב"ן כאשר חבר מקבל שירות באיכות משופרת לפי זכויותיו בשב"ן. המשרד הודיע לקופות, כי בדעתו לקבוע שיטת התחשבות אחידה, שלפיה תישא תכנית השב"ן בלבד במלוא עלותו של שירות באיכות משופרת, משום שהוא סבור שלפי החוק זכאי חבר

לקבל שירות הכלול בסל, ולא לקבל פיצוי כספי (שיממן חלק מעלותו של שירות באיכות משופרת). נוסף על כך, חשש המשרד ששיטות ההתחשבנות הקיימות יאפשרו זליגת כספים מתקציבי הסל לתקציבי השב"ן, כלומר סבסוד תכניות השב"ן על חשבון הסל (ראו גם להלן).

(ג) יש באי-ודאות בדבר קבלת טופס 17 כדי לייקר שלא לצורך את תעריפי הביטוח המסחרי (לעומת זאת, יש פוליסות ביטוח מסחריות שמתנות את הכיסוי המגיע למבוטח במימון כל זכויותיו, הן במסגרת חוק הבריאות והן במסגרת השב"ן).

(ד) בספטמבר 2000 החליטה הממשלה לתקן את החוק כך שיקבע שתוקפו של טופס 17 יותנה בכך שלא יידרש ולא ייגבה כל תשלום נוסף מהמבוטח או מכל גוף אחר, לרבות מבטח ותכנית שב"ן, בעד השירות שבגיננו ניתנה ההתחייבות, ובכלל זה תשלום בעד בחירת רופא או מטפל או בעד הקדמת מועד הטיפול (קיצור תור).

בדברי ההסבר להצעת החלטת הממשלה נאמר:

"כיום מספקים חלק מבתי החולים שירותי רפואה פרטיים (בעיקר בחירת רופא או מטפל וקיצור תורים) אף שמימון הפעולה הרפואית נעשה בעיקר בהתבסס על שימוש בהפניות ובהתחייבויות שמפיקות קופות החולים למבוטחיהן ('טופס 17'). לכן, המחיר של השירות הפרטי (המשולם ישירות מהמבוטח לספק השירות, שמעביר חלק מהתשלום לרופא המטפל), מתייחס רק למרכיב הפרטי של השירות, בעוד שהמחיר הבסיסי של השירות ממומן מכסף ציבורי. בדרך זו נשענים בתי החולים על מקורות ציבוריים לצורך יצירת פעילות פרטית נוספת תוך ניצול כספי מקורות המימון על פי החוק שלא למטרה להם נועדו.

...

יש ליצור הפרדה, כך שמקורות קופות החולים ישמשו למימון פעילות ציבורית בלבד, בעוד שפעילות פרטית תמומן כולה באמצעות מקורות פרטיים.

...

הצעד המוצע יחסוך לקופות החולים כ-70 מיליון ש"ח, מתוכם כ-35 מיליון ש"ח יופחתו מתקציב הבריאות, ו-35 מיליון ש"ח ייועדו לשיפור רמת השירות לכלל המבוטחים".

בהתאם להחלטת הממשלה, מוצע בהצעת חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנת הכספים 2001), התשס"א-2000 (להלן - הצעת חוק ההסדרים), להוסיף לחוק ביטוח בריאות ממלכתי את הסעיף דלהלן:

"30א. (א) תוקפה של התחייבות של קופת חולים לשלם לנותן שירותים בעבור שירותי בריאות שנותן השירותים מעניק לחבר בקופה, יהיה מותנה בכך שלא יידרש ולא ייגבה מהחבר כל תשלום נוסף בקשר לשירות שבעבורו ניתנה ההתחייבות בשל מתן עדיפות לחבר בקבלת השירות, והקופה לא תשלם בעבור שירותי בריאות שניתנו בידי נותן שירות ואשר לגביהם נגבה תשלום נוסף כאמור;

...

(ב) נותן שירותים ימציא לקופת חולים, לפי דרישתה, כל מידע הדרוש לה כדי לקיים את הוראות סעיף זה".

(ה) תיקון החוק לפי הצעת חוק ההסדרים עשוי לשנות את חלוקת נטל ההוצאות על ניתוחים וטיפולים אחרים בין תקציבי הסל של הקופות, מצד אחד, לבין תקציבי השב"ן והביטוחים המסחריים, מצד שני, ויתכן שהדבר יצריך שינויים ניכרים בתחשיביהם ובתעריפיהם. אגף התקציבים כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2001, כי התיקון המוצע ייטיב עם קבוצות חלשות

באוכלוסייה, שכן הטלת מלוא התשלום בעד שירות באיכות משופרת על הביטוחים המסחריים ועל תכניות השב"ן תאפשר לקופות להפנות מקצת תקציבי הסל שלהן (שנשאו עד כה בחלק מהנטל האמור) לשיפור שירותי הסל לכלל האוכלוסייה, לרבות הקבוצות החלשות.

חשש לסבסוד תכניות שב"ן על חשבון משאבים המיועדים לשירותי הסל

הקופות מספקות את השירותים הכלולים בסל ובשב"ן באמצעות כוח האדם הרפואי והמינהלי שלהן והתשתית הפיזית שלהן (בעיקר סניפיהן). משרד הבריאות לא קבע הנחיות בדבר זקיפת עלויות של כוח אדם ותקורה לחובת תכניות השב"ן (בדבר חשש נוסף לסבסוד תכניות השב"ן על חשבון הסל, ראו לעיל). בדוחות הכספיים של הקופות אין ביאורים בדבר השיטה והמחירים שלפיהם נעשית ההתחשבות. בנסיבות אלו מוטלת בספק משמעותו של עודף ההכנסות על ההוצאות שנוצר עד כה ברוב תכניות השב"ן. ייתכן שתכניות השב"ן צוברות עודפים בשל סבסוד סמוי על חשבון המשאבים המיועדים להספקת שירותי הסל (אם ההתחשבות אינה מבוססת על זקיפת עלויות כוח אדם ותקורה ריאליות לחובת השב"ן), ואילו העודפים המדווחים של השב"ן משמשים מקור למימון תקציבי הסל.

משרד הבריאות הודיע למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2000, כי התקורות שיש להעמיס על תכניות השב"ן שונות מקופה לקופה. בדיונים עם הקופות הנחה אותן משרד הבריאות לזקוף לתכניות השב"ן עלויות כוח אדם ועלויות אחרות. המשרד הודיע, כי הוא בודק באמצעות רואה חשבון חיצוני אם הקופות מקיימות את ההנחיה; אם ממצאי הביקורת של רואה החשבון יצביעו שיש צורך בכך, ייתן המשרד לקופות הנחיות בדבר זקיפת העלויות - הנחיה אחידה או הנחיה המותאמת לכל קופה וקופה.

שמירה על יציבות תכניות השב"ן

1. למרות העדר הון עצמי ועתודות לסיכונים, יציבותן של תכניות השב"ן יכולה לכאורה להישמר באמצעות שינויים בתקנוניהן, כגון גריעת שירותים או העלאת תעריפים, באישור השר, אם יתברר שתכנית שב"ן צוברת גירעון. אולם בתגובה לפעולות כאלו עלולים עמיחים בריאים לפרוש מתכנית שב"ן, נוכח השינוי לרעה בכדאיותה יחסית לביטוח בריאות מסחרי, ויתכן שיישארו בתכנית בעיקר אנשים שבריאותם לקויה. התפתחות כזאת עלולה לפגוע ביציבותה של תכנית שב"ן.

משרד הבריאות ואגף התקציבים הודיעו למשרד מבקר המדינה בינואר 2001, שלדעתם האפשרות של גירעון בתכנית שב"ן איננה מעשית, משום שהקופות מקפידות למנוע גירעון בתכניות שב"ן, דבר שנאסר בחוק, ומשרד הבריאות מקיים פיקוח הדוק בעניין זה. אגף התקציבים הוסיף, שאין בתכניות השב"ן התחייבויות לזמן ארוך (כפי שיש בביטוח סיעוד); צפוי שאם יחולו שינויים בתכניות השב"ן, הם יהיו הדרגתיים והקופה תוכל להיערך מבעוד מועד למנוע גירעון, בדרך של שינוי זכויות העמיתים או שינוי התעריפים, בלא לגרום פרישה של עמיתים רבים.

2. בחוק לא נקבע איזה שימוש תהיה קופה חייבת או רשאית לעשות בעודפי הכנסות על הוצאות בתכנית שב"ן, כפי שאכן נוצרו בשנים האחרונות. יצוין שלא נקבע בחוק מה ייעשה אם יוצר גירעון בתכנית שב"ן, בניגוד להוראת סעיף 10(ו) לחוק.

בעניין זה השיב משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה בינואר 2001, כי עדיין אינו יכול להעריך את ההיקף של עודפי ההכנסות על ההוצאות שיהיו בתכניות שב"ן כאשר ייעשו הרפורמות המתוכננות (אם ייעשו), ובייחוד ההוראה האמורה בעניין טופס 17, הכלולה בהצעת חוק ההסדרים. מסיבה זו, וכדי להיווכח שהיציבות הכלכלית של תכניות השב"ן עומדת במבחן הזמן, עדיין אין בכוונת משרד הבריאות להורות על שימוש בעודפים להוספת שירותים או להוזלת התעריפים.

3. קופה יכולה להשתמש בעודפי הכנסות על הוצאות בתכנית שב"ן, מקצתם או כולם, ליצירת עתודה בתכנית כנגד סיכונים שעשויים להתממש בעתיד; למימון תוספת לשירותים בתכנית השב"ן; להקטנת הפרמיות שלה; או למימון גירעון בתקציב הסל של הקופה או שיפור השירות במסגרת הסל, אגב סבסוד כלל חברי הקופה על חשבון חבריה שעמיתים בשב"ן.

מהדוחות הכספיים של הקופות עולה, שעודפי ההכנסות בתכניות השב"ן שימשו למעשה למימון הגירעונות מפעילותן השוטפת של הקופות במסגרת הסל (באחת הקופות - להגדלת עודף ההכנסות בתקציב הסל). אחת הקופות חישה את עודף ההכנסות על ההוצאות בתכנית השב"ן לאחר רישום הוצאה ליצירת עתודות ביטוח במסגרת חשבונות תכנית השב"ן שלה.

מן הראוי שמשרד הבריאות ומשרד האוצר יתנו את דעתם על הצורך לקבוע בהקדם הוראות בדבר ייעוד העודפים בתקציבי השב"ן של הקופות.

הפיקוח על ביטוחי בריאות מסחריים קבוצתיים

ביטוחי בריאות מסחריים נחלקים לביטוחי פרט ולביטוחים קבוצתיים. ביטוח קבוצתי הוא ביטוח של קבוצת אנשים בעלי מכנה משותף, המצדיק עשיית הסכם כולל לקבוצה זו ומתן הנחות בשל כך. יתרון הגדול של קבוצת מבטחים מאפשר חיסכון בעלויות השיווק של הביטוח, וגבייה מרוכזת של הפרמיות מצמצמת את עלויות התפעול שלו. בניהול המשא ומתן עם המבטח יכולה קבוצה להיעזר ביועצים חיצוניים ולקבל הצעות מכמה חברות ביטוח, כדי לרכוש לקבוצה ביטוח טוב יותר ובמחיר זול מזה שכל פרט היה משיג בעצמו.

נוכח יכולתן של קבוצות מבטחים לשמור במידה ניכרת על ענייניהן, מתמקד אגף שוק ההון בעיקר בפיקוח על ביטוחי פרט, והוא לא הקצה משאבים לפיקוח פרטני על תנאי הפוליסות של ביטוח בריאות קבוצתי.

בדצמבר 1999 הפיצה המפקחת על הביטוח חוזר למבטחים, ובו כללים לשמירת יציבותם בתחום של ביטוח בריאות קבוצתי. בדברי ההסבר לחוזר נאמר שנוכח "התחרות החריפה שהתפתחה בתחום ביטוחי הבריאות הקבוצתיים והחשש של אגף הפיקוח שהתעריפים שחברות הביטוח גובות נמוכים ממחיר הסיכון הגלום בפוליסות אלו", החליטה המפקחת להנחות את ענף הביטוח כיצד לפעול בתחום זה, אך לא להתערב ישירות בקביעת התעריפים אלא לקיים פיקוח עקיף כאמור בחוזר. לפי הכללים, כל מבטח העוסק בביטוח מפני מחלות, אשפוז או תאונות אישיות, חייב להעסיק אקטואר בעל ניסיון בתחום זה ("אקטואר בריאות"). על מבטח שאינו מעסיק אקטואר בריאות נאסר לחלוטין למכור פוליסות קבוצתיות בענפי הביטוח האמורים; משמע שלא נאסר עליו למכור פוליסות ביטוח בריאות לפרט. אקטואר הבריאות יכין נספח לכל פוליסה קבוצתית, שיכלול לפחות את תעריף הסיכון שהוא מעריך ודרך חישובו, את רכיב ההעמסות הדרוש לכיסוי עלויות הניהול והשיווק ודרך חישובו, וכן את רכיב הרווח הכלול ברכיב ההעמסות; הנספח האקטוארי יועמד לרשות המפקח, לפי דרישתו. בחוזר נקבע, שאם דמי הביטוח שמבטח גובה בעד פוליסה קבוצתית אינם מכסים את עלות כיסוי הסיכון ואת עלויות הניהול והשיווק (למעט הרווח), עליו ליצור מיד עתודה נוספת לכיסוי הפסדים בעתיד. הנחיות אלו חלות רק על כל פוליסה קבוצתית שתונפק החל ב-20.12.99. אשר לפוליסות קבוצתיות שהונפקו לפני אותו מועד, לא נדרש להכין

נספח אקטוארי, אבל מבטח שיועד שפוליסה קבוצתית קיימת צפוי שתסב לו הפסד חייב ליצור עתודה לכיסוי ההפסד הצפוי לפי המידע שבידיו. בחוזר הוטלה על מבטח חובה לתת בדוחותיו הכספיים גילוי נאות בדבר עתודות לכיסוי הפסדים בגין פוליסות קבוצתיות.

ביטוח סיעוד

1. ביטוח סיעוד נועד לממן שירותי סיעוד לאדם שליקויים בבריאותו מונעים ממנו לעשות פעולות יומיומיות חיוניות. הרוב המכריע של הזקוקים לסיעוד הם זקנים, ולפיכך מדובר בעיקר בביטוח לטווח ארוך.
2. המפקחת הפיצה במאי 2000 חוזר הקובע עקרונות לפוליסות ביטוח סיעוד לפרט שיימכרו לאחר 30.9.00.
- לדברי אגף שוק ההון, 95% מביטוח הסיעוד המסחרי הוא ביטוח קבוצתי. עד ינואר 2001 הפיץ האגף לחברות הביטוח טיטות של החוזר שהוא מכין בדבר העקרונות לביטוח סיעוד קבוצתי, וביקש את תגובותיהן; הוא עדיין לא קבע הנחיות מחייבות בתחום זה.
3. בסעיף 10(ב)(3) לחוק, כפי שתוקן ב-1998, נקבע: "התכנית תהיה למתן שירותים בפועל בלבד ..., למעט שירותי סיעוד...". בעקבות זאת התקשרה כל קופה, למעט מכבי, עם חברת ביטוח מסחרית שמפעילה ביטוח סיעוד קבוצתי בכפוף לפיקוחו של המפקח.

מכבי ממשיכה להציע לחבריה ביטוח סיעוד קבוצתי שמפעילה מכבי מגן, וכיום מבוטחים בביטוח הסיעוד שלה יותר ממיליון בני אדם. לטענת מכבי, פעילות מכבי מגן בתחום הסיעוד איננה "עיסוק בעסקי ביטוח", כמשמעותו בחוק הפיקוח, והיא פועלת על בסיס פטור מהצורך לקבל רישיון מבטח על פי חוק הפיקוח. מכבי מגן ביקשה מאגף שוק ההון בשנת 1995 לתת לה רישיון מבטח. המפקחת הודיעה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2000, כי בקשת מכבי מגן נדונה עם המנכ"לים של משרד האוצר דאז והיום, וכי בטרם תקבל החלטה בעניין היא תתייעץ עם הוועדה המייעצת למפקחת, נוכח הרגישות הציבורית הרבה של העניין ומספרם הגדול של המבוטחים במכבי מגן.

מאחר שתחום הפיקוח של משרד הבריאות אינו כולל את ביטוח הסיעוד ואגף שוק ההון לא נתן למכבי מגן רישיון מבטח, נמצא ביטוח הסיעוד של מכבי מגן "נופל בין הכיסאות", ואין עליו כל פיקוח. לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח מספרם הגדול של המבוטחים בביטוח הסיעוד של מכבי מגן, מן הראוי שהמפקחת תפעל בדחיפות למציאת פתרון שיהיה בו כדי להסדיר את ביטוח הסיעוד שמפעילה מכבי מגן ואת הפיקוח עליו ולמנוע כל פגיעה בזכויותיהם של כמיליון המבוטחים בו.

4. בחוזר בדבר קווים מנחים לנוסח טופסי הצטרפות לשב"ן, שהפיץ משרד הבריאות לקופות ביוני 1999, נקבע בין השאר, שטופס הצטרפות יהיה מיועד להצטרפות לתכנית שב"ן בלבד, ולא יכלול דבר בעניין רישום בתכנית ביטוח אחרת, כגון ביטוח סיעוד או תאונות, או רישום בתאגיד אחר כלשהו או הוראת קבע לתשלום למטרה אחרת.

(א) משרד מבקר המדינה הסב את תשומת לבו של משרד הבריאות, בדצמבר 2000, לעובדה שבטופס ההצטרפות לשב"ן של כללית, שהיה בשימוש באותה שנה, נקבעה, כברירת המחדל, הצטרפות גם לביטוח הסיעוד שמפעילה חברת ביטוח. הטופס אינו מבחיר כראוי את מעמדו השונה

והנפרד של ביטוח הסיעוד, ואין בו חלק נפרד לבקשה מפורשת להצטרף לביטוח הסיעוד של חברת הביטוח, אלא כתוב: "מבוטח אשר לא יהיה מעוניין להצטרף לביטוח הסיעודי יודיע על רצונו בביטול הביטוח הסיעודי תוך 45 יום לקופת חולים כללית ...". בטופס נאמר כי "מבוטח הסובל מאחת המחלות שלעיל לא יוכל להיות מבוטח בביטוח סיעודי. במקרה של ספק ולצורך קביעת זכאות לביטוח ניתן לצרף לבקשת ההצטרפות סיכום מידע רפואי מרופא המשפחה ...". בהמשך מובאת "הערה חשובה": "התגלתה אצל המבוטח טרם קבלתו לביטוח אחת המחלות כמפורט בסעיף א' או מוגבל תפקודית כמפורט בסעיף ב' - לא יוכל להיות מבוטח בביטוח הסיעודי...".

לכאורה אין זה מן הנמנע שמבוטח יירשם לביטוח הסיעוד, כברירת המחדל, וישלם בעדו במשך שנים, ובעת קרות מקרה הביטוח יתברר כי לא היה זכאי מלכתחילה להיות מבוטח בביטוח הסיעוד.

יצוין, כי בטופס ההצטרפות לשב"ן של כללית משנת 1998 נכתב בהדגשה: "בחתומי על בקשת ההצטרפות הנני מאשר/ת, כי אינני סובל/ת מאף לא אחת מהבעיות שפורטו לעיל". משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות בדצמבר 2000, כי המשפט הזה לא נכלל בטופס ההצטרפות שהיה בשימוש בשנת 2000, ולא ברור מהי הסיבה להשמטתו מהטופס, ומה משמעותה.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שהמפקחת תחייב את המבטח לברר אם בין המבוטחים בביטוח הסיעוד האמור יש מי שאינם זכאים להיות מבוטחים בו מפאת ליקויים במצב בריאותם, ואם כן - להפסיק את תשלומי הפרמיות שלהם ולהחזיר להם את הפרמיות שכבר גבה.

(ב) עוד הסב משרד מבקר המדינה את תשומת לבו של משרד הבריאות בדצמבר 2000, כי בעלון הפרסום של השב"ן של כללית, שהיה בשימוש באותה שנה, מוצג ביטוח סיעוד באמצעות חברת הביטוח כאחד מעשרות פריטים ברשימת השירותים וסוגי השירותים הכלולים בתכנית השב"ן.

(ג) בעקבות הביקורת קבע משרד הבריאות בחוזר שהפיק לקופות באותו חודש, כי בהצגת ביטוח הסיעוד של חברת ביטוח בחוברת הפרסום של תכנית שב"ן יש משום הטעיה וטשטוש האבחנה ביניהם, וכי "לעניין זה, אין די בציון אחריותה של חברת הביטוח לפוליסה". בחוזר הוזכרה גם הוראתו האמורה של משרד הבריאות מיוני 1999, הקובעת שטופס ההצטרפות לביטוח הסיעוד צריך להיות נפרד מטופס ההצטרפות לשב"ן.

באותו חודש השיב אגף שוק ההון למשרד מבקר המדינה:

"עמדתנו העקרונית היא כי ראוי שיהיו טפסים נפרדים להצטרפות לשב"ן ולביטוח הסיעודי. אולם בשלב זה בהתאם לדרישתנו, בטופס ההצטרפות של קופת חולים כללית אשר הועבר אלינו בימים אלה, בוצעה הפרדה בחתימת ההצטרפות בין השב"ן והביטוח הסיעודי. המבוטח צריך לחתום במפורש אם ברצונו להצטרף לכללית מושלם ולביטוח הסיעודי (תוך הפניה לרשימת המחלות המותרות) וכן עליו לחתום בנפרד אם ברצונו להצטרף לכללית מושלם ללא הביטוח הסיעודי...".

כללית השיבה למשרד מבקר המדינה בינואר 2001, כי בעלון פרסום לשב"ן, שהיא פירסמה באוגוסט 2000, מוצג ביטוח הסיעוד באמצעות חברת הביטוח כשירות שהקופה השיגה למבוטחיה, ולא כחלק מהשב"ן, וכי בטרם פורסם העלון קיבלה כללית חוות דעת משפטית הקובעת שההפרדה

בין השב"ן לביטוח הסיעוד ברורה וסבירה; וכן כי בטופס ההצטרפות שהופץ החל באוגוסט 2000⁴, ההצטרפות לביטוח הסיעוד אינה ברירת המחדל, אלא על החבר לבחור בין חתימה על הצטרפות לשב"ן בלבד לבין חתימה על הצטרפות לשב"ן ולביטוח הסיעוד. כללית הוסיפה:

"האפשרות שאדם שילם לאורך זמן בעבור ביטוח סיעודי שלא היה זכאי לו אף שהיא אפשרית לכאורה, לא נראית סבירה, ובכל מקרה אנו עושים מאמץ למנוע מצב זה הן במעמד צירוף המבטח לתכנית והן בעת מילוי הטפסים באמצעות ההסבר על פני הטופס. הכללית סבורה, כי טופס ההצטרפות מבהיר בצורה חד משמעית את האפשרות להצטרף רק לתכנית השב"ן, ללא הביטוח הסיעודי, ובנוסף לכך ההערה בדבר התנאים הרפואיים לקיום הכיסוי הביטוחי בולטת דיה ומופיעה בסמוך למקום המיועד לחתימה. בנוסף לכך, קיימת הוראה ברורה בטופס ההצטרפות לפיה מבטח שמתעורר אצלו ספק לגבי מחלות המחריגות את הכיסוי הביטוחי מוזמן לפנות לרופא המשפחה לשם קבלת אישור מתאים, שימנע כל ספק או טענה בעתיד להיעדר כיסוי ביטוחי".

(ד) לדעת משרד מבקר המדינה, אין בשינויים שנעשו בטופס ובעלון שהופצו, לדברי כללית, החל באוגוסט 2000, כדי לקיים את הוראות משרד הבריאות מיוני 1999 ומדצמבר 2000; מן הראוי שהמשרד ידאג שהוראותיו יקוימו במלואן.
(ה) מן הראוי שאגף שוק ההון יבדוק אם פעילותן של קופות בקשר לביטוח סיעוד עולה בקנה אחד עם הוראות סעיף 24 לחוק הפיקוח, הקובע כי "לא יעסוק אדם בישראל, בעצמו או על ידי אחר, בתיווך לעניין ביטוח בין כל אדם לבין מבטח (להלן - עיסוק בתיווך) אלא אם יש בידו רשיון לפי סימן זה ובהתאם לתנאי הרשיון".

עלויות הניהול והשיווק

חברות הביטוח וסוכניהן אינם חייבים להציג למבטח - ובייחוד למבטח בכוח, לפני מכירת פוליסה - נתונים על עלויות הניהול והשיווק של ביטוח בריאות מסחרי. גם אגף שוק ההון לא פרסם נתונים כאלה בדוחות השנתיים שלו. הוא הדין לקופות ולמשרד הבריאות בעניין עלויות הניהול והשיווק של תכניות שב"ן.

לשם השוואה: משקלן הרב של עלויות הניהול והשיווק (לרבות רכיב הרווח) בביטוח חיים - קרוב לשליש מסכום הפרמיות - נדון בפרק "הפיקוח על ביטוח חיים משולב בחיסכון" בדוח שנתי 47 (עמ' 1-49, ובייחוד עמ' 2, 6-10 ו-48). משרד מבקר המדינה העיר לאגף שוק ההון בדצמבר 2000, כי בדוח שנתי מס' 3 (לשנת 1998) של הממונה על שוק ההון מובאים נתונים - אמנם לא מפורטים די הצורך, לדעת משרד מבקר המדינה - על עלויות הניהול והשיווק של ביטוח חיים ושל ביטוח כללי; אולם הנתונים על ביטוח בריאות מסחרי כלולים, בלא הבחנה, בנתונים על ביטוח כללי, ואין נתונים על עלויות אלו בביטוח בריאות כשלעצמו.

בדוח שנתי 4 (לשנת 1999), שפרסם האגף בינואר 2001, נכללו לראשונה נתונים והסברים על עלויות הניהול והשיווק בענף ביטוח מחלות ואשפוז, לפי דיווח של חברות הביטוח למפקח. לפי נתוני האגף, שיעור ההוצאות (היחס בין ההעמסות ברוטו בגין עמלות סוכנים, הוצאות הנהלה

⁴ בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בשני סניפים של כללית בדצמבר 2000 ובינואר 2001 נמצא שהטופס הישן עדיין בשימוש, ולא זה שהופץ, לדברי כללית, החל באוגוסט 2000. הנהלת כללית השיבה למשרד מבקר המדינה בפברואר 2001, כי היא תוודא מיד שכל משרדי הקופה ישתמשו רק בטופס החדש.

והוצאות כלליות לבין סך דמי הביטוח ברוטו) היה כ- 30.4% בשנת 1997, כ- 36.4% ב-1998 וכ- 33.1% ב-1999; שיעור הרווחיות (היחס בין הרווח ברוטו, לפני ביטוח משנה לבין סך דמי הביטוח) היה כ- 8.9% ב-1997, כ- 7.5% ב-1998 וכ- 4.4% ב-1999. בדוח נאמר שהנתונים משקפים את התוצאות ברוטו, בלא עתודות וביטוח משנה, ושחלק מהפעילות של המבטחים בתחום הבריאות אינו כלול בנתוני ענף מחלות ואשפוז אלא בענף ביטוח חיים.

אין בדוח הפרדה בין נתוני ביטוח קבוצתי לבין נתוני ביטוח פרט.

בביטוח חיים, מקרה הביטוח הוא אחד וחד-משמעי. לפיכך, למבוטח ולמבוטח בכוח אמור להיות קל יחסית לעשות השוואת מחירים מושכלת בין פוליסות שונות מאותו סוג של ביטוח חיים, ואף בין סוגים שונים של ביטוח חיים (ביקורת בעניין זה ראו בדוח שנתי 47, עמ' 43-44).

לעומת זאת, בביטוח בריאות, מקרי הביטוח רבים, והם מוגדרים במונחים רפואיים, ולפיכך קשה מאוד למבוטח ולמבוטח בכוח לאמוד את ערכם של הכיסויים השונים. מסיבה זו, לדעת משרד מבקר המדינה, בביטוח בריאות יש חשיבות רבה עוד יותר מבביטוח חיים לאפשר למבוטח ולמבוטח בכוח להעריך את הכראיות היחסית של הפוליסות בהתחשב, בין השאר, בקנה המידה של שיעור ההעמסה לכיסוי עלויות הניהול והשיווק מכלל הפרמיות. מן הראוי שמבוטח ומבוטח בכוח יקבלו מידע נאות על רכיב ההעמסה בפוליסה ושאגף שוק ההון יפרט בדוחותיו את נתוני העלויות לפחות לפי ביטוח קבוצתי וביטוח פרט. כמו כן, מן הראוי שמשרד הבריאות, לכשינחה את הקופות כיצד לזקוף עלויות כוח אדם ותקורה לתכניות השב"ן (ראו לעיל), יגדיר במסגרת זו את עלויות הניהול והשיווק שלהן, ומן הראוי שנתונים אלה יוצגו לציבור, בייחוד בעלוני הפרסום של תכניות השב"ן.



בדוח זה נדונים היבטים של הפיקוח על שני סוגים של ביטוח בריאות משלים ברבדים שמעל לסל הבריאות שנקבע בחוק: תכניות שב"ן וביטוחי בריאות מסחריים. התחליפיות החלקית בין שני הסוגים מאפשרת תחרות חלקית ביניהם, אשר עשויה להועיל לציבור המבוטחים. מבוטחים רבים עשויים ליהנות מהתעריפים הזולים יחסית של תכניות השב"ן ומהאפשרות להצטרף אליהן כתנאים שוויוניים, למרות ליקויי הבריאות שלהם.

בהצעת חוק ההסדרים לשנת 2001 נכללה הצעת תיקון עקיף לחוק שיש בה כדי להכריע בסוגיית מתן התחייבות של קופה (טופס 17) כאשר שירות רפואי ניתן באיכות משופרת תמורת תשלום נוסף. הצעת התיקון, שנועדה לתת פתרון ראשוני בסוגיה הרחבה של מתן טיפול רפואי פרטי בבתי חולים ממשלתיים וציבוריים - סוגיה שנדונה, כאמור, עוד בדוח שנתי 38 של מבקר המדינה - עשויה להסיר את האי-ודאות בדבר מתן טופס 17 ולהשפיע, מן הסתם, על תחשיביהם ותעריפיהם של תכניות השב"ן ושל הביטוחים המסחריים.

טרם הוכרעה סוגיית ביטוח הסיעוד שמפעילה מכבי מגן; על כל פנים נחוץ להסדיר בהקדם את מעמדו של ביטוח זה ואת הפיקוח עליו, כדי למנוע כל פגיעה בזכויותיהם של כמיליון המבוטחים בו.

בדוח השנתי שלו לשנת 1999 (שפורסם בינואר 2001) הציג אגף שוק ההון, לראשונה, נתונים בדבר עלויות הניהול והשיווק של ביטוח בריאות מסחרי, אולם לדעת משרד מבקר המדינה הנתונים אינם מפורטים דיים.

אגף שוק ההון הנהיג כללים מחייבים בתחומים של ביטוח בריאות קבוצתי ושל ביטוח סיעוד לפרט, אך טרם סיים את גיבוש הכללים המחייבים שהוא מתכוון להנהיג בתחום של ביטוח סיעוד קבוצתי, ולא הקצה משאבים לפיקוח פרטני על ביטוח בריאות קבוצתי ועל ביטוח סיעוד קבוצתי.

משרד הבריאות הורה לקופות, שבעלוני הפרסום לתכניות שב"ן אין לכלול פרסום לביטוח סיעוד, ובטופס ההצטרפות אליהן אין לכלול הצטרפות לביטוח סיעוד; אין בשיפורים החלקיים שנעשו בעלון הפרסום ובטופס ההצטרפות של השב"ן של כללית כדי לקיים את ההוראות האמורות. מן הראוי שהמפקחת על הביטוח תנקוט צעדים למניעת הצטרפות חברי קופות, ובייחוד חברי כללית, לביטוח סיעוד שאינם זכאים להיות מבוטחים בו מפאת ליקויים בבריאותם, וכן לאיתור מבוטחים שאינם זכאים לכך (אם ישנם כאלה), להפסקת תשלומי הפרמיות שלהם ולהחזרת הפרמיות שכבר שילמו.

משרד הבריאות טרם קבע כללים מחייבים בדבר זקיפת עלויות כוח אדם ותקורה לתקציבי השב"ן, בין השאר כדי למנוע סבסוד השב"ן על חשבון תקציבי הסל. כמו כן, הוא טרם קבע כללים מחייבים בדבר ייעוד עורפי הכנסות על הוצאות בתקציבי שב"ן; בקביעת כללים כאלה, מן הראוי שתישקל, בין השאר, האפשרות לייעד מקצתם ליצירת עתודות לשם חיזוק יציבותן של תכניות השב"ן.