

הזמן מרפא הכל?

הרפורמות הדרמטיות בענף ביטוחי הבריאות והסיעוד אילצו את הפעילים למצוא נתיבים חדשים להבטחת עתידם. תמונת מצב בתום שנתיים סוערות

גיליון מיוחד

לרגל כנס ביטוחי
הבריאות והסיעוד ה-14

(לא) למבוגרים בלבד

מדוע חשוב לרכוש ביטוח סיעודי כבר בגיל צעיר ועד כמה ישפיעו כבר מחר הרפורמות בתחום על הפרמיות שישלמו הצעירים?

ברק בעיניים

לרגל קבלת מגן הוקרה על תרומתו לעולם הביטוח, ובמיוחד לענף הבריאות והסיעוד, רם אמית מסכם 52 שנות עשייה

נמדדים ברגע האמת

ההבנה כי החברות והסוכנים עומדים למבחן בעיקר בעת תביעה, חלחלה פנימה והפכה לערך המוסף שלהם אל מול המבוטחים

על שולחן הניתוחים

מומחים מקרב הפעילים השונים בענף מנתחים את שעברו ביטוחי הבריאות והסיעוד בשנתיים האחרונות. כל המספרים והמסקנות

SAVE THE DATE

27/11

יום ב' 8:00-17:00

יום הדיונים

שולחן עגול עם בכירי
ענפי הביטוח והפיננסים

26/11

יום א' 18:30

ערב גאלה חגיגי

מפגש הפסגה של
צמרת התעשייה


הוועידה ה-17

עדיף

26-27 בנובמבר 2017, אוניו, קרית שדה התעופה

Market
PRO

עדיף

בקרוב

עולם עסקי חדש

פתרונות • דיגיטל • שקיפות • פשטות

טל. 03-9076000

info@Anet.co.il



קורס חיתום רפואי

קהל יעד: חתמים ומסלקי תביעות
מתחומי ביטוח החיים, בריאות ותאונות אישיות,
או המבקשים להתמחות ולרכוש מקצוע זה
הותאם לפי צרכי חברות הביטוח



דרך משה דיין 52 ת"א (חניה חופשית) | 073-7966655
katrin@adif-college.co.il

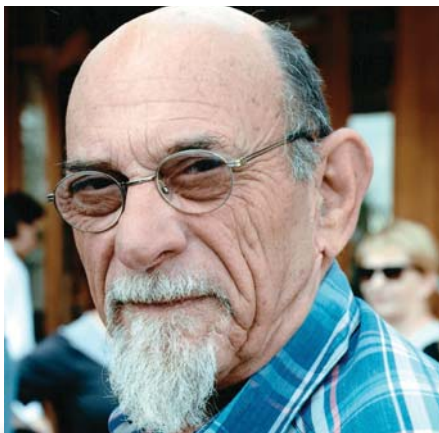
מכללת עדיף
המכללה ללימודי ביטוח, פיננסים ויזמות

סטנדרט אחר בענף ביטוחי הסיעוד בישראל

”מגן לסיעוד” ו”מגן לסיעוד פלוס”
של הכשרה חברה לביטוח

לפרטים נוספים והצטרפות חייגו 3453*





**28 | "סוכן ביטוח חייב להבין
שעשייתו זו שליחות חברתית
מהמעלה הראשונה"**

ריאיון מיוחד עם רם אמית לרגל הענקת מגן
הוקרה על תרומתו לענף הביטוח ולתחום
ביטוחי הבריאות והסיעוד

רפואה מותאמת אישית

**34 | בדיקה גנטית יכולה לשנות
חיים - של החולה ושל צאצאיו**

פרופ' איתן פרידמן

תביעות או טביעות

**36 | שירות מוכר: ניהול ויישוב
תביעות בריאות כמפתח
להצלחה**

אורית קרמר

**37 | ניהול תביעות בריאות בעידן
החדש - לפרוע את השטר ברגע
האמת**

חני שפיס

9 | קורה בין השורות

רועי ויינברגר

על שולחן הניתוחים

**10 | התובנות שמאחורי המספרים
בביטוחי הבריאות והסיעוד**

גבי נקבלי

**14 | כך מהווה הגידול בשוק ביטוחי
הבריאות הוולונטריים מנוף לפנייה
לפרטי ובסיס לרפורמת ביטוחי
הבריאות**

שולי ברמלי גרינברג ועירא יערי

**18 | עושים סדר: כך השתנו ביטוחי
הבריאות בשנתיים האחרונות**

בשיתוף הראל

**20 | המערכת המורכבת של
הבריאות בישראל דוח רווח והפסד
בעקבות הרפורמה**

עדי בר-און

**24 | הרפורמה במערכת הבריאות -
קיצור תורים אמיתי או בלוף לאומי?**

דני אנגל

**26 | "תחרות היא תמיד דבר חיובי,
שמוכיל לבניית מוצרים מצוינים"**

ריאיון עם דניאל כהן, משנה למנכ"ל כלל וראש
חטיבת הבריאות בחברה

סיעוד

44 | "חלוקת הפרמיה עם הילדים תפחית את הנטל ממבוגרים החיים על קצבאות"

רפי דורפמן

46 | ביטוחי הסיעוד בקופות החולים - העתיד לוט בערפל

דב ברומר

טוב לדעת

48 | יוזמה חדשה: יממה של 27 שעות

גיליה משולם וגילי ראובני

50 | תקצירי הרצאות כנס ביטוחי הבריאות והסיעוד ה-14

עבר, הווה עתיד - הביטוח בעקבות הרגולציה

38 | לא כולל (כתבי) שירות

ורדה לבקוביץ

40 | המסע המופלא להצלת ילד

אחד, הסיכוי שלכם להציל חיים

שלמים רבים

דפנה שפירא

42 | ביטוח נסיעות לחו"ל: מפשטים

את הפוליסות ומאפשרים לצאת

לחופשה בראש שקט

יואב יונש





ליאור ברנט



מקבוצת עזריאלי

PALACE מדיקל תל אביב

- מחלקת החלמה לאחר ניתוח או טיפול רפואי
- שירות רפואי וסיעודי 24/7 בליווי צוות מיומן ומנוסה
- צוות רפואי בראשותו של פרופ' אדונסקי

יתרונות אלה ועוד של PALACE מדיקל תל אביב, מסייעים לחזרה מלאה לשגרת החיים בדרך האופטימלית והבטוחה

לפרטים נוספים:

***5963**

azrielipalace.co.il

פריסה ארצית:
תל אביב | מודיעין | ראשלי"צ | להבים | רעננה

שומרים על הבריאות

יותר משנה וחצי חלפה מאז נכנסה לתוקפה הרפורמה שהביאה לעולם את פוליסת הניתוחים האחידה. נכון, את עוצמתה והשפעתה של רפורמה כה משמעותית, בעיקר כשלצדה רפורמות נוספות המשנות את פני הענף, נהוג ומומלץ לשפוט לאורך זמן ארוך יותר, אבל על מגמה אחת אפשר להצביע בוודאות.

כמו מי נהר, הנתקלים פתע במכשול הקוטע את תוואי הזרימה המוכר, נאלצים למצוא נתיב אחר, לא פעם יותר מאחד, על מנת להגיע ליעדם, כך עשה גם ענף ביטוחי הבריאות והסיעוד.

את השינוי שעברו העוסקים בענף בשנה וחצי האחרונות ניתן לראות כמעט בכל אספקט. כפי שתראו במאמרים פרי עטם של בכירי הענף ובראיונות שערכנו עמם, ביטוחים שעמדו בצד פוליסת הניתוחים, שהיוותה את ההוצאה העיקרית בין מרכיבי הפרמיה, הועברו לקדמת הבמה והפכו לכלי המשמש להדגשת החשיבות שברכישת ביטוח פרטי.

הפיכת הפוליסות למודולאריות, וה"עודף" שנוצר למבוטח בשל הפיחות בתעריפים שמשלם המבוטח עבור מרכיב הניתוחים, אפשרו להציע גם למי שתקציבו מוגבל כסויים נוספים אשר יצרו מקור רווח המכסה, לפחות באופן חלקי, על הירידה בהכנסות כתוצאה מהרפורמה. וכך למרות החששות, לפחות בכיסויי הליבה של הענף, נשמר הגידול בדמי הביטוח ביחס לשנים עברו.

הניתוחים המוצגים במגזין זה מלמדים בנוסף כי חלק מחברות הביטוח, שעד עתה התמקדו בביטוחי פרט, שינו אסטרטגיה שיווקית, ניסו ואף הצליחו לצמוח בתחום הביטוחים הקולקטיביים. גם ביטולם של חלק מכתבי השירות אילץ את הספקים, היצרנים והמפיצים להמציא שירותים חדשים, טכנולוגיות חדשות ודרכים חדשות כדי להגיע למבוטחים.

וכך, ההסתגלות של ענף ביטוחי הבריאות לשינויים שנכפו עליו יכולה להוות מודל גם לפעילים בענפי הביטוח האחרים. הוא אמנם דינאמי יותר מהענף הפנסיוני, והכיסויים בו עשויים להיות קריטיים יותר עבור המבוטחים מאשר אלו של ענף האלמנטר, אך גם שני ענפים אלו נמצאים בתקופה זו במעין קו פרשת מים וצריכים להחליט באיזה נתיב לזרום.

**קריאה מהנה,
רועי ויינברגר
עורך משנה**





גבי נקבלי

התובנות שמאחורי המספרים בביטוחי הבריאות והסיעוד

שנת 2016 הייתה מהדרמטיות שידע הענף | פוליסת הניתוחים האחידה, רפורמה מקיפה בשוק הבריאות וחוסר הוודאות לגבי המשך קיומם של ביטוחי הסיעוד הקולקטיביים העלו תהיות לגבי השפעת השינויים על ההכנסות של כל הפעילים | ניתוח עומק של דוח הממונה שופך אור על חלק מהן ואף מסמן לא מעט מגמות לקראת העתיד לבוא

ואשפוז, בו נכללים תחומי הליבה של התחום, וענף תאונות אישיות. על מנת להבין טוב יותר את המתרחש בענף, יש לבחון כל אחד מהם בנפרד.

צמיחה מתונה מהצפוי

בשנת 2016, חצו דמי הביטוח הנגבים בתחום הבריאות והסיעוד, לראשונה, את רף 11 מיליארד השקלים. זהו גידול של כ-700 מיליון

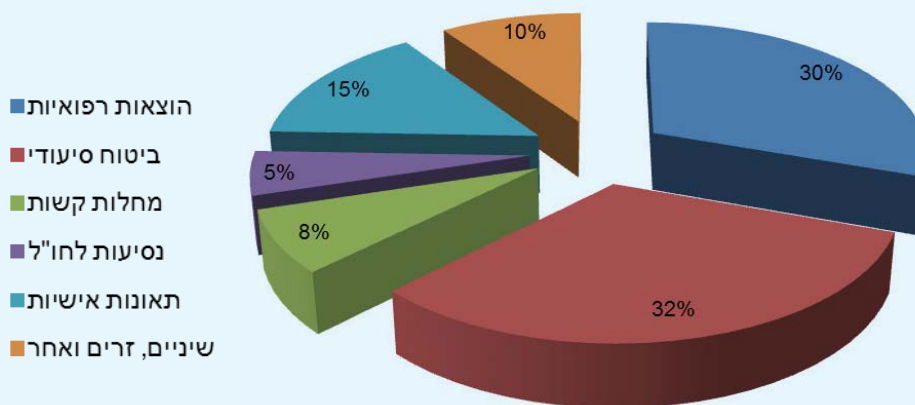
חברות הביטוח והסוכנים בתחום, הובילו רבים להצטייד בפתרונות פרטיים, בין אם מדובר בביטוחים קבוצתיים או בביטוחי פרט. לאחרונה, וכמדי שנה, פרסמה רשות שוק ההון את דוח הממונה לשנה הקודמת. בין שאר הנתונים, ניתן ללמוד ממנו רבות גם על מגמות שונות המתרחשות בשוק ולהפיק ממנו תובנות וחומר רב למחשבה. תחום ביטוחי הבריאות מחולק לשני ענפים עיקריים - ענף מחלות

העשור האחרון היווה תקופת שגשוג עבור ביטוחי הבריאות המסחריים, בהם יותר מאשר הוכפלו דמי הביטוח, וזאת בהובלת תת ענף ביטוחי הסיעוד שצמח פי יותר משלושה. הקיפאון המתמשך בתקצוב המערכת הציבורית וגורמים נוספים שהביאו אותה למצב בו היא אינה מסוגלת לתת מענה מספק לציפיות ולדרישות הציבור, לצד ההתפתחויות הטכנולוגיות בעולם הרפואה ומיקוד עסקי של

פילוח פרמיות עפ"י תתי ענפים:

פילוח דמי ביטוח עפ"י תתי ענפים - 2016		
%	מיליוני ₪	
30%	3,359	הוצאות רפואיות
32%	3,552	ביטוח סיעודי
8%	841	מחלות קשות
5%	593	נסיעות לחו"ל
15%	1,641	תאונות אישיות
10%	1,056	שיניים, זרים ואחר

פילוח דמי ביטוח עפ"י תתי ענפים - 2016



הפוכה וביטוחי הפרט מהווים 38% בלבד. הדבר נובע בעיקר מהיקף הפרמיות הגדול שמגלגלים ביטוחי הסיעוד הקבוצתיים לחברי קופות החולים, בהם מבטחים יותר מ-4 מיליון איש, אולם גם משיעור חדירה נמוך יחסית של ביטוחי הסיעוד הפרטיים, כ-690 אלף פוליסות בלבד. מדובר בנתון שיכול להעיד על כך שלמרות סיומם של ביטוחי סיעוד קבוצתיים רבים ותהליך run off שלהם, חלק גדול מהנפילים לא עברו לביטוחים פרטיים, וחבל. מדובר בביטוח הכרחי ונחוץ, שראוי להצטייד בו גם אם כרוכד נוסף מעל לביטוחי הסיעוד לחברי קופות החולים, ובגיל צעיר ככל שניתן.

ההיקף הכספי של ביטוחי מחלות קשות הגיע ב-2016 לכ-890 מיליון שקלים, כמעט כולם בביטוחי פרט. בגין ביטוחי נסיעות לחו"ל נגבו פרמיות בהיקף של כ-593 שקלים. הראל והפניקס מובילות תת ענף זה בביטוחי הפרט וכלל בביטוחים הקבוצתיים, הודות לביטוחי הנסיעות הניתנים באמצעותה לחברי קופות החולים.

אינפלציה בביטוחי תאונות אישיות

האינפלציה בביטוחי תאונות אישיות, שהציגו לאורך השנים האחרונות את שיעור הגידול הגבוה ביותר, נמשכה והיקף הפרמיות בהם הגיע לכ-1.6 מיליארד שקלים, מתוכם 86% ביטוחי פרט. גם השנה המשיכו ביטוחים אלו להוות את הענף הצומח ביותר, עם שיעור גידול של יותר

משמעותי. הסבר זה תומך בתחושה הכללית שמאז הרפורמה המקיפה, חלה במשך השנה האטה דרמטית ברכישת ביטוחי בריאות והציבור אינו נוהר בהמוניו לרכוש או לעבור לפוליסות החדשות.

ביטוחי הסיעוד הפרטיים צמחו אף הם בשיעור של 7% וגם כאן מדובר בצמיחה נמוכה משניתן היה לצפות, המעידה על כך שרבים לא מימשו את זכות ההמשכיות בעת סיומם של ביטוחים קבוצתיים רבים. אולם לאור מבנה הפרמיה, מקורה של צמיחה זו, בעיקר בהצטרפות מבטחים חדשים ולא בגידול טבעי של התיק הקיים. בכל הנוגע לבחינה תת ענפית של הנתונים, הרי שתת ענף ביטוחי הסיעוד, שהגיע להיקף של יותר מ-3.5 מיליארד שקלים, הוא עדיין הגדול ביותר בתחום.

פרט וקולקטיביים

ניתוח דוח הממונה מגלה כי מקורן של 60% מהפרמיות הינו בביטוחי פרט והיתרה מביטוחים קבוצתיים. אך כאשר בוחנים את עסקי הליבה, הכוללים את תתי הענפים הוצאות רפואיות, ביטוח סיעודי ומחלות קשות, מהווה שיעור הפרמיה מביטוחי פרט רק 56%.

עם זאת, ישנה שונות גבוהה בין תתי ענפים אלה. בעוד שמקורם של כ-65% מדמי הביטוח הנגבים בהוצאות רפואיות הוא בביטוחי הפרט, שם היקף הפרמיות גבוה בכמיליארד שקלים מאשר בקבוצתיים, בביטוחי הסיעוד התמונה

שקלים, המהווה עלייה של כ-7% אל מול השנה הקודמת. לכאורה, גידול מרשים. אך ניתוח עומק מעלה נתונים מעניינים. אחד מהם הוא ששיעור הגידול היה הנמוך ביותר שהציג התחום כולו מזה שנים לא מעטות ולפחות מאז שנת 2010. נתון זה רלוונטי גם לענף מחלות ואשפוז.

אמנם תת ענף ההוצאות הרפואיות, הכולל את כיסויי הליבה של ביטוחי הבריאות ובהם ניתוחים, השתלות, תרופות ועוד, צמח בשיעור של כמעט 10%, אולם מדובר בשיעור גידול שאינו גבוה בהרבה מזה שאפיין אותו בשנים הקודמות, תוך שתיקי הפרט והקולקטיביים צמחו בשיעור זהה. מדובר, מבחינות רבות, בנתון מעט מפתיע, בעיקר נוכח תנופת המכירות הגדולה עליה דובר בחודשים טרם כניסת הפוליסה האחדה לתוקף בפברואר 2016. יש לזכור כי הגידול בדמי הביטוח הנגבים בתת ענף זה אינו נובע רק מהצטרפות מבטחים חדשים, אלא גם מעלייה טבעית של התעריפים למבטחים קיימים (עקב המבנה המשתנה של הפרמיה וסיום תקופת הנחות).

מאחר שהצורך בביטוח בריאות פרטי לא הצטמצם, ייתכן שהדבר נובע מכך שהיקף המכירות טרם הרפורמה היה נמוך מכפי שניתן היה לחשוב, וכי בניגוד לנטען במקומות מסוימים, סוכני הביטוח לא יצאו למסע ציד לקוחות נטול רסן, אלא פעלו במקצועיות מתוך הבנת המתרחש וראיית טובת הלקוח. הסבר אפשרי נוסף הוא שמאז כניסת הרפורמה לתוקף, קטן היקף המכירות של ביטוחי הבריאות באופן

דמי ביטוח - הוצאות רפואיות וסיעוד:

2016											
סה"כ תת ענף	סה"כ	AIG	ביטוח ישיר	אילון	מנורה	מגדל	הפניקס	כלל	הראל		
3,359	65%	2,191	14	38	28	255	389	497	319	648	פרט
	35%	1,168	-	-	55	32	95	355	102	529	קבוצתי
		3,359	14	38	83	287	484	852	421	1,177	סה"כ
			0%	1%	2%	9%	14%	25%	13%	35%	נתח שוק
3,552	38%	1,348	-	-	23	75	302	170	236	535	פרט
	62%	2,204	-	-	10	1	13	249	752	1,179	קבוצתי
		3,552	0	0	33	76	315	419	988	1,714	סה"כ
			0%	0%	1%	2%	9%	12%	28%	48%	נתח שוק
11,046		11,042	240	184	402	705	1,231	1,930	1,919	4,378	סה"כ דמי ביטוח
			2%	2%	4%	6%	11%	17%	17%	40%	נתח שוק לחברה





חברות חדשות נכנסו לתחום הקולקטיביים

הראל שומרת על מקומה כחברה הגדולה ביותר בתחום עם נתח שוק של 40% בפער גדול מהפניקס, שהציגה את הגידול הגבוה ביותר במונחים כספיים והיא השניה בגודלה עם נתח שוק של 18%, כאשר כלל נמצאת בצמוד אליה. ניתוח הנתונים ברמת החברות, מציג תמונה המעידה גם על התפיסות העסקיות הנוכחיות שלהן. מגדל, מנורה מבטחים ואילון, שלא היו שחקניות משמעותיות בעבר בשוק הביטוחים הקבוצתיים, הציגו בו שיעורי צמיחה דו ספרתיים משמעותיים. כל החברות צמחו בביטוחי פרט בהוצאות רפואיות, ובראשן הראל, מגדל והפניקס עם גידולים של 70, 54 ו-39 מיליוני שקלים, בהתאמה. מגדל הייתה גם החברה שצמחה בהיקף המשמעותי ביותר בביטוחי סיעוד עם גידול של כ-39 מיליון שקלים, בעיקר, כנראה, הודות לביטוחי הסיעוד המשלימים הזולים ששיווקה עד לאחרונה.

גם במבנה התיק ומקורות ההכנסה של החברות קיימת שונות גדולה. דמי הביטוח המצטברים מקולקטיביים בתתי הענפים הוצאות רפואיות וסיעוד מהווים בהראל ובכלל ביטוח כ-60%, בעוד בחברות הגדולות האחרות, מרבית הפרמיות מגיעות מביטוחי פרט. בבחינה של ביטוחי פרט בלבד בתחומי הליבה, משתנה גם מפת הגודל. הראל עדיין בראש, אולם עם נתח שוק של 31% בלבד, מגדל שנייה עם נתח שוק של 20% והפניקס אחריה עם 18%.

לצד נתונים אלה, אנו עדים בשנים האחרונות, ובשנה האחרונה בפרט, למספר מגמות נוספות - עלייה במחירי ביטוחי הבריאות הקבוצתיים עקב הפסדים מתמשכים של החברות, הקשחת תנאי הביטוח והחיתום, ביטול הטבות בביטוחי סיעוד ואף ליציאה של חברות מחלק מתחומי הפעילות. מגמות אלה, הבאות לידי ביטוי גם בנתוני הדוח, צפויות להימשך גם בעתיד הקרוב. למרות הגידול בערוצי הפעילות השונים והצמיחה המואצת בעשור האחרון, קיים עדיין פוטנציאל צמיחה גדול נוסף בתחום. במציאות בה ביטוחי בריאות וסיעוד פרטיים הינם הכרח, ישנם עדיין מאות אלפי ומיליוני אזרחים שטרם הצטרפו אליהם (ולו לרובדים הבסיסיים וההכרחיים ביותר, שאינם יקרים). אלה מהווים את הפתרון הנכון והיחיד למימון העלויות הכבדות במקרה של קטסטרופה רפואית.

הכותב הינו מנכ"ל אופק, יועץ ביטוחי בריאות וסיעוד ללשכת סוכני הביטוח

הקבוצתיים לעומת ביטוחי הפרט. בהוצאות רפואיות עמד שיעור ה-LR על 96% בביטוחים הקבוצתיים לעומת שיעור נמוך במיוחד של 42% בלבד בפרט, נתון שצריך לעורר מחשבה, גם אם מדובר בביטוחים שיש לבחון לטווח ארוך. גם מתוך מדד השירות שפורסם, לפני שבועות ספורים בלבד, ניתן לראות כי שיעור התביעות המשולמות עומד על כ-78% בביטוחי בריאות ועל 68% ו-78% בביטוחי סיעוד פרטיים ואלה של קופות החולים, בהתאמה.

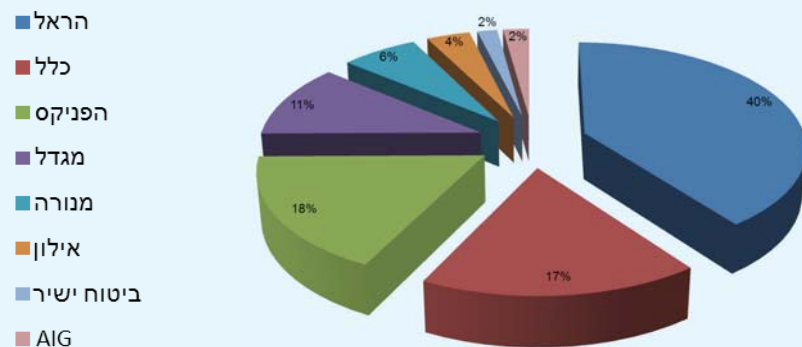
מ-10%, אולם מדובר בשיעור הנמוך בכמחצית מזה שאפיין אותם בשנים הקודמות. שיעור ההחזר (Loss Ratio) מביטוחי הפרט בענף זה עמד על 44% וחלקן של החברות הישירות, המהוות בו שחקניות משמעותיות בהרבה מנתח השוק הכולל שלהן, בולט. גם איילון מחזיקה בענף זה נתח שוק גדול מחלקה הכולל בתעשייה, אולם הוא מגיע מהסכמים קבוצתיים. במציאות בה הלקוח נדרש לבצע תעדופים ופשרות עקב תקציב מוגבל, ראוי לבחון אם חלק מאותם מבוטחי תאונות אישיות קיבלו החלטת רכישה מושכלת, ואם הם מחזיקים גם בביטוחים חשובים יותר, לטעמי, דוגמת ביטוח לתרופות, השתלות, סיעוד וכו'. ייתכן ועבור רבים, נכון היה להפנות את הפרמיה קודם כל לרכישת ביטוחים אלה, ככל שאינם ברשותם.

כ-6.6 מיליארד שקלים שולמו בתביעות ב-2016

במהלך שנת 2016 שילמו חברות הביטוח תביעות בהיקף של כ-6.6 מיליארד שקלים, מתוכם כ-2.9 מיליארד בגין ביטוחי פרט. היקף התביעות בתחום עמד על כ-60% מסך הפרמיה שנגבתה ועיקרן שולמו בגין ביטוחי הוצאות רפואיות וסיעוד - יותר מ-2 מיליארד שקלים, בכל אחד מתתי הענפים. הנתונים מגלים כי קיים פער משמעותי בשיעור התביעות המשולמות בביטוחים

נתח שוק חברות:

נתח שוק חברות -2016 ביטוחי בריאות וסיעוד		
חברה	מיליוני ₪	%
הראל	4,378	40%
הפניקס	1,930	17%
כלל	1,919	17%
מגדל	1,231	11%
מנורה	705	6%
אילון	402	4%
AIG	240	2%
ישיר	184	2%
סה"כ	11,046	



נתח שוק ביטוחי פרט בתחומי הליבה:

נתח שוק ביטוחי פרט הוצ' רפואיות + סיעוד + מחלות קשות								
חברה	מיליוני ₪	הראל	כלל	הפניקס	מגדל	מנורה	אילון	ביטוח ישיר
סה"כ	4,317	1,349	705	774	869	450	67	49
אחוז		31%	16%	18%	20%	10%	2%	1%



עושים פוליסת ביטוח נסיעות לחו"ל? מהיום אתם מטיסים את זה!

הפניקס גאה להציג:

SMART TRAVEL

ככה עושים היום ביטוח נסיעות לחו"ל

מערכת דיגיטלית חדשנית המאפשרת להנפיק בקלות ובמהירות פוליסה בהתאמה אישית לכל לקוח, ומעניקה גם מגוון הרחבות חדשות. תיהנו!

עם SMART TRAVEL קל מתמיד להפיק פוליסת ביטוח לחו"ל:

- שיא הקלות**
מפיקים פוליסה בכמה פעולות פשוטות, בממשק ידידותי וקל
- שיא הנוחה**
מפיקים את הפוליסה מכל מקום - מהמחשב, הסמארטפון או הטאבלט!
- שיא המהירות**
יש שתי דקות ויש פוליסה

עם SMART TRAVEL גם הלקוחות נהנים יותר בזכות הפוליסה המשודרגת:

- יותר משתלם:**
וכל זה בפרמיה אטרקטיבית במיוחד, במחירים של הפניקס ללקוחותיה!
- יותר התאמה:**
יצרנו הרחבות חדשות המאפשרות התאמה אישית לאופי הנסיעה
- יותר אחריות:**
גבולות אחריות נבונים במיוחד לשירותי הרפואה

עם הפתרונות היחודיים של SMART TRAVEL יותר לקוחות ירכשו ממך יותר פוליסות ביטוח לחו"ל!

לפרטים נוספים פנה למנהל האשכול

לקוחות הפניקס מרוויחים יותר, תבדוק שיש לך הפניקס.

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

פוליסת "smart travel insurance" לעיון בתנאי הפוליסה המלאים, ניתן לעיין באתר החברה www.fnx.co.il בכפוף לתנאי הפוליסה המלאים, תהליך הקבלה לביטוח ותנאי החיתום בחברה

כך מהווה הגידול בשוק ביטוחי הבריאות הוולונטריים מנוף לפנייה לפרטי ובסיס לרפורמת ביטוחי הבריאות

היתרון העיקרי של מערכת בריאות המשלבת ביטוח ממלכתי עם ביטוח וולונטרי (שב"ן ומסחרי) הוא באפשרות להרחיב את היקף השירותים המוצעים לאזרחים טיבם וזמינותם, שלא על חשבון התקציב הציבורי. במערכת הבריאות הישראלית יתרון זה הביא לקפיצה של כ-200% בהכנסות מדמי חבר בביטוחים המסחריים וכ-160% בשב"ן

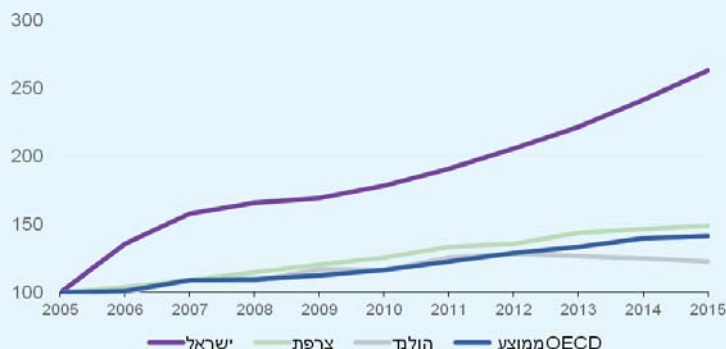
האקסוגניות השליליות של הפעילות במערכת הפרטית על המערכת הציבורית (2). גידול זה בא במקביל ויש האומרים כי הוא תוצאה מהגידול בשוק ביטוחי הבריאות הוולונטריים בישראל (1).

היתרונות העיקריים של מערכת בריאות המשלבת ביטוח ממלכתי עם ביטוח וולונטרי הם באפשרות להרחיב את היקף השירותים

גדלה ב-134% לעומת 174% בממוצע למדינות ה-OECD). לעומת זאת, קצב הגידול בהוצאה הפרטית לנפש גבוה משמעותית מהגידול בהוצאה הציבורית (191% לעומת 134%) ומשיעורי הגידול ב-OECD (תרשים 1). גידול זה בהוצאה הפרטית לבריאות לא היה מטריד, אילולא נמצאו עדויות בשנים האחרונות לתוצאות הלוואי הלא רצויות שלו ולהשפעות

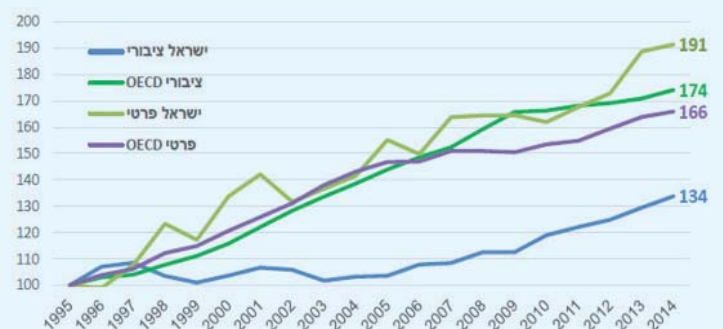
בישראל נצפית בשנים האחרונות מגמת עלייה בהוצאה הפרטית לבריאות, לצד מגמת ירידה בהוצאה הציבורית לבריאות. כאשר בוחנים את שיעור הגידול בהוצאה הציבורית והפרטית בישראל לעומת זו של ה-OECD, רואים כי מאז 1995 קצב הגידול בהוצאה הציבורית לנפש נמוך משמעותית משיעורי הגידול של ה-OECD (מאז 1995 ההוצאה הציבורית לנפש בישראל

תרשים 2: הוצאה לנפש על ביטוחים וולונטריים, PPP \$ (2005=100), 2005-2015



מקור: עיבודי צוות המחקר על נתוני (OECD, 2017).

תרשים 1: שיעור הגידול בהוצאה הציבורית והפרטית על בריאות לנפש, PPP\$ 1995-2014



מקור: פלוטניק, ר., קידר, נ., 2016. מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD 2014. משרד הבריאות.

בקצב מהיר וב-2015 ה-LR עבר את ה-100%. לסיכום, בעשור האחרון שוק השב"נים מאופיין בשיעורי בעלות גבוהים, לצד LR הנשמר ברמה קבועה, כתוצאה מגידול דומה בהכנסות מפרמיות והיקפי תביעות. מוצר השב"ן בכלל והרבדים התחתונים בו בפרט הצליחו להגיע לרוב האוכלוסייה.

בנוסף, אנו עדים לצמיחה של שוק הביטוחים המסחריים, כאשר מגמת הגידול בשיעורי הבעלות על הביטוחים המסחריים נמשכת. במקביל, הכנסות חברות הביטוח מביטוחים מסחריים הולכות וגדלות. היקפי התביעות שונים בין ביטוחי הפרט לקבוצתיים, אך ה-LR הכללי נשאר יציב לאורך זמן. כלומר, גם בשוק הביטוחים המסחריים אנו עדים לפעילות גוברת עם השנים.

הרפורמה בשוק ביטוחי הבריאות הולונטרית, מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חלו שינויים ניכרים במדיניות, והנושא נמצא כל העת בדיון ציבורי. לאור הנתונים שהוצגו על השוק לעיל הדבר אינו מפתיע שכן השוק הוא שוק מתפתח ונושא רווחים. בתרשים 3 מוצג תהליך ההשפעה של הגידול בשוק הביטוחים הולונטריים על מערכת הבריאות הציבורית.

הגידול בשוק הביטוחים הולונטריים משפיע בשתי דרכים על הגידול בהוצאה הפרטית, הראשונה ישירות והשנייה בעקיפין דרך הגידול בפעילות השוק הפרטי. תהליך זה הוביל את שני הרגולטורים - משרד הבריאות ובמשרד האוצר, לשינויי מדיניות לריסון ההוצאה הפרטית על בריאות (לוח 3).

במקביל, גם רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון פעלה לשינויים רגולטוריים בשוק הביטוח המסחרי לחיזוק התחרות ולשיפור תנאי השוק כלפי המבוטחים (לוח 3)

חלקי הרפורמה נמצאים בשלבים שונים של יישום, על כן עוד לא ניתן להעריך את השפעותיה. אולם, כבר כיום ניתן לראות היערכות של השחקנים השונים לשינויים שיבואו. אנו מעריכים כי במערכת הבריאות הפרטית תהיה ירידה בכמויות הניתוחים, לצד עלייה במחיריהם ובסך הכל עלייה בגודל השוק (value). מחקר שנערך בימים אלה במאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל בודק את השפעות הרפורמה על שוק הבריאות.

השב"ן (לוח 3). בנוסף, בעוד שבשנים 2008-2011 הכנסות קופות החולים מהרובד התחתון של תכניות השב"ן היו גבוהות יותר מהכנסותיהן מהרובד העליון, הרי שמ-2012 התהפכה המגמה וההכנסות מהרובד העליון גדולות יותר מהכנסות מהרובד התחתון, וזאת למרות השיעור הנמוך יותר של המבוטחים ברבדים העליונים.

במקביל, נרשם גידול גם בהיקף התביעות. את השינוי בשני הפרמטרים הללו ניתן לראות ב-LR (Loss Ratio) של קופות החולים (יחס תביעות-הכנסות), המשמש לבחינת רווחיותן של התכניות (יחס הגדול מ-100% מצייץ הפסדים, וככל שהיחס קרוב יותר ל-0%, התוכנית רווחית יותר). יחס זה הראה גידול קטן בין 2005 (84%) ל-2015 (88%) (לוח 1).

ביטוחים מסחריים

בשוק הביטוחים המסחריים היה גידול משמעותי אף יותר בשיעור הבעלות בקרב האוכלוסייה הבוגרת. גם כאן, נרשמה עלייה בהכנסות חברות הביטוח מדמי ביטוח ובמקביל גידול בתביעות (לוח 2). חישוב יחס תביעות / דמי ביטוח (LR) מראה יחס נמוך וקבוע ברמה של 40% בפוליסות הפרט. מגמת ה-LR של הפוליסות הקבוצתיות מצביע על מגמה מדאיגה של עלייה מתמדת. בעוד שעד לשנת 2010 ה-LR של הפוליסות הקבוצתיות היה נמוך מזה של תכניות השב"ן, החל משנת 2011 חלה עלייה

המוצעים לאזרחים וזמינותם, שלא על חשבון התקציב הציבורי. אולם יתרון זה בתנאי מערכת הבריאות הישראלית בא לידי ביטוי בעיקר בהיות הביטוח הולונטרי מקור מימון מרכזי של המערכת הפרטית.

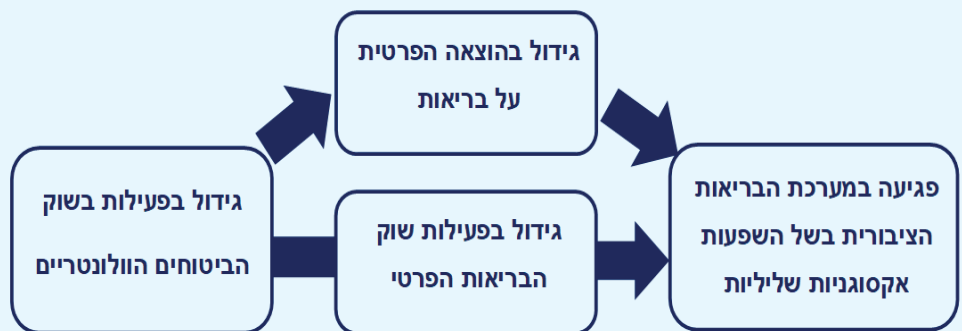
בשנים 2005-2015 ההוצאה של משקי הבית על ביטוחי בריאות וולונטריים (שב"ן ומסחרי) בישראל גדלה ביותר מפי 3, בעוד ההוצאה לנפש גדלה ב-163%. כפי שניתן לראות מתרשים 2, מדובר בגידול מהיר באופן משמעותי בהשוואה לממוצע ה-OECD (גידול של 41%), וכן בהשוואה למדינות בעלות שוק ביטוחי בריאות הבנוי באופן דומה (צרפת - גידול של 48%; הולנד - גידול של 23% מאז 2006).

ההוצאה על תוכניות השב"ן גדלה בעשור זה בכ-160% וההוצאה על הביטוחים המסחריים גדלה בכ-200% (לוחות 1 ו 2). בנוסף, שיעור ההוצאה על שני סוגי הביטוחים מסך ההוצאה על בריאות עלה, אך הגידול היה חד יותר עבור הביטוחים מסחריים.

תכניות השב"ן

מאז 1999 ועד 2005, שיעורי הבעלות על תכניות השב"ן באוכלוסייה הבוגרת גדלו בקצב מהיר ומאז נשמרה רמה יחסית קבועה אך גבוהה של שיעורי הבעלות (כ-75%) של בעלות על תוכניות השב"ן. בעשור האחרון חלה גם עלייה משמעותית בהכנסות קופות החולים מתוכניות

תרשים 3: תהליך ההשפעה של הגידול בביטוחי הבריאות הולונטריים על המערכת הציבורית





לוח 1: שינויים בבעלות, הכנסות מדמי חבר ותביעות תוכניות השב"ן 2006-2015,

תביעות		הכנסות מדמי חבר				בעלות בקרב אוכלוסייה בוגרת				תקופה		
שיעור שינוי כולל	שיעור שינוי שנתי ממוצע	היקף סוף תקופה (מיליארד שקלים)	היקף תחילת תקופה (מיליארד שקלים)	שיעור שינוי כולל	שיעור שינוי שנתי ממוצע	היקף סוף תקופה (מיליארד שקלים)	היקף תחילת תקופה (מיליארד שקלים)	שיעור שינוי כולל	שיעור שינוי שנתי ממוצע		שיעור בעלות בסוף תקופה	שיעור בעלות בתחילת תקופה
168%	10%	3.7	1.4	159%	10%	4.2	1.6	6%	0.5%	84%	79%	2005-2015

מקור: עיבודי צוות המחקר על דו"חות אגף הפיקוח על הקופות ושירותי בריאות נוספים, משרד הבריאות 2005-2015 (4); עיבודי צוות המחקר על סקרי דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות, מאיר-ס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, 2005-2016 (5)

לוח 2: שינויים בבעלות, הכנסות מדמי חבר ותביעות בתחום הביטוחים המסחריים, לפי סוג ביטוח 2005-2015

תביעות		הכנסות מדמי חבר				בעלות בקרב אוכלוסייה בוגרת				תקופה		
שיעור שינוי כולל	שיעור שינוי שנתי ממוצע	היקף סוף תקופה (מיליארדי שקלים)	היקף תחילת תקופה (מיליארדי שקלים)	שיעור שינוי כולל	שיעור שינוי שנתי ממוצע	היקף סוף תקופה (מיליארדי שקלים)	היקף תחילת תקופה (מיליארדי שקלים)	שיעור שינוי כולל	שיעור שינוי שנתי ממוצע		שיעור בעלות בסוף תקופה	שיעור בעלות בתחילת תקופה
פוליסות פרט												
196%	9.5%	1.2	0.4	189%	9.3%	3	1.0	59%	3.9%	27%	14%	2005-2016
פוליסות קבוצתיות												
306%	12.4%	1.2	0.3	236%	10.6%	1.2	0.4	53%	3.6%	34%	20%	2005-2016
סה"כ ביטוחים מסחריים												
241%	11%	2.4	0.7	202%	9.6%	4.2	1.4	68%	4.4%	57%	34%	2005-2016

מקור: עיבודי צוות המחקר על דו"חות רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון, 2004-2016 (6); עיבודי צוות המחקר על סקרי דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות, מאיר-ס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, 2005-2016 (5).

מקורות מידע

- 1) פלוטניק, ר., קידר, נ., 2016. מערכת הבריאות בישראל בראי OECD 2014. משרד הבריאות.
 - 2) Ministry of Health 2012. Issues on policy and regulation of private health insurance (in Hebrew)
 - 3) OECD Stats
 - 4) Annual reports by the supervision of HMOs & complementary health services
 - 5) Brammli-Greenberg S., and Medina-Artom, T. 2015. Public Opinion on the Level of Service and Performance of the Healthcare System in 2014 and in Comparison with Previous Years. Research report 15-672. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute (in Hebrew).
 - 6) Brammli-Greenberg S., Medina-Artom, T., and Belinsky, A. forthcoming. Public Opinion on the Level of Service and Performance of the Healthcare System in 2016 and in Comparison with Previous Years. Research report. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute (in Hebrew).
- :Annual reports by the capital market, insurance and savings department. Available at (6)



פוליסות הבריאות המובילות של איילון

יתרון מהותי למבוטחי איילון!

בחירה חופשית של רופא מנתח ושיפוי כלא*,
גם בעת ביצוע ניתוח שלא באמצעות רופאי הסדר

* עד תקרת ספקי הסדר

להצטרפות, אגף שיווק ומכירות: 03-7569874 | marketing@ayalon-ins.co.il

עושים סדר: כך השתנו ביטוחי הבריאות בשנתיים האחרונות

בתקופה בה הצורך בביטוח בריאות פרטי גובר, חשוב שסוכן הביטוח יכיר את שלל השירותים והמוצרים הנוספים, באמצעותם ניתן להציע למבוטחים כיסוי רפואי מקיף | הצצה למדריך ביטוחי הבריאות של עדיף והראל

ביטוח ניתוחים בחו"ל

במקרה שמבוטח מעוניין לבצע ניתוח בחו"ל, ניתן במסגרת ביטוח זה כיסוי להוצאות הרפואיות הקשורות לניתוח, לרבות שכר מנתח, הוצאות אשפוז ועוד. כמו כן, ניתן כיסוי להוצאות נלוות לניתוח - אחות פרטית, הוצאות טיסה עבור מלווה, הכוונה ומידע, טיפולי המשך ושיקום. בתכניות הבריאות המשוקות החל מפברואר 2016, הורחב במרבית חברות הביטוח הכיסוי גם לטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.

מרחיבים את הכיסוי - חשיבותם של כתבי שירות בביטוחי בריאות

ייעודם של ביטוחי הבריאות רחב הרבה יותר מאשר ההחזר הכספי בלבד. הם אמורים לכלול מעטפת כלים שיסייעו למבוטח בהתמודדות עם אירוע רפואי. על רקע זה נוסחו כתבי שירות הנלווים לביטוחי הבריאות ומאפשרים קבלת מידע וליווי רפואי בעת ולאחר אירוע בריאותי. להלן שלושת כתבי השירות המשמעותיים בתחום הבריאות:

שירות רופא מלווה אישי

שירות זה מעניק ליווי מקצועי ומלא החל מהליך האבחנה, במהלך הטיפול וההחלמה וכן ייעוץ נוסף בקבלת ויישום החלטות בריאותיות קריטיות. בעת הצורך מעורבים בהליך רופאים מומחים נוספים, מהארץ ומחו"ל, המייעצים בתחומי הרפואה הרלוונטיים לבעיה שהתעוררה.

שירות אבחון פרטי מהיר

מאפשר ייעול וקיצור זמן האבחון, באופן מרוכז על ידי רופאים מומחים מובילים בתחומם מבתי חולים בארץ ובחו"ל. האבחון המהיר כולל ביצוע כל הבדיקות האבחנתיות הנדרשות, לרבות בדיקות הדמיה ו-MRI, תוך התחייבות ללוחות זמנים קצרים.

שירותי רפואה Online

שירות זה מאפשר למבוטחים להתייעץ עם רופא שיחת וידאו הנתמכת בכל מכשירי הסלולר (אייפון ואנדרואיד), במחשב או בטאבלט. השירות נועד, בין היתר, לספק מענה מידי ומקצועי בכל מקום בו שווה המבוטח, ועל ידי כך חוסך במקרים רבים המתנה או הגעה למוקד רפואי.

מהחברות אף ניתן כיסוי מורחב יותר. בפועל, הכיסוי בביטוחי מחלות קשות רחב יותר וכולל פיצוי למחלות נוספות כגון פרקינסון, השתלת איברים, סכרת נעורים ועוד. כמו כן, כמעט בכל התכניות ניתן לקבל לאחר תקופה, פיצוי נוסף למקרה ביטוח שני.

ביטוחי תרופות חדשים ומתחדשים

ביטוח התרופות נועד לסייע למטופל לממן תרופות וטכנולוגיות שאינן נכללות בסל, והוא כולל:

- 1. הרחבת הכיסוי לתרופות נוספות:** ביטוחי התרופות הורחבו באופן משמעותי בחלק מחברות הביטוח והם מכילים כיסוי מקיף לביטוח תרופות, הכולל כיסוי לתרופות נוספות מעבר למה שהיה עד כה. למשל, במקרה של מחלת הסרטן, בתנאי זכאות מקלים וייחודיים.
- 2. הוספת כיסוי לבדיקות להתאמת תרופות למבנה גנטי של גידול סרטני.**
- 3. פאנל מומחים לפענוח תוצאות בדיקות של הגידול -** ייחודי בביטוח תרופות בחברה הגדולה בתחום.

העידן החדש של מוצרי הבריאות, שהחל ב-2016, פתח תקופה של מוצרים מתחדשים מדי שנתיים. מבחינה זו, תיתכן גמישות גבוהה יותר לעדכון הכיסוי והתאמתו להתפתחות הרפואית העתידית.

ביטוח השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

ההוצאות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל יכולות להגיע למאות אלפי דולרים, ועל כן נדרשת הגנה פיננסית לא רק על המבוטח אלא גם על משפחתו. בביטוחים הפרטיים, הזכאות למימון השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל מתקיימת ברגע שישנו צורך רפואי. התנאים בפוליסות של חברות הביטוח מקלים יותר בדרך כלל, ולרוב התנאי העיקרי לכיסוי הינו הצורך בהשתלה.

סל הבריאות בישראל רחב וטוב, אך הוא עדיין אינו נותן מענה מיטבי לצורך בהתמודדות עם אירועים רפואיים מורכבים. על פי הנתונים שפרסם ארגון ה-OECD לשנת 2015, מדדי תפוסת מיטות האשפוז, שיעור המכשור המתקדם וכוח האדם הרפואי לנפש בישראל, הינם נמוכים ביחס למוצע בארגון. על כן, גובר הצורך בביטוח בריאות פרטי.

גם הציבור מפנים זאת. על פי ממצאי הסקר האחרון של מאיר-סרני-ג'וינט, מכון ברוקדייל משנת 2016, הציבור חש חוסר ביטחון כי יקבל סיוע מהמערכת הציבורית בעת מחלה קשה. עוד עולה מהסקר כי ללא פעולות לחיזוק המערכת הציבורית, תמשיך מגמת העלייה בהוצאה הכוללת לנפש לבריאות ויגדלו הפערים בתחום זה.

גם אחרי שורת הרפורמות שעבר ענף ביטוחי הבריאות והסיעוד בשנים האחרונות, קיים צורך ביטוחי משמעותי בכיסוי עבור ניתוחים, תרופות, השתלות ומחלות קשות. פוליסות הבריאות אכן עברו שינוי, אך גם לאחר הרפורמות הן עדיין כוללות הבטחה ביטוחית למבוטח לאורך זמן, לכיסוי ביטוחי ראוי, עם ערך מוסף למבוטח.

בנוסף, כפי שתוכלו להתרשם במדריך לסוכן שהופק על ידי הראל ועדיף, לקראת הכנס ה-14 בענף ביטוחי הבריאות והסיעוד, קיימת גמישות המאפשרת למבוטח לרכוש מגוון כיסויי בריאות נוספים:

ביטוח מחלות קשות - המוצר המרכזי שמעניק פיצוי בעת אירוע רפואי

הכיסוי הניתן בביטוחי מחלות קשות הורחב בשנתיים האחרונות. על פי הוראות חוזר ביטוח מחלות קשות, תכנית זו תכסה לפחות את המחלות הקשות הבאות: סרטן, שבץ מוחי, טרשת נפוצה, התקף לב, ניתוח מסתמי לב, ניתוח מעקפי לב, ניתוח אבי העורקים וקרדיומיופטיה. על מנת לתת מענה רחב יותר למחלת הסרטן, גם בשלב בו המחלה אינה מתקדמת מאוד, בחלק

מסע בעקבות הרגולציה, כלים לסוכן לבידור צרכי המבוטח - זאת ועוד במדריך המלא של עדיף והראל

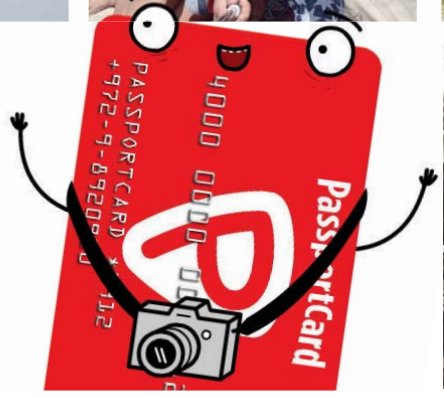


מסביב לעולם עם PassportCard

ביטוח הנסיעות היחיד שמשלם מזומן במקום



מאות אלפי מבוטחים
כבר נהנים מביטוח
הנסיעות הטוב בעולם



משתמשים בכרטיס, בלי להוציא כסף מהכיס!

באמצעות פספורטכארד ישראל סוכנות לביטוח כללי (2014) בע"מ | החברה המבטחת - הפניקס חברה לביטוח בע"מ | בכפוף לתנאי הפוליסה, חריגה וסייגיה | בכפוף למגבלות השימוש בכרטיס.

המערכת המורכבת של הבריאות בישראל

דוח רווח והפסד בעקבות הרפורמה

80% מאזרחי ישראל מחזיקים בשב"ן של קופות החולים, אך למרות זאת הציבור עדיין סובל מבעיות הרפואה הציבורית ונאלץ לפנות לביטוחים הפרטיים | אלו עברו טלטלה בפברואר 2016 עם כניסת פוליסת הניתוחים האחידה, וזה הזמן לבדוק - מה בעצם השתנה לנו?

עולם ביטוחי הבריאות בישראל הינו מורכב. קצב השינויים המתרחשים בו, הן בסוג והן בגובה הכיסויים הביטוחיים, הינו גבוה מאוד. כך, כמעט כל מבוטח שנשאל על ידי אם יש לו ביטוח בריאות פרטי משיב בחיוב, על אף שבדרך כלל הוא מחזיק רק בשירות בריאות נוסף (שב"ן), במסגרת קופת החולים שלו ולא בביטוח פרטי. המבוטח סמוך וביטוח שבעת אירוע רפואי הוא יקבל פתרונות רפואיים רבים, מתקדמים, וסבור שכל הקידמה הטכנולוגית תעמוד לרשותו. הרוב הגדול של אזרחי ישראל, כמעט 80%, רכש גם את הרובד הנוסף - שב"ן - מעבר לכיסוי הבסיסי. מעבר לכך משווק לציבור רובד שלישי, שעיקרו טיפולי שיניים וטיפולי היריון. אך מי בכלל יודע מה מכילים רבדים אלה? מבוטח סביר לא יודע מה הוא מקבל במסגרת החבילה, כמה הוא משלם, מה ההבדל, ועד כמה הפער גדול בין רמת הרפואה בארץ לבין גבולות הזכאות שלו, ומהרמת השירות שיקבל במסגרת



ברגע האמת, קופת חולים זה לא תמיד מספיק. נחוץ ללקוחות שלך גם ביטוח בריאות במגדל.

לא מתפשרים
על הטכנולוגיה



כיסוי לניתוחים וטיפולים
בטכנולוגיות מתקדמות
בארץ ובחו"ל

לא מוציאים כסף מהכיס



כיסוי מלא לניתוחים,
להשתלות ולטיפולים מיוחדים
בחו"ל*

לא מסתפקים
בכיסוי חלקי



סל התרופות הרחב
והמקיף ביותר בישראל

לא צריך לדאוג כלכלית



פיצוי כספי
בעת מחלה קשה

לא צריך לחכות לתור



תור לבדיקות
אבחנתיות תוך יומיים
ופענוח תוך יומיים

לא מגבילים אתכם



הזכות לבחור רופא
ומוסד רפואי בארץ ובחו"ל

גם בביטוח בריאות, טוב שיש מגדל מאחוריך

מגדל חברה לביטוח בע"מ

* אצל ספקים שבהסכם, במידה והניתוח תואם עם החברה.
המידע האמור הוא מידע כללי בלבד ולא ישמש לקביעת החובות והזכויות עפ"י תנאי הפוליסה או ככלי לפרשנות.
התנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה בלבד ובכל מקרה של סתירה בין עלון זה לבינם יגברו תנאי הפוליסה.
אין באמור תחליף ליעוץ המתחשב בצרכים המיוחדים של כל אדם.





מה הרווחנו ומה הפסדנו, בעקבות הרפורמה?

ב-1 בפברואר 2016 נכנסה לתוקף הפוליסה האחידה, שהינה כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ. אז מה בעצם השתנה?

מה השתנה?	פוליסה ישנה	פוליסה חדשה
מבנה הפוליסה	חבילה סגורה	מודולרי - ניתן לרכוש כל כיסוי בסיס בנפרד - תרופות, השתלות וטיפולים בחו"ל, ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל ומחלות קשות
תקופת החוזה והפרמיה	חוזה לכל החיים בפרמיה מתייקרת בכל חמש שנים, לפי קבוצות גיל (מתקבעת בגיל 65-70)	החוזה לכל החיים עם התייקרות פרמיה בכל 10 שנים, מגיל 50 בכל חמש שנים ובגיל 66 התקבעות. אחת לשנתיים תתכן התאמת פרמיה, לכל כיסוי בנפרד, עפ"י קבוצות גיל - באישור הפיקוח על הביטוח
הצהרת בריאות	מחייב לצורך שדרוג ותוספות	קיימת ברות ביטוח (אין צורך במילוי הצהרות בריאות), כאשר חברת הביטוח משדרגת את הכיסויים הקיימים
ייעוץ לצורך ניתוח	ייעוץ אחד לפני ניתוח וייעוץ אחד אחרי ביצועו, היו מכוסים רק אם הניתוח בוצע בפועל ואצל אותו רופא	כיסוי לשלושה ייעוצים אגב ניתוח / טיפול מחליף ניתוח בישראל - ללא תקרה אצל מנתח הסדר, גם אם לא בוצע ניתוח בפועל
כיסוי למחליפי ניתוח	הכיסוי היה מוגבל, עד עלות הניתוח או כ-150,000 שקלים, הנמוך מהם	אין תקרת כיסוי, במגבלת רופא שבהסכם
שתלים במהלך ניתוח	מכוסים עד תקרה של כ-20,000 שקלים	ללא תקרה ובכפוף לרופא בהסדר
ניתוחים מניעתיים	לא כלול (לעיתים היה כיסוי חלקי, בכפוף לתקופת אכשרה ארוכה)	כיסוי מלא, לאחר 3 חודשי אכשרה בלבד
חריג ניתוח עודף משקל	רלוונטי אם קיימים שני גורמי סיכון וכן BMI מעל 38	חברות הביטוח מכסות גם גורם סיכון אחד אם BMI מעל 36
חריגים פעילות ספורטיבית מקצועית, מום מולד, אלכוהוליזם / סמים, מחלות נפש והתאבדות	קיימים	בוטלו
כיסוי עבור מנתח הסדר / החוזר	שפוי מלא למנתח שבהסכם והחוזר עפ"י תקרות למנתח שלא בהסכם	אין כיסוי למנתח שאינו בהסכם
מבנה הפרמיה	ידועות מראש ותוספת פרמיה הייתה רק עבור שדרוגים והרחבות	יתכנו שינויי פרמיה באישור המפקחת על הביטוח אחת לשנתיים
כיסוי להוצאות נלוות לניתוח, כמו פיזיותרפיה, הסעה באמבולנס, אחות פרטית בבית חולים, א.כ.ע מניתוח, מוות מניתוח	כיסויים קיימים	הכיסויים הוסרו
הרחבה לטיפול חירום בשיניים, עקירות כירורגיות וניתוחי חניכיים	בחלק מהפוליסות	הוסר כליל
פיצוי לניתוחים שלא נעשו באמצעות חברת הביטוח / באמצעות המערכת הציבורית	קיים בתכניות ששווקו עד 31.12.2013	אין פיצוי כלל
חריג לפעולות איבה	לא קיים	קיים
פיצוי להידבקות הפטיסיס B / איידס מעירוי דם	קיים	לא קיים

חבילת הכיסויים שמציעות קופות החולים. בנוסף, סוג וגובה הכיסויים במסגרת השב"ן משתנה בקצב גבוה מאוד. בניגוד לפוליסות פרטיות, שנעשות באמצעות סוכן ביטוח והינן חוזה אישי, לקופות החולים מותר לשנות מעת לעת את הכיסויים ואת התעריפים, ללא כל הגבלה.

בהגדרתו, חוק ביטוח בריאות ממלכתי מחייב איכות סבירה, זמן סביר, מקום סביר. אולם, המערכת הציבורית בארץ לא ממש מסוגלת לתת מענה לחולה על פי הפרמטרים האלו.

גם בדוח מבקר המדינה מפורטות שורה של בעיות חמורות דוגמת תורים ארוכים לניתוחים, חדרי ניתוח מיושנים, ביטולי ניתוחים ברגע האחרון, דחיות ניתוחים, חוסר בכוח אדם בתפקידים שונים ועוד.

מכאן ובעקבות כל אלה, מגיע הצורך בביטוח פרטי ובלתי תלוי. המבוטח יודע מה הכיסויים הביטוחיים שיש לו, כמה הוא משלם ובעת הצורך גם מקבל ייעוץ וליווי מלא, על ידי סוכן מורשה, שעבר הכשרה מתאימה וקיבל רישיון ממושרד האוצר.

המבוטח גם יודע שהסוכן האישי שלו מנוסה ומיומן בטיפול בתביעות בריאות, מקושר ובעל השפעה, ויודע כיצד להתנהל בעילות מול כל הגורמים, לרבות חברת הביטוח, הרופא ובית החולים.

אז מה רצינו בסך הכל? שבזמן אירוע רפואי נוכל לבחור מי ינתח אותנו, מתי ובאיזה בית חולים יבוצע הניתוח.

אז למה זה כל כך מסובך?

עדי בר-און הינו יו"ר ומנכ"ל קבוצת בר-און ביטוח ופיננסים, מומחה בביטוחי בריאות וסיעוד, כותב חוות מומחה בביטוח מטעם שופטי בתי המשפט ומרצה בכיר בביטוח וניהול סיכונים.

בכלל ביטוח שומרים על המשפחה

"מדיכלל מחלות קשות 32 | 2016" של כלל ביטוח מאפשר קבלת פיצוי של עד 600,000 ₪, בקרות אחד מ-32 מחלות או אירועים רפואיים קשים



- ✓ פיצוי במלוא סכום הביטוח שנרכש גם במקרה ביטוח שני וזאת לאחר 180 יום בלבד מקרות האירוע הראשון
- ✓ פיצוי נוסף בגובה 25% מסכום הביטוח שנרכש בגין מקרה סרטן שני
- ✓ פיצוי בגובה של 15% מתגמולי הביטוח ועד 50,000 ₪ במקרה של "סרטן מוקדם"*
- ✓ מספר המחלות בקרות מקרה הביטוח הראשון המביא לביטול הפוליסה, **הנו הנמוך ביותר מבין המתחרים**

לפרטים נוספים פנה/י למפ"ע שלך בכלל ביטוח



הרפורמה במערכת הבריאות - קיצור תורים אמיתי או בלוף לאומי?

רק חלק קטן מהתקציב המיועד אכן יופנה לקיצור תורים, בעוד רובו ישמש לשינוי רישום הפעילות בסל הציבורי במקום בשב"ן | עולה השאלה, האם כשנאסר עלינו לבחור רופא מנתח ברפואה הציבורית לא נרוץ לרכוש ביטוח פרטי, שיאפשר לנו לשמור על הזכות שנלקחה מאתנו?

לפנות למסלול פרטי מלא או לפעול במסגרת ססיות (ניתוחים פרטיים המתבצעים אה"צ בבתי חולים), עם כל המשמעויות הנלוות לכך: תעריפים מופחתים, ללא בחירת רופא, תחת מגבלות קפינג ותחת מגבלות אחרות של המערכת הציבורית. האם הרופאים יסכימו לכרות את הענף עליו הם יושבים? ימים יגידו. כרגע כל כוחות השוק דוחפים את הרופאים לפעול בתעריף מופחת אה"צ בבית החולים הציבורי.

האזרח מטומטם והאזרח ימשיך לשלם?

מאז 1998 אנו, האזרחים, משלמים פרמיה חודשית לקופות החולים עבור הזכות לבצע ניתוח/פעולה פרטית ביום שנצטרך זאת. עתה, משהונחה התכנית לקיצור תורים על השולחן, שהיקפה נאמד בכ-700-600 מיליון שקלים, נדרשות קופות החולים לצמצם לנו את השירות בביטוח המשלים בכ-35%. מדובר כמובן בפגיעה מהותית בשירות עליו שילמנו מכספנו הפרטי במשך שנים!

האם ימצא האזרח שיבחן את חוקיות התכנית באמצעות בג"ץ? מסופקני! ככל הנראה אנו נמשיך לשלם לשב"ן וככל שנוכל נרכוש גם ביטוח פרטי, שכן המסר לאזרח הוא חד וברור - לא ניתן להסתמך על הממשלה המשנה את זכויותינו חדשות לבקרים. במקום לפעול כנגד כפל ביטוח, מחנכים אותנו האזרחים כי כפל ביטוח הוא למעשה הדרך הנכונה להבטיח לעצמנו את זכויותינו.

מיליארד שקלים לשנה. המשמעות תהא צמצום דרסטי בזכויות המבוטחים בשב"ן או בשירות הניתן להם, ומכאן עולה השאלה האם חברות הביטוח יראו בכך הזדמנות או משבר? מחד, הוצאות הביטוחים הפרטיים יעלו, שכן יקשו עלינו המבוטחים בביטוח משלים את מימוש זכויותינו. מנגד, עלול להיווצר משבר אמון קשה בין הביטוח המשלים למבוטחיו. כאן נוצרת ההזדמנות הגדולה של חברות הביטוח הפרטיות, כי לפתע משמעותו של חוזה ביטוח מקבלת משנה תוקף.

עימות חדש עם הרופאים?

לפני כשנה נחסם בפני המבוטחים מסלול ההחזר ובכך נפגעו הרופאים הפרטיים שפעלו בשוק. מאז, קופות החולים, ולעיתים גם חברות הביטוח, מקשות על כניסת רופאים חדשים לרשימת רופאי ההסדר, וזאת על אף שקיימת פרישה טבעית של רופאים מהשוק. עתה, משנכנס חוק הצינון לתוקף ובעקבותיו תכנית "קיצור תורים", צפויים הרופאים שבהסדר להיתקל בקושי במתן שירות למטופליהם (חצי שנת צינון). לחלופין, בשל יעדי התכנית לקיצור תורים, ככל הנראה יוגבלו הרופאים בהיקף הפעילות שיוכלו לספק. כלומר, רופאים ידרשו לקבוע תקרה לפעילותם ללא קשר לביקוש אליהם, ובצורה כזו ליצור תורים במסלול הביטוח המשלים.

למעשה, נאמר לרופאים כי יש באפשרותם לפעול באחת משתי דרכים:

מזה שנה אנו שומעים על רפורמה במערכת הבריאות, לפיה גויס תקציב של כ-880 מיליון שקלים לשנה, עבור תכנית לאומית לקיצור תורים. אילו תקציב מכובד זה היה מיועד כאמור למטרה שאותה משרד הבריאות משווק לנו, הרי שכולנו היינו מברכים על כך.

אולם, הצהרות לחוד ומעשים לחוד. על פי התכנית, מרבית הכספים מיועדים לתכנית הסטה ממיומן פרטי למיומן ציבורי, כלומר בכוננת הממשלה לכפות עלינו האזרחים לוותר על זכות חשובה אותה רכשנו במשך שנים במיטב כספנו - הזכות לבחירת רופא מנתח. זאת לטובת שירות ללא בחירה בבית חולים ציבורי.

הממשלה מפעילה מכבש תקציבי, על מנת למנוע מאיתנו זכות בסיסית לבחור מי יטפל בנו ברגע בו אנו זקוקים לה יותר מכל. למעשה, חלק קטן מאד מהתקציב אכן מיועד לקיצור תורים ואילו כל שאר התקציב מיועד לשינוי רישומי בסעיפי הוצאות של קופות חולים, מרישום בביטוח המשלים לרישום הוצאה בסל. שינוי תמים זה מסתבר כשינוי מהותי מאד בשירות שאנו צפויים לקבל.

אז, קיצור תורים או בלוף...?

האם זו הזדמנות או משבר לענף ביטוח הבריאות?

כאמור, על פי הרפורמה נדרש מקופות החולים המפעילות שב"ן לצמצם את פעילותן בפרק הניתוחים של הביטוח המשלים בכ-35% עד 40%, כ-700-600 מיליון שקלים מתוך כ-1.9

התניות שונות ומרובות לצורך קבלת התקציב המיועד, בהן הפחתת פעילות בביטוח המשלים, קביעת רשימת פעולות המזכות בתקציב (רוב רובן של הפעולות הינן פעילויות רווחיות ולא דווקא פעולות שיש בהן תורים. נהפוך הוא, פעולות שיש להן תורים לא נכללות כלל בתוכנית לקיצור תורים) ועוד ועוד.

נוצר הרושם כי התכנית הינה עוד תרגיל מחוסם במטרה לדחות את הקץ ואת המסקנה הברורה לכל - תנו את הכסף למערכת הציבורית, פשוט כך, בלי תנאים ובלי תרגילי הסחה. תנו למערכת הציבורית את התקציב שהיא כה זקוקה לו, ואולי באמצעות שיפור השירות הציבורי אנו האזרחים נפסיק את הנהירה למערכת הפרטית.

הדרך להפעלת תוכנית איננה עוברת דרך שלילת זכויותינו, שכן שיטות אלו מקומן בצפון קוריה או קובה ולא במדינה דמוקרטית.

**הכותב הינו מנכ"ל בית החולים
הרצליה מדיקל סנטר**

הציבוריים וימצאו את הדרך לקיום הפעילות כפרטית.

האם התקציב נותן פתרון לצפיפות בבתי החולים או רק פתרון חלקי בכסף הנדרש להפעלת ניתוח?

בתי החולים הציבוריים בישראל פועלים בשיעורי תפוסה מהגבוהים בעולם. גם אם נניח שחלקו של התקציב יגיע לבתי החולים לצורך ביצוע ניתוח כזה או אחר, עולה השאלה היכן ישכבו כל אותם חולים? אין בתכנית ואין במערכת כיום פתרונות למצוקת האשפוז ולכח האדם הנדרש להפעלת האשפוז. האם התכנית דוחפת את החולים להתחרות עם החולים הדחופים הנכנסים דרך מיון להתחרות על מיטה פנויה?

למה לסבך? מדוע נדרש פתרון סבך לבעיה פשוטה?

משד האוצר אשר רקם את התוכנית הכניס

צמצום ההוצאה הפרטית או שינוי רישום בלבד שיביא לעלייה בהוצאה הפרטית ובתמורה ממנה?

טוענים קברניטי המערכת כי התכנית נועדה לצמצום ההוצאה הפרטית ובכך תפעל למען שוויון במערכת הבריאות. האמנם? יש להניח כי בשלב הראשון אכן רישום הפעילות בסל הציבורי במקום בשב"ן יביא לצמצום סמלי בהוצאה הפרטית לבריאות, אך עולה השאלה מה יקרה בטווח הבינוני והארוך? האם לא נרוץ לרכוש ביטוח פרטי שיאפשר לנו לקבל את השירות שנלקח מאתנו? האם אכן קופות החולים יפחיתו את הפרמיה של השב"ן בהיקף הנדרש?

ניסיון העבר מלמד כי הוואקום בשב"ן יתמלא בהוצאות אחרות וכך לא תפחת הפרמיה. האזרחים לא יוותרו על בחירת הרופא ועל כן ישנה התכנות לעלייה ברכישות ביטוחים פרטיים. הרופאים מצדם לא יוותרו מהר כל כך על פרנסתם ולכן לא יסכימו לקיים את הפעילות הפרטית במסלול ססיות בבתי החולים

חברת רפואון בעלת ניסיון של-20 שנה בתחום המידע ואיתור התיעוד הרפואי מהארץ ובחו"ל. ייחודיות החברה הינה בבניית פרופיל רפואי, באמצעות שילוב מידע ממקורות שונים, באופן המאפשר לדעת בבירור מאילו סוגי פגיעות סבל הפרט לפני ולאחר המקרה הרפואי.

חברת רפואון עובדת בשת"פ עם מחלקות התביעות בתחום הבריאות והסיעוד של חברות הביטוח המובילות בישראל.

החברה מבססת את בקרת האיכות שלה לפי תקן ISO 9001-2008.

רפואון חותרת באופן מתמיד למצוינות, לשיפור תהליכים, לרמת שירות גבוהה, וליעול הפתרונות אותן מציעה לקהל לקוחותיה.

אנו ברפואון מאמינים שידע הוא הכוח וזה היתרון שלך.



REFUON
שירותי מידע ואיתור תיעוד רפואי

32545565 0000000 555555 4444 5846854782325652928
000000000 4584511 000000000000 4589856211

רח' הנמל 36, חיפה | טלפון: 04-8664011 | www.refuon.co.il | info@refuon.co.il

"תחרות היא תמיד דבר חיובי, שמוביל לבניית מוצרים מצוינים"

דניאל כהן, משנה למנכ"ל כלל וראש חטיבת הבריאות בחברה, מסביר כי המעורבות של חברת הביטוח בחיי הלקוח מכוונת אותו לרפואה מתקדמת יותר | פוליסת הבריאות האחידה? "נותנת מענה ללקוח, אך סבור שיתאפשר להרחיבה בעתיד" | ביטוח סיעוד ממלכתי? "בכל מקום שבו המדינה לוקחת אחריות על אזרחיה, זה מבורך"

בעוד חודשים ספורים יגיע רגע המבחן הראשון של רפורמת הפוליסה האחידה, עם הגיעו של המועד הראשון לחידוש הפוליסות. השחקנים כולם יצפו לראות מה יעשה כל אחד לעומת האחר, האם התעריפים ישתנו ואילו תוספות יאשר הפיקוח על הביטוח. "לאור הדינמיות והתחרותיות בשוק, אני סבור כי אפשר יהיה בעתיד לעבות את המוצר ולהוסיף לו כיסויים נוספים", אומר **דניאל כהן**, משנה למנכ"ל **כלל ביטוח** וראש חטיבת הבריאות של החברה.

עם זאת, הוא מציין כי "המהלך של יצירת בסיס אחיד של כיסויים חיוניים ללקוח, הוא מהלך נכון המאפשר מענה הולם ללקוח בתחום הניתוחים בישראל".

האם לדעתך הציבור הפנים שהפוליסה האחידה הינה לניתוחים בארץ בלבד, או שמבחינתו מדובר בביטוחי בריאות אחידים בכל התחומים?

"אין ספק שבתחילת הדרך היה צורך בהסברה מקיפה לסוכני הביטוח ובאמצעותם לציבור הרחב. במהלך השנה וחצי האחרונות, הסוכנים שלנו עברו תהליך למידה מקיף ומתמשך, קיבלו כלים מתקדמים ועברו עשרות הדרכות ואני מאמין שהמאמצים האלו נושאים פרי ושהסוכנים מבינים היטב את פרטי הפוליסה האחידה. אנחנו רואים שחל שיפור משמעותי בהבנת הנושא ושהוא מועבר בצורה מקצועית לציבור, ופה בדיוק מתבטא הערך של הסוכן כלפי הלקוח - במקצועיות".



חדשות שמאפשרות להעניק שירות רב ערוצי במוקדים הטלפוניים, ברשתות החברתיות ובשירות "תביעות און-ליין" המאפשר ללקוחות לנהל את התביעה באתר החברה, ועוד."

כיצד משפרים את השירות גם עבור סוכני הביטוח?

"גם בתחום השירות לסוכנים אנו נמצאים במגמת שיפור לאורך השנים. בסקר האחרון שיפרנו עמדות ועלינו למקום השלישי. כמו עם לקוחות הקצה, ובמקביל לסקרי הלשכה, אנו מבצעים סקרי שביעות רצון לסוכנים ובוחנים אפשרויות לשיפור תהליכי עבודה וממשקים. הדרך הטובה בעיני לשיפור השירות לסוכן הינה באמצעות הנגשת המידע ומתן האפשרות לסוכן לבצע פעולות בקלות דרך המשרד באמצעים דיגיטליים. ככל שהסוכן תלוי בחברה פחות ולשרת את הלקוח, כך גוברת היכולת שלו להעניק למבוטחי שירות טוב יותר ולהוות עבורם ערך מוסף ומשמעותי.

"זאת הסיבה שיש לפעול ללא הרף ולהשקיע משאבים אדירים בשיפור הכלים והשירותים לרשות סוכני הביטוח. שיפור השירות לסוכן הינו מטרת על שהדרך אליה עוברת בשיפור המעטפת התומכת ביכולות שקיימות אצלו ממילא".

שר הבריאות, יעקב ליצמן, מנסה לקדם ביטוח סיעוד ממלכתי. אתה רואה מהלך כזה יוצא לפועל?

"אני חושב שבכל מקום שבו המדינה לוקחת אחריות על אזרחיה, זה מבורך, ואני מקווה שימצא פתרון שישגי את המטרה בצורה הטובה ביותר".

אם היוזמה של ליצמן אכן תתממש, מה לדעתך תהיה השפעתה על ביטוחי הסיעוד הפרטיים והקולקטיביים?

"בעולם המערבי תוחלת החיים עולה באופן תמידי ואיתה גם החשיפה להגיע למצב סיעודי. גם משך הזמן בו האדם נמצא במצב סיעודי עולה, ובתנאים אלה, יש צורך הכרחי שהמדינה תישא חלק גדול יותר במימון ההוצאות הקשורות לזקנה ולסיעוד בפרט.

"אני מאמין שגם אם יהיה ביטוח סיעודי ממלכתי הולם, עדיין יהיה מקום וצורך לאלו המעוניינים ויכולים להרשות לעצמם מבחינה כלכלית לממן ביטוח סיעודי פרטי, ולא חושב שזה יבוא אחד על חשבון השני".

"ככל שהסוכן תלוי פחות בחברה, מבחינת היכולת שלו לתפעל את הפוליסות ולשרת את הלקוח - גוברת יכולתו לתת ערך מוסף ללקוחות"

מה על חברות הביטוח לעשות על מנת לסייע לסוכן למלא תפקיד זה?

"בעולם הבריאות, מקומו של הסוכן אף מורכב יותר מאשר בעולמות הביטוח האחרים, והוא כרוך בדאגה וליווי אישי של המבוטח, במתן עזרה בבחירת השירות האכותי המתאים, בחירת הרופא, קביעת תורים, מיצוי זכויות ועוד. אנחנו משקיעים משאבים רבים על מנת למצב את הסוכנים כבעלי מקצוע מובילים, בהכשרות מקצועיות בתחום הביטוח בפרט ובתחום העולם הרפואי בכלל. לפני כשנתיים הקמנו את מועדון "מומחי מדיכלל" לסוכני הבריאות המובילים שלנו, שבמסגרתו הסוכנים עוברים הכשרות וסדנאות בתחום ביטוחי הבריאות ובתחומי רפואה רבים אחרים, על ידי מיטב אנשי המקצוע והרופאים בישראל. "הסוכנים שלנו זוכים גם לכלי ניהול וליווי של המבוטח החל משלב המכירה ועד למיצוי זכויותיו בעת תביעה. במסגרת שיתופי הפעולה דאגנו גם להקמת מוקדים ייעודיים המעניקים הכוונה ושירות פרימיום לסוכן".

שיפור הכלים לסוכן

ביטוחי הבריאות והסיעוד זוכים לציון נמוך ביחס ליתר הביטוחים במדד השירות של הפיקוח, 72 ו-68 בהתאמה.

מדוע זה קורה ומה עושים כדי לשפר את השירות בתחום?

"אני חושב שהסיבה לציונים הנמוכים יחסית בתחומים אלו נעוצה במורכבות המוצר ובפער שבין הכיסוי כפי שהוא מתבטא בתנאי הפוליסה לציפייה של הלקוח. ניתן לבחון את שביעות הרצון של הלקוחות באופן שוטף, גם באמצעות מדד השירות של משרד האוצר המפורסם אחת לשנה וגם באמצעות פנייה ישירה ללקוחות לניתוח מעמיק אודות שביעות רצונם מהשירות אותו חוו. באמצעות הממצאים שעולים מתוך מקורות אלו ניתן ליצור שיפור בלתי פוסק של תהליכי עבודה, לפיתוח והטמעה של טכנולוגיות

התייחסת לתחרותיות הגבוהה בתחום ביטוחי הבריאות, אשר מתנהל בסביבה שמתפתחת כל הזמן. לאיזה כיוון אתה חושב שהתחום הולך?

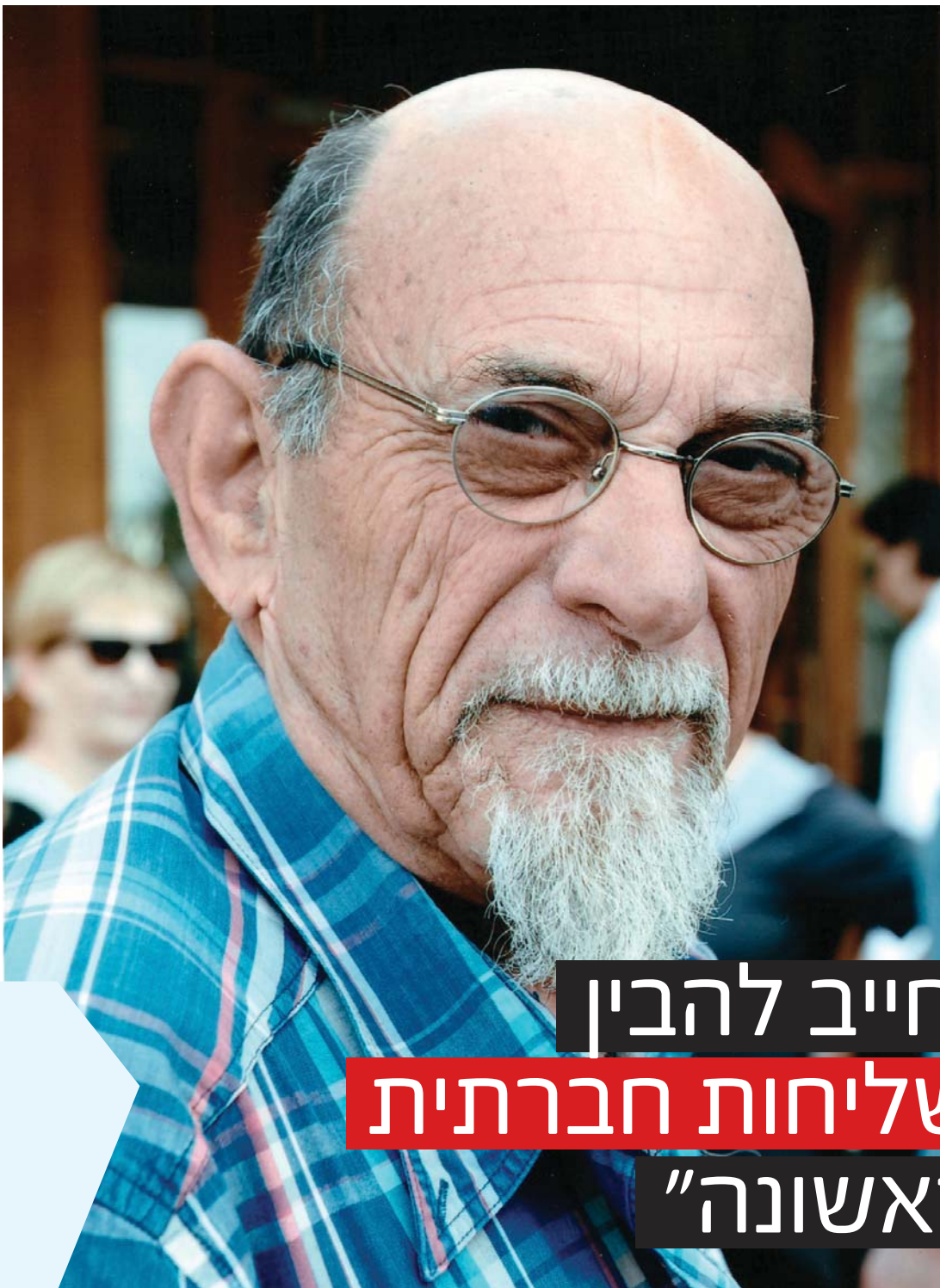
"תחרות היא תמיד דבר חיובי שמוביל לבניית מוצרים מצוינים, חדשניים וכאלו שעונים באופן מקיף על צרכי הלקוחות. ניכר כי מתעורר עניין וביקוש להפיכת חברות הביטוח לגורם המעורב בחיי הלקוח, גורם העוזר ומכוון את הלקוח לעבר רפואה מתקדמת, וזאת באמצעות חדשנות רפואית וטכנולוגית. אנחנו בוחנים ולומדים באופן שוטף מגמות בענף, עוקבים באמצעות מיטב המומחים אחר התפתחויות וחדושים בעולם, ומתקשרים כל הזמן עם גופים מתקדמים, על מנת לענות על צרכיהם המשתנים של לקוחותינו ולתועלתם. לדוגמה אפשר לציין את שיתוף הפעולה שלנו עם חברת התרופות הביוטכנולוגית רוש - נציגת חברת פאונדטיישן מדיסון, מהחברות המובילות בעולם לזיהוי והתאמת טיפול ממוקד בסרטן.

"באופן רחב יותר, חטיבת הבריאות בכלל ביטוח מתמקדת בשנים האחרונות בתחום הפרט ובמוצרי הליבה, שהם תרופות, הוצאות רפואיות ומחלות קשות. גם בשנים הבאות אנו נמשיך לשפר ולקדם את מוצרינו אלה, לעבות את סל המוצרים ולפתח אותם".

"הכל מתחיל ונגמר במקצועיות ובשירות"

כמו חברות הביטוח, גם הסוכנים עברו שנה וחצי לא פשוטות, והיו צריכים להתרגל לכללים החדשים בענף ביטוחי הבריאות והסיעוד. "התפקיד של הסוכן דינמי ומשתנה לאורך ההתקשרות עם המבוטח", משיב כהן לשאלה כיצד הוא רואה את תפקיד סוכן הביטוח החל מהרגע בו הוא מכר פוליסת בריאות למבוטח. "אני באמת חושב שהסוכנים מבינים היום שהכל מתחיל ונגמר במקצועיות ובשירות המתמשך שהלקוח מקבל".

לדבריו, הסוכן צריך לעקוב אחר השינויים בחיי המבוטח. "עליו להתאים את הכיסויים והמוצרים לצרכים המשתנים שלו, להיות עם היד על הדופק בכל הקשור להתפתחויות בעולם הרפואה וללוות אותו בקרות מקרה ביטוח, והכל בזמינות מלאה וביעילות כי הלקוחות מצפים היום לשירות מקצועי, מהיר ומיידי", מסביר ראש חטיבת הבריאות בכלל.



יותר מ-50 שנה מהווה רם אמית חלק בלתי נפרד מעולם הביטוח הישראלי. הוא פיתח תכניות ביטוח, הדריך סוכנים והוביל מהלכים משמעותיים. בריאיון מיוחד לרגל קבלת פרס מפעל חיים מעדיף, הוא מספר על השינויים שעבר הענף ("יחסי חברות-סוכנים הפכו להרבה יותר מנוכרים"), נזכר במעברים בין ביטוחי הבריאות, האלמנטר והפנסיה ("הרגשתי כמו מנוע שמקבל בכל פעם סטארט חדש"), וגם מספק טיפ לזוגיות מוצלחת ("גידול ארבעה ילדים לא היה מצליח ללא תמיכה של האחד בשני")

אין כיום אנשים רבים בענפי הביטוח והפנסיה, שברזומה שלהם החזיקו בתפקידים בעלי משמעות בשלושת התחומים המרכיבים את הענף - ביטוחי הבריאות והסיעוד, ביטוחי האלמנטר וביטוחי החיים. אחד מהם הוא **רם אמית**, כיום בן 77, שהיה שותף פעיל במשך יותר מ-50 שנים לחלק מאבני הדרך המרכזיות בהתפתחות תעשיית הביטוח בארץ. "כאשר הייתי איש **ציון חברה לביטוח**, הייתה לי השפעה רבה ביותר על הכנסת קרנות הפנסיה לפעילות השוטפת של חברות הביטוח,

**"סוכן ביטוח חייב להבין
שעשייתו זו שליחות חברתית
מהמעלה הראשונה"**

"ציון הדרך השלישי, שהוא בעל משמעות קונספטואלית, ערכית ושינוי תפיסת העולם בביטוח בכלל, הוא השינוי בהגדרת אבדן כושר עבודה מהגדרה כוללת, לפיה מבטוח יכול לעסוק בכל עיסוק סביר על מנת לגרוע ממנו את ההטבה הנובעת מהכיסוי הביטוחי, להגדרת העיסוק הספציפי. שינוי זה הוא לדעתי אירוע מכונן, אשר שינה את תפיסת המבטוח לגבי החיים המקצועיים של המבטוח והעמיד את עיסוקו של המבטוח, או אי יכולתו לעסוק בעיסוק בו עסק, כגורם שמכשיר אותו לקבל פיצוי חודשי עקב תאונה או מחלה.

"עם זאת, התבוננות לאורך התקופה מחייבת אותי לציין שהטכנולוגיה בחברות הביטוח והטכנולוגיה הנכפית עליהן על ידי הפיקוח על הביטוח, הן מהפך בעל משמעות גדולה ביותר. לצערי הרב, המהפך הזה לא מנוצל עד הסוף, כיוון שהטכנולוגיה יכולה להשפיע באופן דרמטי על עבודת היום-יום של סוכן הביטוח".

"לעניות דעתי, אנחנו רואים גם פחות מדי פתרונות לסוגיית החיסכון. עד היום לא קמו פתרונות מעניינים באמצעות המבטחים, ואני לא מתייחס לשוק ההון ככלל אלא למבטחים. אם היה מוצר נוסף בתחום החיסכון, שהיה משווק בצורה רצינית, פתרון העו"ש בבנקים היה פוחת דרמטית. לכן, השוק הזה מבחינת מוצרים הוא בעיני שוק רדום. אני מניח שמציאות זו קשורה למערכת היחסים בין הפיקוח לבין חברות הביטוח בנושא אישורי תכניות, שהינה מערכת של כבדהו וחשדהו. אני רוצה להאמין, שהעדר הפיתוחים של מוצרים מתקדמים נובע מהלחץ הרגולטורי על חברות הביטוח, לחץ שאינו הגיוני בהיקפו ואינו מותיר זמן לעשייה פרודוקטיבית".

קריירה ארוכה - בצד החברות ובצד הסוכנים

אמית התחיל את הקשר ארוך השנים שלו עם עולם הביטוח בשנת 1965, עם הצטרפותו לציון חברה לביטוח, שבה עבד עד שנת 2000. בתפקידו האחרון בחברה שימש משנה למנכ"ל וראש אגף ביטוח חיים ובריאות. לאחר מכן הקים את בית המשכנתאות הראשון בארץ, MCP, שעסק בליווי נוטלי משכנתה וממחזרי משכנתאות. בין השנים 2006 ל-2013 שימש כמנהל המקצועי של לשכת סוכני ביטוח, נציג הלשכה בוועדות שנפגשו עם המפקח על הביטוח, וחבר בוועדה לחינוך פיננסי. מ-2015, במשך שנה

כיצד נשארים פעילים בענף תובעני כמו הביטוח במשך תקופה כה ארוכה? "אהבת העיסוק, אהבת המקצוע וגם לא מעט אהבת אדם. אני מגדיר עצמי כאדם אוהב אדם. כל חיי מי שעמד לנגד עיני הוא תמיד האדם ואיך אני מייצר מצב שיהיה לו טוב יותר. זה גם מה שמעניק לי את יכולת ההישרדות, לקום בבוקר ולהגיד 'יש לי אפשרות לעשות לאנשים טוב יותר'"

לגבי ביטוחי סיעוד, באופן מאוד מפתיע הם לא משווקים בהיקפים שראוי היה שישווקו", אומר אמית.

מבין תחומי הפנסיה, האלמנטר והבריאות, היכן מצאת את הסיפוק הגדול ביותר, ומדוע?

"בכל אחת מהתקופות בהן עסקתי בתחום מסוים, זו הייתה עבורי התרגשות בלתי רגילה של עשייה חדשה. הרגשתי כמו מנוע שמקבל בכל פעם סטארט חדש. חשתי שנפלה בידי הזדמנות נדירה. אני לא מכיר הרבה מהקולגות שלי בענף, שזכו לרמת אמון כה גדולה כפי שניתנה לי ממי שהיו מנכ"ל לי ציון חברה לביטוח, שאיתם צעדתי 38 שנה, והם שאפשרו לי את המעברים בין ביטוח החיים בהיבט השיווקי, ביטוח החיים והפנסיה בהיבט היצירתי יותר של פיתוח תכניות, ואת המעבר הסקרני שלי לביטוח אלמנטרי, שגם בו חשתי משב רוח רענן.

"באותה עת פרצו לתודעה ביטוחי הבריאות, שהיו אז מבחינת הדיסציפלינה חלק מביטוח אלמנטרי. כבר כשעסקתי באלמנטר, הרצון לעסוק בביטוח הבריאות הלך מבחינתי וגדל, והחברה אפשרה לי לעסוק בפיתוחים של בריאות וסיעוד. אולם כל תקופה הייתה יוצאת דופן מבחינת האתגר ומבחינת הגורמים השונים מולם עבדתי, דווקא משום השינויים הרבים בכל אחד מהתחומים".

כמי שמלווה את ענף הביטוח כבר יותר מ-50 שנה, אם היית צריך להצביע על שלושה ציוני דרך משמעותיים בתקופה זו, מה הם היו?

"ענף הביטוח סובל לאורך השנים מזעזועים דרמטיים. אם אני נאלץ לבחור בשלושה עיקריים, אזי השינוי המשמעותי הראשון, שהינו בעל חשיבות עצומה, הוא הכנסת ביטוחי הסיעוד למדף המוצרים בחברות הביטוח, אירוע שהחל בשנת 1987. השינוי הדרסטי השני הוא הפיכת קרנות הפנסיה לחלק בלתי נפרד ממכלול הביטוחים שהחלו להימכר.

בכל הנוגע להגדרת מבנה ביטוח המנהלים והשילובים הפנסיוניים שנבעו מכך", הוא מספר בריאיון מיוחד, לקראת קבלת פרס הוקרה על מפעל חיים מטעם עדיף. "באשר לביטוחי הסיעוד, הייתי פורץ הדרך בתחום הזה, כמובן בלויית אקטוארים, רופאים מעולם הגריאטריה, מבטחי משנה, אולם ניתן לומר שהייתי מוביל המהלך שבעקבותיו יצאה פוליסת הסיעוד הראשונה בארץ - 'סיעודית'. בשלב מאוחר יותר בניתי תכנית ביטוח שנקראה 'חיונית', שהייתה שילוב יוצא דופן בין ביטוח אבדן כושר עבודה וסיעוד. לעניות דעתי, זה היה מהפך דרמטי, משום שלראשונה הופיע מוצר, שניתן היה לשווק כמוצר העומד בפני עצמו, ולא דווקא כנספח לפוליסה קיימת או פוליסה חדשה. רק אז נולדה ההכרה, שביטוח אבדן כושר עבודה וסיעוד כמקשה אחת הוא מוצר כשלעצמו. מציאות זו הכתה גלים מאוד משמעותיים בתעשיית הביטוח בארץ, חיוביים ושליליים", הוא מודה.

"השוק אמנם תקף אותי, אבל סוכני הביטוח הצביעו בעד המוצר, וכך נהנה ציבור של עשרות אלפי אנשים ממוצר שהיה מודרני באותה תקופה וייחודי בעולם. אני בהחלט רואה בזאת עשייה שלי. כמו כן, עשייה זו מלווה אותי עד היום, למרות שהשילובים שונים במקצת ונוטים יותר לביטוחי הבריאות והסיעוד. עם זאת,

שם: רם אמית

גיל: 77

מצב משפחתי: נשוי לפרופסור יאירה

אמית, אב לארבעה - יריב בן 50,

אפרת בת 48, הלית בת 45

ויואב בן 42. 13 נכדים.

שנים בענף הביטוח: 52





וחצי, כיהן כמנהל המכללה לחינוך ותכנון פיננסי, כאשר במקביל למד את תחום התכנון הפיננסי על בוריו ואף הוסמך כ-CFP על ידי האיגוד הבינלאומי למתכננים פיננסיים. כיום הוא עדיין מייעץ לגופים ציבוריים בתחום ביטוחי הבריאות והסיעוד.

כיצד נשארים פעילים בענף תובעני כמו הביטוח במשך תקופה כה ארוכה?

"אהבת העיסוק, אהבת המקצוע וגם לא מעט אהבת אדם. אני מגדיר עצמי כאדם אוהב אדם. כל חיי מי שעמד לנגד עיני הוא תמיד האדם ואיך אני מייצר מצב שיהיה לו טוב יותר. זה גם מה שמעניק לי את יכולת ההישרדות, לקום בבוקר ולהגיד 'יש לי אפשרות לעשות לאנשים טוב יותר'. אם הייתי חוזר כ-50 שנה לאחור ושואל את עצמי מה אני רוצה לעשות, הייתי מצביע על מה שעשיתי כל חיי ועל מסלול חיי. היו גם טעויות, אבל אם סך הטעויות היה גדול מסך ההצלחות, כנראה שלא הייתי שורד."

איך משלבים את הפעילות בענף שדורש השקעה כזו עם חיי המשפחה?

"אתה חייב שתהיה לך בת זוג מהמעלה הראשונה, ואני זכיתי בכזו. אבל זה דבר מאוד הדדי. היא צריכה להיות רעיה שלא מגבילה אותך, אבל במקביל עליך לאפשר גם לבת הזוג להתפתח במישור שלה, מתוך הבנה שיש לה צרכים משלה. אשתי פרופסור אמריטה באוניברסיטת תל אביב, וגידול ארבעה ילדים לא היה מצליח ללא תמיכה של האחד בשני, הן בקריירות והן בבית. אני מאחל זאת לכל ילדי ומכריי. היזהרו בבחירת בני ובנות הזוג שלכם, תנו לאנשים להתקדם, כי ככל שהם יתפתחו גם אתם תהיו במצב טוב יותר."

"סוכנים הרגישו שהם בוגדים בחברה אם היו עוברים למתחרים"

מעבר בין חברות הוא חלק בלתי נפרד מעולם הביטוח הישראלי, הן בתפקידים בחברות הביטוח והן אצל הסוכנים. כיום יש להבין ולקבל זאת.

כיצד אתה רואה את יחסי חברות-סוכנים כיום לעומת העבר?

"ללא כל ספק יש הבדלים דרמטיים. אם הולכים 30 או 40 שנה לאחור, הסוכן היה בעצם



סוכן הביטוח חייב להיות נאמן ללקוח באופן אבסולוטי. הוא לא יכול להיות מושפע ממה שחברת הביטוח נותנת לו. הוא חייב להתנהל כמו ברוקר, להשיג את המוצרים הנכונים בתנאים הכי טובים ללקוח, לטפל בתביעות שלו באופן חד משמעי וכמובן לנהוג ביושר מוחלט"

זרוע השיווק הארוכה של החברה בשטח. לכן הוא טופח, לכן היה לו מעמד והתייחסו אליו באופן אישי. רבים מסוכני הביטוח בנו את עתידם הכלכלי, המשפחתי והחברתי בתמיכת חברות הביטוח. מערכות היחסים היו ארוכות טווח. מנכ"לים וראשי אגפים הסתובבו בשטח ושמעו את רכשי לבם של הסוכנים. זו הייתה תקופה מעניינת ואז גם קשה היה להזיז סוכן מחברה לחברה, כי רמת היחסים הייתה כל כך אישית, עד שהסוכנים הרגישו שהם בוגדים בחברה אם היו עוברים למתחרים. חברות הביטוח גייסו אנשים לקורסים, גידולו סוכנים והרחיבו את צינור השיווק הזה. "היום המצב שונה לחלוטין. אני לא אומר שאין

קבוצת סוכנים מקורבת להנהלת של חברה זו או אחרת, אבל היחסים הפכו להרבה יותר מנוכרים. אני לא יכול לומר אם זה טוב או לא, אבל לפי השקפת עולמי זה טוב. כי סוכן הביטוח חייב להיות נאמן ללקוח באופן אבסולוטי. הוא לא יכול להיות מושפע ממה שחברת הביטוח נותנת לו. הוא חייב להתנהל כמו ברוקר, להשיג את המוצרים הנכונים בתנאים הכי טובים ללקוח, לטפל בתביעות שלו באופן חד משמעי וכמובן לנהוג ביושר מוחלט."

מצד שני אין לאמית טענות כנגד חברה שפועלת רק עם סוכנים קשורים, העובדים רק איתה ומתוגמלים בהתאם. "אם השכיר חי מעמלות, הנאמנות שלו לחברה לא עומדת בסתירה לנאמנות ללקוח. אבל הוא חייב להדגיש את זה בשיחות עם הלקוחות ולהסביר מדוע הוא לא מציג מוצר של חברה אחרת. הוא חייב לשמור על נאמנות ושקיפות מול הלקוח. זה לא אומר שהלקוחות יברחו. עובדה שבעולם הרחב מתקיימים מודלים של ברוקרים או סוכנים קשורים", הוא אומר.

"בשנות ה-80 זה קרה בבריטניה ויותר מ-20 אלף סוכנים יצאו מהמשחק. ואז, או שסוכני ביטוח הפכו להיות מעין סוכני חברה, או שהם נטמעו בעולם הבנקאות. גם בגרמניה, חברת אליאנס העסיקה רק סוכנים קשורים. כך גם בג'נרלי בצרפת או בסקנדיה בשבדיה. הן החזיקו מוכרנים כסוכני ביטוח, שתגמולם מושתת על עמלות", מוסיף איש הביטוח הוותיק.

לדבריו, בעבר לא הייתה תחרות דרמטית בחברות הביטוח על סוכנים, ולא היה ניוד סוכנים משמעותי באמצעות הצעה של עמלות גבוהות משמעותית. "הגורם הדומיננטי ביותר לשינוי הוא התפתחות הסוכנויות שמעסיקות סוכנים. הן הצליחו לייצר הסכמי פעילות עם מספר חברות ביטוח, סוכני הביטוח לא נתקלו בהגבלה עם איזו חברה לעבוד, וכך ירד החיכוך בין הסוכן הקטן לבין חברת הביטוח. זו בהחלט הייתה נקודת מפנה מעניינת וחשובה."

"רוב סוכני הביטוח לא רוצים להתפתח"

לאורך הקריירה שלו פיתח אמית לא מעט תכניות, שבאו לענות על צרכים וחוסרים. כך למשל כמפתח תכניות ביטוח עצמאי, פיתח עבור הכשרה את 'למענך', תכנית לביטוח "אבדן יכולת תפקוד לעקרת הבית".



MEDPAY

לטייל בעולם בטוח

הסטנדרט החדש בביטוחי הנסיעות לחו"ל

גשו לביתן של
MEDPAY והשתתפו
בהגלת
זוג כרטיסי טיסה
לפראג



האפליקציה המהפכנית המאפשרת ללקוח שלך:

להגיש תביעה בקלות ולקבל החזר מהיר
ישירות לכרטיס האשראי הרגיל

לאתר ספקי שירות רפואי מומלצים
בקרבת מקום

להתייעץ עם רופא ישראלי טלפוני 24/7
לקבל מספרי חירום בעולם

בלי טפסים, בלי להתקשר למוקד
שירות ובלי כרטיסי חיוב מיותרים

שם הזוכה יוכר בסיום הרצאתו של גיא כרמון, בעלים ומנכ"ל MEDPAY

*ההגרלה בפיקוח רואה חשבון וכפופה לתקנון



אמית עם 12 הנכדים. לאחר הצילום הצטרפה נכדה חדשה לחיק המשפחה

“אתיקה קודמת לכל”

את ניסונו הרב הוא מעביר בשנים האחרונות לסוכנים אחרים. בשנת 1986 הוציא לאור מדריך מקצועות ותחביבים, בעקבות הרחבת הגדרת אבדן כושר עבודה על פי עיסוק, אשר הפך למדריך המרכזי בחברות הביטוח. מעבר לתקופה במכללה לביטוח ופיננסים, הוא חבר הנהלת CLU והיה מרצה בכיר במכללה לביטוח שליד התאחדות חברות הביטוח, אשר סגרה את שעריה לפני כשש שנים.

מה מספק יותר, להתאים ללקוח תכנית ביטוחית או ללמד סוכני ביטוח צעירים?

“חינוך בעולם הביטוח נחלק לטעמי לכמה מדורים. בראש אני שם את נושא האתיקה. סוכן ביטוח חייב לעבוד על פי קודים אתיים מאוד ברורים, כאשר הלקוח ניצב בקידמת המערכת. המדור האחר הוא מדור המקצוע עצמו. העולם בו אנו פועלים נמצא בהשתנות מתמדת. לא יעלה על הדעת שהסוכנים לא יעקבו אחר ההשתנות באמצעות למידה. בשיחות עם סוכנים הם אומרים לי שהם לומדים מהשוק. איזו אמירה זו? למה לא לימוד במסגרת תכנית מוסדרת? אני לומד את המוצר, את השינוי, את החוק, את הרגולציה. “בניגוד למקצועות אחרים, סוכן ביטוח חייב להבין שמה שהוא עושה זו שליחות חברתית מהמעלה הראשונה. העוגן הבסיסי של מי שעוסק בתחום הזה חייב להיות הבנת מקומה של השליחות בפעילותו.”

“באשר לסוכן הביטוח, ביום שהוא יבין שהשירות שהוא צריך לתת הוא שירות ברמה גבוהה, באיכות גבוהה, כדי שרמת שביעות הרצון תהיה גבוהה, מטבע הדברים תדמיתו תשתנה. זאת ניתן לעשות על ידי טכנולוגיה מתקדמת במשרד הסוכן ועל ידי התפתחות והתעדכנות באמצעות לימודים. כמו כן, הסוכן חייב להבין שהשירות שהוא נותן שווה כסף, ובגין זאת הוא רשאי לגבות שכר טרחה. זה לא ירע תדמית אלא ישפר תדמית. ושוב דוגמה מעולם הרפואה: רופא מומחה גובה 2,000 שקלים לביקור ורופא זוטור גובה 1,000 שקלים. לאן אנשים הולכים? לזול יותר או למומחה? הם ילכו לרופא המומחה כי הם בטוחים שיקבלו את המיטב שבחוות הדעת. “תדמית היא מה שאתה בונה לעצמך. לכן, אני מציע ללשכה ולחברות הביטוח לקיים מפגש רעיוני משמעותי, שעניינו תדמית סוכן הביטוח. התדמית נבנית על ידי הסוכנים עצמם. יש כאלה שהתדמית שלהם מצוינת, הם מבוקשים והלקוחות שלהם ‘מלשינים’ עליהם לחבריהם. לדבר על תדמית באופן רבתי זה בעייתי. אפשר להגיד שיש מקצועות שעם חלוף עשרות שנים יצרו לעצמם תדמית חיובית של המקצוע. אבל בתוך אותה גילדה יש טובים ויש רעים. אל תשאלו מה לעשות, תעשו. “אותו דבר עם היצרנים. כל משק הביטוח בישראל הוא משק מצומצם ביותר. אין פה תחרות אמיתית, אלא למראית עין בלבד. ביום-יום חברות הביטוח משקיעות הרבה מאוד משאבים בעניין הזה, אבל זה לא מקבל ביטוי במערכות עצמן.”

מה חסר היום בענף הביטוח?

“ברק בעיניים! ומהעבר השני הטמעה מוחלטת של נאמנות ללקוח, הטמעה בלתי מתפשרת. מה שעומד בפסגת הפירמידה, והיא הסיבה לקיומו של סוכן הביטוח, היא נאמנות בלתי מסויגת ללקוח. כמו כן, חסרה פעילות הרבה יותר חכמה של סוכני הביטוח. אחת הבעיות בקרב חלק גדול מסוכני הביטוח היא, שרובם לא לומדים ביום-יום. הם אינם מתפתחים או משכילים. אין להם שום שוט כמו: חידוש רישיון סוכן אחת לכמה שנים. שוט מעין זה יחייב אותם לקרדיט מוכח של X שעות לימוד או הדרכות.

“אני חושב שכדי להעלות את רמת הסוכנים ואת יכולתם, נושא זה צריך להיות מעניינה של לשכת סוכני הביטוח, והוא צריך גם להיות באג'נדה של הפיקוח על הביטוח. בארצות הברית, למשל, רופא צריך אחת לזמן מסוים לחדש את רישיון העבודה שלו באמצעות בחינות מחדש. נושא זה קטגורי ביותר והוא מהווה איום גדול על רופאים בארצות הברית. על מנת שרפואה תהיה מעודכנת, חובה שהרופא יהיה מעודכן. בעולם הביטוח, אם רוצים שהלקוח יקבל את השירות המיטבי, חובה שהסוכן יהיה בעל הידע המרבי. זו מלחמה כמעט דוון קישוטית, אבל מי שלא רוצה להבין זאת, חוטא לעצמו וחוטא ומחטיא אחרים. כך יעודכן הסוכן בכל הקשור לעדכוני מס, לתכניות ביטוח או לרגולציה. על המערכת להפנים זאת לא מתוך אימה, אלא מתוך הצורך בהבנת השינויים.”

כיצד משפרים את תדמית הענף?

“אמון, אמון, אמון. המערכת המנהלתית של הענף חייבת להשתפר דרמטית ולהתאים עצמה לעולם הטכנולוגי, לפחות ברמה של הבנקים. נכון, בנקאות אולי יותר פשוטה מעולם הביטוח, אבל זה נושא שלא צריך לבוא מהרגולציה אלא מתוך השקפת העולם של חברת הביטוח - הנגשה, טיוב, זמינות, שקיפות במידע. אלה דברים שחברת הביטוח חייבת לקחת אותם לקצה שונה.

“אם היום תפנה לחברה עם פוליסה ותיקה, ברוב המקרים תקבל מידע שגוי. מצב זה לא בונה תדמית חיובית. המידעים היותר משמעותיים, שנוגעים למועדי הצבירה למשל, הם מורכבים מאוד, ובייחוד בפוליסות ותיקות, שם ההסבה למיכון הייתה רשלנית. כך יוצא שלקוח ותיק חייב לקחת יועץ, וזה כבר סיפור יקר.”



פרימיום 2017*

**המסלול הביטוחי המומלץ בחברה המובילה
בשירות ובתכניות הביטוח שלה!**

- ✓ ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - אחידה
- ✓ השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
- ✓ תרופות מיוחדות
- ✓ תרופות בהתאמה אישית
- ✓ ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל

יתרונות מנורה

יתרון	כיסוי
גמלת ההחלמה הגבוהה בשוק	השתלות בחו"ל
מהתקרות הגבוהות בשוק למקרה ביטוח	תרופות מיוחדות
בדיקה גנומית לסרטן בכל שלב תקרה כוללת מהגבוהות בשוק	תרופות בהתאמה אישית

בארבע השנים האחרונות
במקומות הראשונים בשירות עפ"י סקר שביעות רצון של לשכת סוכני הביטוח

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה ולסייגיה, ט.ל.ח.
*יש לסמן בטופס ההצעה לביטוח את כל אחת מהתוכניות בנפרד



מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



פרופ' איתן פרידמן

בדיקה גנטית יכולה לשנות חיים - של החולה ושל צאצאיו

גילוי המקור הגנטי לסרטן יכול להביא להתאמת הטיפול באופן מדויק הרבה יותר, וכן להתרע מפני האפשרות שהסרטן עלול להתפתח גם אצל בני משפחתו של החולה | חברות הביטוח כבר הכירו בחשיבותו של המיפוי הגנטי לחולים בסרטן ורובן כבר מציעות אותו | לכן, חשוב שסוכני הביטוח יציעו את המיפוי הגנטי לחולי הסרטן כבר בעת רכישת הפוליסה

מאפשרים את תהליך ההתמרה הסרטנית וניתן פוטנציאלית לנצל אותם לטייב את הטיפול בחולה הסרטן, לעומת שינויים גנטיים חסרי משמעות טיפולית.

הבדיקות החדשניות שמציעה החברה מגדילות עד פי שלושה את מגוון הטיפולים הממוקדים שניתן להציע לחולה, כאשר חלק מטיפולים אלו אפילו לא היו מועילים כאופציה טיפולית אלמלא הבדיקה הגנומית.

הבדיקות משפרות גם את הסיכוי לטפל בסרטן ממקור ראשוני לא ידוע, כלומר סרטן המאובחן בשלב גרורתי שאין מידע ברור מהו האיבר שממנו החל הסרטן להתפשט, סוג של סרטן המהווה עד 5% מהגידולים. חולים המאובחנים בסרטן כזה מקבלים טיפול סטנדרטי, כולל כימותרפיה שאינו מבוסס על המרקם הגנטי של הגידול. אבחון של הפרופיל המולקולארי של הגידול (באמצעות טכנולוגיות האבחון הגנומי), יכול לאתר את השינויים הגנומיים שהתרחשו בתאים הסרטניים, ולסייע בזיהוי הטיפול המתאים לגידול הספציפי ללא קשר למקור הגידול.

בכתב העת JAMA Oncology פורסם לאחרונה מחקר המתבסס על אבחון גנומי שבוצע באמצעות בדיקת FoundationOne ב-200 דגימות סרטן שמקורו הראשוני אינו ידוע. ב-169 מהגידולים (85%) אותר לפחות שינוי גנומי אחד עבורו קיימת תרופה בשוק או שמתקיים מחקר קליני פעיל שאליו עשוי החולה להתאים.

כאשר מטופל מגלה כי חלה בסרטן, לא פעם הוא נכנס להלם. ברגעים שלאחר הגילוי, הוא זקוק יותר מתמיד לסוכן הביטוח שלו, וזה חייב להבין את המשמעות של בדיקת פאונדיישן.

הכותב הינו מנהל היחידה האונקו-גנטית בבית החולים שיבא, תל השומר ומנהל רפואה ראשי - GNA מדיקל, תל אביב

הבדיקות הגנטיות משמעותיות למי שנמצא בשלבים המוקדמים של המחלה, על ידי כך שמציאת מוטציות ברקמת הגידול והכוונה למוטציות סומאטיות, שהן מוטציות שאינן עוברות בהורשה, תשפיע על הגישה הטיפולית בהתאמת טיפולים ממוקדים. בנוסף, ניתן היום לבצע מעקב ארוך טווח באמצעות בדיקת דם פשוטה של חומר תורשתי הנמצא בזרם הדם (ביופסיה נוזלית) על התגובה לטיפול או הסיכוי לחזרת המחלה וכך לעקוב אחר מצבו של החולה לאורך זמן.

לחולים בשלבים מתקדמים יותר של המחלה, הבדיקה הגנטית הינה משמעותית היות שזיהוי הגן הספציפי שגורם לתאים לגדול ולשגשג יספק מידע חשוב להתאמת טיפול ביולוגי ממוקד כנגדו, ובכך ניתן יהיה להאריך את חיי המטופל ולשפר את איכות חייו.

חשיבות לניסיון ולמאגר הידע בזיהוי הטיפול

מכיוון שברפואה מותאמת אישית ההסתכלות הינה על המטופל ועל המפה הגנטית שלו ושל הגידול, שלו והתאמת הטיפול לא נעשית באופן בלעדי על פי סוג הגידול והמיקום האנטומי של הגידול אלא גם נגזרת מהשינויים הגנטיים שקיימים ברקמת הגידול, ככל שמאגר המידע של השינויים הגנטיים - המוטציות - הוא רחב וגדול יותר, כך גדל גם הסיכוי לאיתור טיפול יעיל מוכוון ומדויק לכל גידול הנושא את השינוי הגנטי שנמצא.

חברת פאונדיישן מדיסין מחזיקה נכון להיום במאגר הפרופילים הגנומיים של גידולי סרטן הגדול בעולם, מידע של יותר מ-125,000 גידולים שעברו בדיקה גנטית. עובדה זו, לצד התיקוף המדעי של הבדיקות שמציעה החברה, הפכו אותה לחברה המספקת את המיפוי המקיף והמדויק ביותר על הפרופיל הגנומי של תאי הסרטן. שימוש במאגר זה מאפשר לבדל את השינויים הגנטיים בעלי המשמעות, אשר

בסופו של יום, עולם ביטוחי הבריאות נמדד ברגע האמת, כאשר המבוטח מבקש לממש את הפוליסה שרכש. בדרך כלל, המבוטח אינו מכיר את אנשי חברת הביטוח אשר מבטחת אותו, אלא את סוכן הביטוח ממנו רכש את הפוליסה, ואותו סוכן הוא גם הכתובת אליה יפנה המבוטח לקבלת תשובות וסיוע בעת הצורך.

לכן, על סוכני הביטוח להכיר היטב את עולם העתיד בכל הנוגע לביטוח מחלות קשות באופן כללי, ולמחלת הסרטן בפרט. והעולם הזה הוא עולם הרפואה המותאמת אישית - רפואה המותאמת לצרכי היחודיים של כל מטופל. כבר במועד רכישת הביטוח, סוכן שיהיה בקיא במושגים הגנטיים, יוכל להציע למועמד לביטוח כיסוי שעשוי לשפר משמעותית את יכולת התאמת הטיפול שישגי את התוצאה המקווה, קרי גילוי המקור למחלה והגישה הטיפולית המיטבית כדי להבטיח את התוצאה הטובה ביותר למבוטח ומשפחתו.

בחברות הביטוח כבר הכירו בחשיבות המיפוי הגנטי לחולים בסרטן, ורובן כבר מציעות אותו, בכיסוי כזה או אחר. קיימת בדיקת דם פשוטה שבאמצעותה נבדק החומר התורשתי - המפה הגנטית של חולה הסרטן - והיא יכולה ברגע האמת לשנות את הגישה הטיפולית לחולה, ומעבר להשפעה על חיי החולה עצמו במקרים מסויימים יכולה להשפיע גם על חייהם של קרובי משפחתו - אחיו, אחיותיו, בניו ובנותיו.

כיום מבצעים גם בדיקה גנטית על הגידול שבה נבדק החומר הגנטי של רקמת הגידול (השונה מהחומר הגנטי של הרקמה הלא גידולית הרגילה). בדיקה זו יכולה בסוגי סרטן מסויימים (מספר סוגי הסרטן הרלוונטיים הולך וגדל) להשפיע על החלטות טיפוליות, משלבים של טיפולים כימותרפיים ואפשרויות לטיפולים ביולוגיים. בנוסף, בעקיפין, דרך בדיקה זו יכולים להתקבל רמזים על הרקע התורשתי של הסרטן - מידע שיכול בעתיד לעזור לבני המשפחה.

צריך רופא מומחה? מרכז המומחים של אסותא.



שירות מוכר: ניהול ויישוב תביעות בריאות כמפתח להצלחה

טיפול הוגן, מהיר ויעיל בתביעות בריאות יחזק את בטחונו של הסוכן בבואו למכור פוליסות בריאות בחברת הביטוח | העוסק בביטוחי בריאות חייב להיות מעודכן בפרוצדורות חדשות ומתקדמות, בכיסויים הניתנים בסל הבריאות, בשב"נים של קופות החולים ולא רק בתנאי הפוליסה בחברה בה הוא עובד

במקצועיות, ביעילות, במהירות ולא פחות חשוב - מתוך הבנה שלא מדובר פה בעוד מספר ת.ז. אלא בתביעה שעומד מאחוריה אדם עם בעיה רפואית, ששילם פרמיה חודשית עבור הביטוח. במידה והוא זכאי לפיצוי, להחזר ההתחייבות לניתוח או לגמלה, הוא מצפה שהחברה שבידיה הוא שם את מבטחו ובריאותו תהיה לצדו כשהוא זקוק לה.

ראיית צרכי המבוטח והסוכן במנורה מבטחים מובילה אותנו לעבוד קשה יום-יום, מתוך אמונה ושליחות, כי אנחנו פה כדי לעזור למבוטחינו לצלוח את הבעיה הרפואית עמה הם מתמודדים. הסיוע מטעמנו בא לידי ביטוי לא רק בהחזרים כספיים, אלא בתמיכה במבוטחים ובסוכנים באמצעות מידע, סיוע בהבנת הזכות וליווי לאורך כל הדרך, כדי שהם יוכלו להתרכז בתהליך ההחלמה בלי צורך לדאוג לחסרון כיס בתקופה זו.

מצוינות אינה מסתכמת רק בשירות מעל ומעבר. העוסק בביטוחי בריאות חייב להיות מעודכן בפרוצדורות חדשות ומתקדמות, במגמות בארץ ובעולם, בכיסויים הניתנים בסל הבריאות, בשב"נים של קופות החולים ולא רק בתנאי הפוליסה בחברה בה הוא עובד.

ידע ומקצועיות עוזרים לסוכנים בשלב המכירה אך לא פחות בשלב התביעה. הכוונה מעמיקה זו מטעמנו מסייעת לסוכן להדריך את המבוטח, שפעמים רבות כלל לא מודע לזכויותיו מעבר לפוליסה ולמתרחש בנבכי הסל והשב"ן.

כל העוסק בתחום ביטוחי בריאות חייב לשים לעצמו כמטרה את ערכי המצוינות והשירות, כדי להעניק למבוטחינו את הקרקע היציבה להם זקוקים בעת צרה. ערכים אלה הניב את יסוד שצרכים להנחות אותנו בעבודתנו היומיומית וכאמור לעבור כחוט השני מעובד לעובד וממנהל למנהל.

הכותבת הינה סמנכ"ל בכירה, מנהלת תחום ביטוח בריאות מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

מקצועיות ללא פשרות, אמפטייות והקשבה למבוטח וצרכיו, ומהירות טיפול אשר תעניק למבוטח ודאות ביחס לזכאותו.

חובת ההוכחה עלינו - ללקוח ולסוכן

אנחנו במנורה מבטחים מאמינים כי טיפול הוגן, מהיר ויעיל בתביעות בריאות יחזק את בטחונו של הסוכן בבואו למכור פוליסות בריאות בחברתנו, שהרי סוכן מבטיח ללקוחות בעת המכירה כי הבריאות שלו נמצאת בידיים טובות, ועל כן עלינו להוכיח ללקוח ולסוכן שאנחנו שם בשבילו כשהוא נתקל בבעיה רפואית, מהקלה ועד החמורה.

לא בכדי אנחנו קוראים לשירות שאנו מעניקים למבוטחינו וסוכנינו **שירות מוכר**. שהרי בסופו של דבר חברות הביטוח נמדדות בעת תשלום תביעות, בבוא המבוטח לממש את זכאותו לפי הפוליסה.

אם בעבר סוכן או מבוטח לא מרוצים היו שולחים מכתב המבטא את אכזבתם, היום בנוסף, הם משקפים את אכזבתם באמצעי מדיה נוספים, כגון הדף האישי בפייסבוק, או בכל מדיה ויראלית אחרת, ומיד מקבלים תגובות, שיתופים ולייקים. בכך מתפשטת אי שביעות הרצון של המבוטח בין כמות גדולה של אנשים נוספים.

כשמדובר בנושאים בריאותיים, הרי שהנושא מקבל משנה תוקף. כשמבוטח סובל מבעיה בריאותית הוא רוצה לדעת שהוא בידיים טובות. על כן, יישוב תביעות בנושא זה צריך להיעשות

עולם ביטוחי הבריאות עובר בשנים האחרונות שינוי מהותי, במסגרתו השקיפות והאחידות בתנאי הפוליסות הופכים להיות שם המשחק, כאשר התחרות הינה על שני פרמטרים עיקריים: מחיר ושירות. במקביל, אנו ערים לכך שעלויות המוצר מאד דומות, ולכן כובד המשקל מוטה כלפי השירות.

May the best service win!!!

בנוסף, הנגישות למידע ופרסום מדדי השירות על ידי המפקח על הביטוח נותנים למבוטח כלים חדשים בבואו לבחור את חברת הביטוח בה הוא רוצה להיות מבוטח. כפועל יוצר מכך, גוברת התחרות על השירות בין חברות הביטוח.

לכן, הטמעת השירות למצוינות היא הכרח שחייב לעבור כחוט השני בכל ממשק בחברת ביטוח. החל מההבנה שעובדי החברה הינם המשאב החשוב ביותר בארגון, מבכיר העובדים ועד לזוטר שבהם. כך גם מתן קרקע יציבה לעובד ושיתופו במהלכי העבודה, תוך הקשבה לדעותיו והתנסויותיו במתן וקבלת שירות.

עובדי התחום זוכים להעשרת הידע המקצועי באופן תדיר, למידת ההתפתחויות הטכנולוגיות תוך כדי תנועה, והעשרתם בכלים המחזקים את יכולת ההתמודדות שלהם עם הלחץ והאתגר הרב המלווה בטיפול בתביעות בריאות.

המבוטח מוצב במקום הראשון, מתוך ההבנה שבעת הזדקקותו לשירות הוא מצוי בלחץ, אשר לעיתים כרוך בצרכים רפואיים משמעותיים. הטיפול בתביעה מושתת על מספר אבני יסוד:

אם בעבר סוכן או מבוטח לא מרוצים היו שולחים מכתב המבטא את אכזבתם, היום בנוסף, הם משקפים את אכזבתם באמצעי מדיה נוספים, כגון הדף האישי בפייסבוק, או בכל מדיה ויראלית אחרת, ומיד מקבלים תגובות, שיתופים ולייקים. בכך מתפשטת אי שביעות הרצון של המבוטח בין כמות גדולה של אנשים נוספים.

ניהול תביעות בריאות בעידן החדש - לפרוע את השטר ברגע האמת

תכנית ישנה שלא שודרגה - מסוכנת למבוטח ולסוכן

ביטוחי הבריאות הפרטיים עברו שינויים רבים בעשור האחרון. הכיסויים הותאמו למערכת הרפואית המתפתחת בארץ ובעולם, עובדה שיצרה פער בין לקוחות שרכשו ביטוח בריאות בעבר לאלה שרכשו אותו רק בשנים האחרונות. תכנית ביטוח שלא שודרגה ואינה מותאמת לעולם הרפואה הקיים כיום, מסוכנת ללקוח ולסוכן ששיווק אותה. זאת בשל דרישות שיידחו, היות והתכנית לא מותאמת לכיסויים הקיימים היום.

לדוגמה, אני נתקלת בלא מעט דחיות בחברות הביטוח לבקשה של לקוח לתרופה יקרה שאינה מכוסה במסגרת הכיסוי שרכש, בשל סכום ביטוח נמוך מדי או הגדרת תרופות לא עדכנית. בפרק הניתוחים הפרטיים נדחות תביעות כיוון שהלקוח לא רכש כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח, התקרות לשתלים במהלך ניתוח הינן בסכומי ביטוח נמוכים ועוד.

בכל הקשור לרפואת חו"ל - נדרש ליווי מקצועי, תוך היכרות מעמיקה עם סעיפי השיפוי והפיצוי של ביטוחי הבריאות הקיימים.

בתכניות פיצוי כספי לגילוי מחלה קשה - טיפול הסוכן הוא משמעותי לתשלום התביעה, בכל הקשור לתקופת אכשרה, תקופת הישרדות, הגדרת המחלות, חריגי הפוליסה ואופן הגשת התביעה.

אין ספק שהכתובת הנכונה ביותר ללימוד מוצרי הבריאות ואופן השימוש בהם נמצאת במחלקות התביעות של חברות הביטוח. ה'שטר' שאנו אמורים לפרוע בזמן אמת, אותה 'דלת' אחורית' של השימוש במוצר, הוא המפתח למכירת הצורך האמיתי ברכישת ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל.

הכותבת הינה יועצת לניהול
סיכוני בריאות וסיעוד

לאחרונה אני נתקלת בתביעות שמסתבכות, בין היתר בשל חוסר ידע של המבוטח ולעיתים של סוכן הביטוח, כיצד למצות את פוליסת הבריאות | סוכן הביטוח חייב להכיר היכרות מעשית את עולם התביעות ולהנחות את הלקוח שלו לאורך כל הדרך, עד למימוש זכויותיו

כיצד להשתמש נכון בביטוח הבריאות הפרטי!

בקורות אירוע רפואי, יפנה בדרך כלל הלקוח בקו ראשון לקופת החולים שלו, יקבל אינפורמציה והנחיות מהרופא המטפל בו, וברוב המקרים יקבל את כל המידע הכלול בסל הבריאות, או במקרה הטוב את האופציות הקיימות עבורו באמצעות השב"ן.

אולם, כל אותן טכנולוגיות מתקדמות שאינן בסל הבריאות, דוגמת רפואה בהתאמה אישית, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות מחוץ לסל או רפואת חו"ל מתקדמת, אינן חשופות בפניו. לא תמיד הוא יידע לשאול את השאלות המכוונות לרפואה מתקדמת יותר ולעיתים הרופא כלל אינו רשאי להציע רפואה פרטית שאינה מכוסה בסל.

כאן נכנס לתמונה ביטוח הבריאות הפרטי!

🔴 החל מתהליך האבחון: חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה בתחום ובדיקות אבחנתיות יקרות תוך קיצור זמני המתנה (אמבולטורי) - אבחון נכון ומהיר יכול להציל חיים.

🔴 התערבות כירורגית: בחירת מנתח מהשורה הראשונה, קיצור זמני המתנה לניתוח, בחירת שתלים מתקדמים, אלטרנטיבות מתקדמות לניתוח (מחליפי ניתוח), מעקב וליווי של הניתוח באופן פרטי ובחירת בית חולים.

🔴 שימוש בתרופות יקרות שאינן בסל הבריאות.

🔴 שימוש בטכנולוגיות מתקדמות בחו"ל המשפיעות באופן ישיר על אופן ומשך הטיפול במחלתו של המבוטח. למעשה, התחום דורש ידע נרחב בהכוונה של הלקוח מול המערכת הרפואית הפרטית ודרכי המימון של הטיפולים באמצעות הביטוח שרכש.

היום, יותר מתמיד, אני מבינה שתפקיד סוכן הביטוח בתחום ביטוחי הבריאות והסיעוד הוא הרבה מעבר להיכרות כללית עם המוצרים השונים שמציעות חברות הביטוח. התפקיד של הסוכן נעוץ בהבנת תהליכי החיתום בכניסה לתכנית, ויותר מכך בהיכרות מעשית עם עולם התביעות הקשור למימוש הביטוח, הבנת חריגי הפוליסות לדורותיהם והתפתחותם עם השנים, תקרות, השתתפויות עצמיות, שימוש מקביל מול השב"ן ועוד.

אני נתקלת לא מעט בתביעות שמסתבכות בתהליך הגשתן, בחוסר ידע כיצד למצות את הפוליסות על כל סעיפיהן וכיצד להנחות את הלקוח. לעיתים מדובר גם על חוסר ידע של הרופא המטפל באירוע הרפואי אל מול הטכנולוגיות המתקדמות בארץ ובעולם ואל מול תנאי הכיסוי בביטוחים הפרטיים.

במקביל, מדד ה-Loss Ratio (שיעור התביעות מתוך הפרמיות) הנמוך בביטוחי פרט (42%), מעורר תהייה האם הוא נובע ממדיניות קשוחה בחיתום ובתביעות, תמחור ארוך טווח יקר או חוסר מודעות של הצרכן לאופן השימוש במוצרים שרכש.

יש לציין כי בפוליסות קבוצתיות הנתונים שונים לחלוטין. ה-Loss Ratio עומד על 85%, העלויות נמוכות משמעותית לעומת ביטוחי הפרט בשל מודל תמחור ללא הבטחת תעריפים, מדיניות החיתום שונה ולעיתים אף מתאפשרת גמישות בתשלומי תביעות, בשל כוח קבוצתי ומודעות גבוהה יותר לשימוש במוצר ("כי מדברים על זה בעבודה").

במאמר זה ברצוני להתעכב בעיקר על החלק בו לסוכן הביטוח יש השפעה. או במילים אחרות:



ורדה לבקוביץ

לא כולל (כתבי) שירות

חברת הביטוח התבססה עליהם במתן החלטה וכן תמצית המידע שעליהם התבססה".

אוכלוסייה זו נדחתה מביטוח ועל ידי רכישת כתבי שירות התאפשר להם לקבל שירות רפואי ללא תנאי חיתום וללא הצהרת בריאות, קל וחומר לממש את הכיסוי. ציבור בעלי המוגבלויות, הזוכים להכרה מביטוח לאומי עד התקרה הקבועה בחוק, נהנו מהחזרים של כתבי השירות בגובה של כמה אלפי שקלים מדי חודש עבור פרמיה של 18 שקלים בלבד. בעקבות הרפורמה, הם לא יכולים לשלם מכיסם את הטיפולים, היות ואין להם יותר החזרים.

כלומר, היות שהטיפולים החשובים הללו אינם ניתנים בצורה זמינה ברפואה הציבורית, רפורמת כתבי השירות ביטלה למעשה קבלת שירותי בריאות מאוכלוסייה שלמה בעלת מוגבלויות, שירות שעבור קבלתו הם לא נדרשו במתן הצהרת בריאות או בחיתום.

לא רק טיפול אלא גם פתרונות למניעה ותחזוקה

כתבי השירות העניקו למבוטחים הרבה יותר מטיפול רגעי. לדוגמה, מבוטח שעבר אירוע לבבי נדרש לעשות ספורט, להפסיק לעשן ולהיכנס למשטר של דיאטה מבוקרת. נכון, ניתן לקבל מקופת החולים את השירותים הנ"ל, אך השאלה היא באיזו זמינות ובאילו תנאים, כאשר בכתבי השירות נדרשה בגינם אך ורק הפניה מרופא.

שנה עברה מאז נכנסה לתוקפה רפורמת כתבי השירות, שהביאה לביטולם של שירותים חיוניים לאלפי מבוטחים | אנו, סוכני הביטוח, הנפגשים יום-יום עם מבוטחים וצריכים להסביר להם מדוע נותרו ללא כיסוי, הפכנו ברגע מצדיקים לרשעים

בולטת הפגיעה בציבור בעלי המוגבלויות

כתבי השירות היוו ערך מוסף המשלים את הכיסוי הקיים בפוליסת הבריאות, וביטולם פגע משמעותית בציבור רחב שאינו בר ביטוח. ב-12 בפברואר 2015 פורסמה "הכרעה עקרונית בעניין חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות". במסמך זה קיימות הוראות ברורות לחברת הביטוח כיצד עליה לנמק למבוטח מדוע אינו מתקבל לביטוח:

"תמסור לאותו אדם הודעה מנומקת בכתב כי סירבה לקבלו עקב מצבו, ותצרך מידע עליו התבססה החלטתה: תמצית בסיס הנתונים, אם

"הכיצד? מי החליט? שילמתי, ואם אצטרך - אז שילמתי סתם? מה קרה לדמוקרטיה? אם כך, אני לא צריך ביטוח, רוקנתם את הכיסוי מתוכן". מטר המכתבים האישיים שנשלחו למבוטחים ובהם הודעות על ביטול כתבי השירות השונים, מאלץ אותנו, סוכני הביטוח, לענות בכל אמצעי מדיה לטענות, שאלות ועוד אין ספור כעסים המופנים אלינו. מצדיקים הפכנו לרשעים על לא עוול בכפנו.

אנו מסבירים שזו לא החלטה שלנו, זו הממונה על שוק ההון והביטוח שקבעה רפורמה. היא מחליטה, בידה הכוח והסמכות. ורגולציה חייבים לקיים.

2 תלונות מבוטחים

בעקבות השינויים המתוכננים בכתבי השירות לפוליסות ביטוחי הבריאות השונים, אני משמיע את קולי בשם לא מעט אנשים שעברו "חוויות" כאלו ואחרות, ועבורם אותן פוליסות בכלל ואותם כתבי שירות בפרט, הם היתד העיקרי העוזר והתומך להחלמה וחזרה ככל האפשר למסלול חיים נורמלי ובעיקר בריא.

אם מיישהו חושב שהמסע של עמית הסתיים לו בנחיתה בנתב"ג הוא טועה טעות חמורה! כך גם מסעם של עוד מאות ואולי אלפי חולים אחרים המחלימים. יתרה על כך, היתרון הגדול של אותם כתבי שירות הוא שאין שום צורך בהצהרות בריאות וכד'. משמעות הדבר שכל אחד יכול להצטרף ללא מגבלה.

כפי שאני תמיד טוען ומעיד, יש לנו מערכת בריאות טובה, צוותים רפואיים מצוינים, שירותים מתקדמים ועוד, אך לצערנו זה לא סוד שמערכת הבריאות הציבורית חסרת אמצעים לתמוך ולעזור לאותם חולים. בעזרת כתבי שירות שרכשנו במיטב כספנו, אנו יכולים לתת ליקירנו הרבה אפשרויות נוספות לחזור לחיות חיים רגילים, ובריאים ככל האפשר. עוד אוסיף כי ההתערבות הזו בזכות הבחירה שלנו היא שערורייה שאין לה אח, ונגודת את חופש הבחירה שלנו כאזרחים.

1 תלונות מבוטחים

ביטול כתבי השירות הוא עובדה מצערת ומכבידה כאחת להורים שקנו את המטרייה הביטוחית על כל כיווייה היקרים, כדי להבטיח השתתפות נכבדת במקרים לא פשוטים כמו אלו שקיימים במשפחתי.

בתי האמצעית חלתה בגיל 8 בחידק טורף שאובחן באיחור של שבוע, ובזמן זה נהרס ראש מפרק ירך שמאל וכל הסחוס. מאז ועד היום ניסינו מגוון טיפולים יקרים להחריד בכדי לסייע לה בכאבים ובעובדה שנוצר הפרש גבהים של כמעט 4 ס"מ בין הרגליים.

כתבי השירות מסייעים לנו בהקטנת הנזק הכספי ובייצוב המפרק הפגוע, דרך שלל טיפולים שבהם קיימת השתתפות של עד 50% (ולא יותר מ-150 שקלים לטיפול בודד), וכיום בתי מסוגלת ללכת עם נעל עם הגבהה ולקיים "שגרת" לימודים וחיים עם ילדים בגילה (היא בת 14 כיום), אמנם במסגרת האילוצים הפיזיים - אולם לפחות ישנה תקווה לשינוי ושיפור ניכר בכאביה ובזמן שלוקח לה להרגיש את הכאב.

אני קורא לכל מי שיכול לסייע בידני - לשקול בשנית ביטול כתבי שירות, היות ומאחורי ביטוח שכזה עומדות משפחות רבות, הנמצאות על גבול הקריסה הכלכלית עקב חשיפה להוצאות שיקום אדירות כמו אלו שעברנו.

הדוגמאות הבולטות לכתבי שירות שאינם נמצאים יותר בארסנל המוצרים:

כתב שירות בסיסי "ביקור רופא" (עליו מצרים רוב הלקוחות)

בכיסוי זה ניתן היה לדבר עם מוקדן בטלפון, להסביר את הבעיה עליה מתלוננים ולהזמין רופא הביתה, או לאחר שיחה עם רופא לקבל הפניה למיון.

העלויות למשפחה היו שקלים בודדים וההשתתפות העצמית עמדה על 25 שקלים. השירות בקופת החולים ניתן רק מעבר לשעות הפעילות של הקופה, וההשתתפות העצמית נעה בין 80 ל-220 שקלים.

כתב שירות משדר קרדיולוגי

המשדר ניתן למבוטחים שעברו אירוע לבבי. עלותו 1.89 שקלים לחודש והוא היה כלול בפוליסה. השירות התחדש בכל שנה.

כיום המכשיר עולה בין 900 ל-1,200 שקלים והמוני החודשי 170 עד 300 שקלים.

ועדת הבריאות של הלשכה בדקה ומצאה כי ניתן לקבל מהקופה משדר קרדיולוגי רק למשך 3 חודשים ולמי שמחזיק שב"ן 15 חודשים נוספים, כלומר בסך הכל 18 חודשים.

כתב שירות לילד

כתב שירות זה העניק מענה מימוני וביטוחי לילדים הסובלים מלקות למידה. הפתרונות

שהוצעו הם רבים

- ❖ ריפוי בעיסוק
- ❖ ייעוץ תזונתי
- ❖ אבחון וייעוץ דידיקטי
- ❖ אבחון וייעוץ פסיכו-דידיקטי
- ❖ אבחון בהפרעות קשב וריכוז
- ❖ פיתוח מיומנויות למידה
- ❖ וקלינאית תקשורת
- ❖ פיתוח כישורים התפתחותיים רגשיים
- ❖ רכיבה טיפולית
- ❖ הידרותרפיה
- ❖ טיפול ביצירה
- ❖ טיפול פסיכולוגי
- ❖ טיפול בהרטבה ועוד

חסרים 'ברגים' בגדלים שונים לשימושים שונים, כשבמקביל ספקים חיצוניים גובים סכומים גבוהים מאוד לעומת הפרמיה ששולמה בעבר, כמו למשל עבור משדר קרדיולוגי (ראו מסגרת). הביטחון שניתן יהיה לקבל כיסויים זהים בקופות החולים לא התממש, היות שלא כל המבוטחים מחזיקים כיסויים משלימים, והתנאים שונים לחלוטין מכתבי השירות הפרטיים. כמו כן, ההשתתפות העצמית גבוהה יותר מבעבר.

הפגיעה הינה כפולה

הנפגעים הראשונים הם המבוטחים, שמאוד כועסים ומבינים שידיהם כבולות. הנפגעים הנוספים הם אנו, סוכני הביטוח, שאין בידינו להציע לציבור פתרון. חשוב לציין שהעמלה בגין כתבי שירות, שהפרמיה עבורם נעה בין 1.90 שקלים ועד 21.00 שקלים, היא מזערית. לכן, במכירת כתבי השירות הוכחנו את השליחות שלנו במתן הפתרון לכל אחת ואחד. לא מזה ניתן לרכוש לחם להביא הביתה.

עבור הצרכנים, לאחר הרפורמה נפתח שוק לספקים חיצוניים, המוכרים כתבי שירות במחירים לא הגיוניים. זאת לעומת העבר, אז הפרמיה החודשית בגין כל הכיסויים הגיעה אמנם לפעמים לכמה מאות שקלים עבור משפחה, אך בזכות כתבי השירות, שניתן היה לממשם, המבוטחים לא הרגישו את ההוצאה. להיפך, המבוטחים הרגישו שהם משלמים ומקבלים תמורה מידית. הרי לא כולם זקוקים בחיי היום-יום לניתוח, השתלה או תרופה שלא בסל.

לא ברור מדוע כל נושא המניעה והתחזוקה בוטל על ידי הפיקוח על הביטוח, כאשר במהלך הדיונים על רפורמת פוליסות הבריאות, ועדת הבריאות של לשכת סוכני הביטוח הציגה את הנושא של ניתוחי מניעה ואכן הכיסוי צורף לפוליסה האחידה. מה ההבדל בפירוש המונח מניעה בכיסוי בפרק הניתוחים לבין כיסוי מניעה בכתב השירות? לא אצלנו התשובות.

רפורמה היא מהלך מבורך, היות שתמיד המטרה היא לתקן ולשנות לטובת הציבור. הטענה שעמדה מאחורי רפורמת כתבי השירות הייתה כי נמכרו כיסויים ללא ידיעה הציבור, ולא היו שימושים בהם. אך הרפורמה הזו נערכה בצורה גורפת והיא ביטלה כיסויים קיימים ואף את האפשרות לרכושם עתידית לפי צורך.

אמנם לחלק מהמבוטחים הכיסוי נשאר, בשל רכישת פוליסות שאינן כוללות את סעיף החידוש, אולם הפוליסות בהן היה סעיף התחדשות בוטלו לאתגר. זוהי מעין הפליה, בגלל תנאים שנקבעו מראש.

לאחר הרפורמה

כיום, כתבי שירות שאושרו למכירה ניתן לרכוש רק על אחת מארבע פוליסות בסיסיות, שם נדרשת הצהרת בריאות, כלומר אפשרות הרכישה לאנשים שאינם ברי ביטוח מתבטלת. אנו שנה לאחר רפורמת כתבי השירות וכאמור לא ברור לנו מה הרציונל בביטולם, מלבד הפגיעה באוכלוסייה שלמה שאין לנו עבורה פתרון, ואם היה כזה בעבר הוא בוטל. בארגו הכלים שלנו

3 תלונות מבוטחים

לבננו בן ה-4.5 אובחן גידול מסוג 'אפנדימומה אנפלסטית' בגזע המוח. לאחר הסרתו של הגידול באופן מלא, טסנו להמשך טיפול בארצות הברית. בתום הטיפול שבנו ארצה והתחלנו במעקב ארוך וצמוד בבית החולים שיבא תל השומר (אונקולוגי). בנוסף, התחלנו במסע לחיזוקו של בננו ולהחזרתו לשגרה של ילד בן גילו. לצערנו הבן סבל מחולשה פיזית שבאה לידי ביטוי בהתעייפות מהירה, כאבי צוואר וחגורת כתפיים, פגיעה בשיווי המשקל ופגיעה במיתר הקול כתוצאה ממיקום והסרת הגידול.

בבחינת אופן הטיפול הנכון והאופטימלי, הבנו כי העלויות גבוהות מאוד וכוללות בעיקר טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, פסיכולוג ותזונאית. לאחר בדיקה בקופת החולים הבנו כי לחלק מהטיפול איננו זכאים ולחלק שכן, נאלץ להמתין זמן רב ויקר.

לאור זאת, פנינו לכתבי השירות, שם קיבלנו טיפולים על ידי פיזיותרפיסט מומחה בתחומי, ייעוץ מתזונאית שעיקר התמחותה הוא חקר הסרטן והשפעת המזון וכמובן טיפול רגשי. כל זאת מומן בעיקר ובזכות אותם כתבי השירות.

לצערנו, הגידול של בננו חזר במהלך חודש מרץ האחרון. אנחנו כרגע בטיפולים נוספים בארצות הברית ומבינים שלאור השינויים האחרונים בכתבי השירות נאלץ להוציא מכיסונו סכומים לא מבוטלים למתן טיפולים תומכים. לאור המצב בו אנו נמצאים (שינוי בחל"ת מהעבודה וללא הכנסה צפויה) אנו נמצאים במצב בעייתי וכמעט בלתי אפשרי, בכדי להבריא את בננו ולחזק אותו כמה שאפשר. אנו מקווים שיתבצע שינויי בעניין במהרה ובעיקר לטובת הילדים והמשפחות שלהם.

להציל את יהונתן

המסע המופלא להצלת ילד אחד, הסיכוי שלכם להציל חיים שלמים רבים

דרך סיפורו של יהונתן בן השנתיים ממחישה דפנה שפירא, משנה למנכ"ל ומנהלת תחום הבריאות בהפניקס, את הגידול בהיקף הפניות למימון תהליכים רפואיים בחו"ל | לדבריה, הקשיים במערכת הציבורית הביאו למימוש הכיסוי, גם במקרים פחות מורכבים מבעבר | "הכיסוי הניתן במסגרת הפרטית רחב משמעותית, גם בהיקף המימון וגם בתנאים"



יהונתן, פעוט בן שנתיים, אובחן בגיל 8 חודשים כסובל ממחלה המתבטאת בגדילה של עורקי הריאה, אשר אינה פרופורציונאלית לזרימת הדם המוגברת שמתפתחת עם גדילתו של הלב. לפיכך, היה צורך בביצוע ניתוח מידי מציל חיים עבורו. "באישורה של הפניקס, שליוותה את המשפחה לכל אורך הדרך, טס יהונתן מלווה בשני הוריו ובאחיו בן ה-6, בהטסה רפואית, לבית החולים סטנפורד בקליפורניה, ארצות הברית", מספרת **דפנה שפירא**, משנה למנכ"ל ומנהלת תחום הבריאות בהפניקס.

עלות הניתוח הסתכמה בכ-10 מיליון שקלים. "בבית החולים עבר יהונתן שני ניתוחים, כאשר הראשון מהם היה הכרחי כדי שהפעוט יוכל לעבור את הניתוח השני. הניתוח הראשון, שהיה צנתור לבבי, הסתבך. יהונתן היה מורדם ומונשם בטיפול נמרץ למשך שבועיים, בסכנת חיים מידית. לאחר שהתאושש, הוא המתין לביצוע הניתוח לטיפול בהצרות עורקי הריאה", מוסיפה שפירא.

"רופאיו של יהונתן מגדירים אותו כ'נס רפואי'. הוא עבר את הניתוח להצרות עורקי הריאה בהצלחה רבה ולאחר חמישה ימים בלבד שוחרר מבית החולים וחזר ארצה בריא ושלם, עם מדדים רפואיים של ילד רגיל בגילו. אילולא יהונתן עבר את הניתוח מציל החיים שחברת הפניקס מימנה ואישרה לו לעבור, הייתה נשקפת לחייו סכנה ממשית", מסבירה מנהלת תחום הבריאות בחברת הביטוח.

נחזור לתחילת הסיפור. מתי וכיצד מחליטים שאין ברירה אלא לשלוח מטופל לחו"ל?
"בביטוח הפרטי היחיד שמחליט שהטיפול יתבצע בחו"ל הוא המבוטח עצמו, בהתייעצות

"בביטוח הפרטי היחיד שמחליט שהטיפול יתבצע בחו"ל הוא המבוטח עצמו, בהתייעצות עם רופאיו. המבטח לא מעורב בקבלת ההחלטה, אולם מרגע שהמבוטח מקבל את ההחלטה, אנו עומדים לצדו בכל שלב ושלב במהלך התהליך"

עם רופאיו. המבטח לא מעורב בקבלת ההחלטה, אולם מרגע שהמבוטח מקבל את ההחלטה, אנו עומדים לצדו בכל שלב ושלב במהלך התהליך". ביצוע פרוצדורה רפואית כזו מורכבת מעמיד את המבוטח, שסובל ממילא בשל הבעיה הרפואית, גם בחששות ומתח נפשי. לכן, אומרת שפירא, "אנו רואים את תפקידנו לא רק כגורם מממן אלא גם כגורם בעל ניסיון המכיר את התהליכים וניצב לצד המבוטח ברגעי הקשים". כך, מרגע שהחברה מקבלת הודעה על הצורך בניתוח או בטיפול אחר בחו"ל, היא מלווה את המבוטח בכל שלב ושלב. החברה מטפלת ומסייעת בארגון הנסיעה לו ולקרוביו, במימון הוצאות השהייה, בסידורים הרפואיים והכספיים הנלווים ועד חזרתו ארצה, ולא אחת גם לאחר מכן.

לקבל החלטה משיקולים רפואיים בלבד

הכיסויים לניתוחים והשתלות בחו"ל קיימים הן בביטוח הפרטי והן בשב"ן שמציעות קופות החולים. עם זאת, שפירא עומדת על כמה הבדלים משמעותיים בין השניים: "אין ספק כי הכיסוי הניתן במסגרת הביטוח הפרטי רחב משמעותית, גם בהיבט של היקף המימון וגם בהיבט של התנאים למימוש הכיסוי". "כך, בשב"ן קיים כיסוי להשתלות, המגדיל את התקרה הקיימת בסל, ומימושו תלוי באופן מוחלט באישור ההשתלה בסל. בניתוחים וטיפולים מיוחדים, הכיסוי הוא רק במקרים של הצלת חיים, וכמובן שבשניהם קיימת תקרה מימונית. בהתייחס לכיסוי הניתן ברבדים הגבוהים יותר של השב"ן (דוגמת כללית פלטינום

כיום, השימושים קיימים בכל טווח המקרים הרפואיים הקיימים. בהשתלות - עיקר השימושים הוא בהשתלות כליה. בניתוחים, מאחר וניתוחים לילדים הם מורכבים ורגישים יותר, אנו מזהים כי עיקר השימושים הוא בניתוחים מורכבים לילדים, אך לא רק. בנוסף, במסגרת הניתוחים למבוגרים עיקר הניתוחים קשורים למחלות הסרטן, ולמחלות נירולוגיות, נירוכירורגיה וקרדיולוגיה. "בכל מקרה, עם ההתקדמות בטכנולוגיות הרפואיות והשיפור בתוחלת החיים, מתרבים סוגי הניתוחים ומספר המקרים שמבוצעים בחו"ל".

האם יש אפיון מסוים למבוטחים שרוכשים כיסויים לטיפולים בחו"ל?

"אין אפיון מסוים ומגוון רחב מאוד של אוכלוסייה רוכש ביטוח מסוג זה. זאת מאחר ובמרבית האירועים הרפואיים המכוסים בכיסוי, מדובר בהוצאה כלכלית כבדה, שמחד מרבית האוכלוסייה אינה יכולה לשאת בה לבדה, ומאידך עלולה 'לפגוש' את המבוטח בכל שלב בחיים. אנו סבורים שמדובר בכיסוי חיוני ביותר ולכן ממליצים לסוכן הביטוח המקצועי, שטובת המבוטח עומדת לנגד עיניו, להגביר את המודעות לכיסוי זה ולהציע אותו לכל מועמד לביטוח, והכל בהתאם לצרכיו.

"יש לזכור כי מבוטחים המרחיבים את משפחתם ומחזיקים בביטוח בריאות במשך שנה לפחות, יכולים לצרף את ילדם עד חודשיים מיום לידתו ללא צורך בהצהרת בריאות. במקרה בהם ילדים נולדים עם בעיות רפואיות, זוהי הטבה מאוד משמעותית ולעיתים אף מצילת חיים".

איך מעוררים את המודעות לצורך בכיסויים האלו?

"לאחרונה, עקב קשיים שנוצרו במערכת הציבורית, אנו מזהים גידול בהיקף הפניות למימון תהליכים רפואיים שונים בחו"ל. יש לציין כי בנושא זה איננו מתייחסים רק למקרים מאוד מורכבים ש'מצדיקים' פנייה לביצוע ההליך בחו"ל.

"כפי שצינתי, המודעות גדלה באופן טבעי גם לאור הקשיים של מערכת הבריאות הציבורית. כמובן שצריך את סוכן הביטוח כדי שיצרף את הלוקוחות לביטוח, ולשם כך יש להעמיד לרשות הסוכנים ולרשות ציבור המבוטחים את ארגו הכלים הטוב ביותר".

ומכבי שלי) יש מימון לניתוחים פחות מורכבים. התקרה הינה רק מכפלת עלות הניתוח בארץ. תקרה זו אינה מספיקה למימון משמעותי של עלויות הניתוחים בחו"ל ומשאירה את המבוטח במקרה הטוב בחסרון כיס, ובמקרה הגרוע במצב של חוסר יכולת לבצע את הניתוח כלל", אומרת שפירא.

"לעומת זאת, בביטוח הפרטי, ככלל, אין תקרה למימון הוצאות רפואיות של השתלות וניתוחים בחו"ל. בנוסף, קיימים בביטוח הפרטי מסלולים ייחודיים מעבר למימון החזר ההוצאה להשתלות, דוגמת מסלול פיצוי או זכאות לקבלת גמלה חודשית גם אם ההשתלה בוצעה בארץ. בהפניקס למשל מעניקים פיצוי למבוטח עוד בטרם בוצעה ההשתלה", היא מוסיפה.

שפירא מציינת כי מבוטח שרכש כיסוי כאמור באמצעות חברת ביטוח פרטית, הניצבת לצדו בעת צרה ומסירה ממנו את הדאגה הכלכלית, יכול להתמקד בקבלת ההחלטה הטובה ביותר עבורו משיקולים רפואיים בלבד, ללא דאגה לעלויות.

באיזה סוג טיפולים אנחנו רואים את עיקר השימוש בפוליסה?

"בעבר כיסויים אלה היו בעיקר למימון פרוצדורות רפואיות מורכבות, שלא ניתן היה לבצען בישראל כלל. ואולם, בעשור האחרון, עם הגידול בזמינות המידע המתאפשר באמצעי המדיה השונים, לצד עלייה במודעות של המבוטחים ובמגוון האפשרויות הרפואיות המתקדמות שמציע הביטוח הפרטי, אנו מזהים מימוש הולך וגדל בכיסויים אלה. חברות הביטוח ערות לשינויים אלה, ומעדכנות ומרחיבות כיסויים אלה בהתאמה לצרכי המבוטחים".

מה הם למעשה כיסויים להשתלות וניתוחים בחו"ל?

מדובר בכיסויים ביטוחיים המכסים השתלות איברים, ניתוחים וטיפולים מיוחדים המעניקים מימון בחו"ל למצבים רפואיים מורכבים, שעלותם גבוהה מאוד ולגביהם קיים בארץ ניסיון מועט, אם בכלל. העלויות של טיפולים אלה הן בסדרי גודל שמרבית האוכלוסייה בארץ אינה יכולה לממן ללא סיוע של גורם מממן, ולא אחת מדובר בהצלת חיים של ממש. כיסויים אלה הינם הלכה למעשה ביטוח "קטסטרופות".

ביטוח נסיעות לחו"ל: מפשטים את הפוליסות ומאפשרים לצאת לחופשה בראש שקט

פניות ציבור שהגיעו לרשות שוק ההון, ביטוח וחסכון ממבטחים שגילו כי הכיסוי שרכשו אינו תואם את ציפיותיהם, הביאו אותנו בפיקוח על הביטוח להסדרת הנושא ולהגברת השקיפות | אלה השינויים שנכנסו לתוקף בשבוע שעבר ויאפשרו לכם, בחברות ובערוצי ההפצה, להציע ללקוחות שלכם את הכיסוי המתאים להם ביותר

שמתאים לצרכיהם ולהביא לגילוי מרבי של ההרחבות וחריגיהן בהליך הרכישה.

הבטחת כיסוי ביטוחי הולם

החוזר קובע כי חברת הביטוח אחראית לקביעת כיסוי ביטוחי הולם למבוטח והוא מחייב את התאמת גבולות האחריות בפוליסה לעלות הרפואית הצפויה במדינת היעד של המבוטח. אנו מקווים כי לאחר שהחוזר ייכנס לתוקף, יפחתו משמעותית המקרים בהם מבוטח יידרש לשלם מכיסו בגין הפרשי תשלום בשל כיסוי שאינו מעניק תקרה מספקת. גם צורך זה, של התאמת הכיסוי לעלות הצפויה, עלה מתוך הבנה שלא ניתן לצפות מהמבוטח להכיר את העלויות הרפואיות הצפויות בכל מדינה אליה הוא טס. הוראות החוזר הסיירו גם מגבלות בכיסוי הביטוחי והוסיפו שיפורים בכיסויים שונים, למשל לגבי הטסת מלווה במקרה שהמבוטח מאושפז בחו"ל וכאשר נדרשת הארכת שהות לאחר תקופת הביטוח. כמו כן, התוסף לרובד הבסיסי של הפוליסה הכיסוי לאיתור וחילוץ, ואולם המבוטח יהיה רשאי להסירו אם יחפוץ בכך. על מנת למנוע מצב בו חברה מסרבת להאריך את תקופת הביטוח למבוטח השוהה בחו"ל, או לחילופין מתנה את הארכת הביטוח באי תביעה, נקבע כי חברת הביטוח תאריך את תקופת הביטוח במידה ומבוטח מבקש זאת, אם תבע את הביטוח ואם לאו. השיפורים שיזמה הרשות יאפשרו למבוטח לטוס בראש שקט יותר, בידיעה שהפוליסה שרכש תעניק לו מענה ביטוחי ראוי בקרות אירוע.

הכותב הינו מנהל מחלקת ביטוח בריאות, רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון

עוברים והיריון בנינו הומלץ למבוטחת שלא לטוס. חריגים אלה הוסרו, ובמקרים בהם מבטח יהיה מעוניין להחריג מצבים אלה, יהיה עליו לתשאל את המבוטחת במועד הצירוף. לגבי מצב רפואי קיים, הוטלה אחריות על המבטחים ליידע את המבוטחים כי הפוליסה אינה כוללת כיסוי למצב רפואי קודם. במקרים בהם מצהיר המבוטח על מצב רפואי קודם, על המבטח לתשאלו לגבי מצבו הרפואי ולמכור ביטוח התואם את מצבו. שינוי נוסף בהליך הצירוף הוא הפיכת הביטוח למודולארי. כך מתאפשר למבוטח לרכוש כיסוי ביטוחי הולם את צרכיו ומטרת נסיעתו. הרשות קבעה רשימת כיסויים בסיסיים, שיימכרו כרובד ראשוני לכל המבוטחים, והרחבות פוטנציאליות שיימכרו בנפרד. מטרת מבנה התכנית היא לאפשר למבוטחים לרכוש את הביטוח בהיקף

לפני כשבוע, ב-3 בספטמבר, נכנסו לתוקפן ההוראות החדשות שיזמה רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון בתחום ביטוח הנסיעות לחו"ל, אשר נועדו לתקן ליקויים, כפי שהשתקפו בפניות ציבור שהוגשו לרשות. כחלק מתיקון הליקויים, יצרנו הליך צירוף משופר שימנע כשלים ויסייע למבוטח להבין את הפרטים המהותיים בביטוח שרכש.

למשל, בפניות שקיבלנו ממבוטחים שהופתעו לגלות כי תביעתם נדחתה, הסתבר כי ב'אותיות הקטנות' של הפוליסה שרכשו נכתבה החרגה לאירוע שאירע להם, מבלי שניתן להם גילוי על כך כשהצטרפו לביטוח. במקרים אחרים מצאנו כי הפוליסה לא העניקה כיסוי מלא לנוק שאירע למבוטח בקרות האירוע הביטוחי. ואכן ליבת ההסדרה מתמקדת בשיפור הליך מכירת הביטוח והבטחת כיסוי ביטוחי הולם.

שיפור הליך הצירוף הביטוח

מתוך הבנה שבביטוח הנסיעות, שאנו רוכשים לתקופה קצרה אגב טיסה מתוכננת, קשה לצפות כי מבוטח יתעמק בתנאי הפוליסה ויכיר לפרטי פרטים את הסעיפים והחריגים לכיסוי, ראינו צורך להגביר את השקיפות כלפי המבוטח בכל הנוגע לתנאי הביטוח המהותיים כבר במעמד הרכישה ולוודא כי מוצע לו ביטוח המתאים לצרכיו. לכן, החוזר מציג איזון ראוי בין הליך צירוף פשוט ומהיר לבין עריכת הבירור הנדרש והתאמה על ידי החברות במועד הרכישה. במסגרת החוזר נקבע כי הפוליסות לא יכללו 'חריגים חיתומיים' שהחברות יכולות לבררם בקלות יחסית בזמן הצירוף לביטוח. למשל, הכיסוי להריון כלל ערב פרסום החוזר חריגים למקרים כמו הריון בסיכון, הריון עם ריבוי



פאונדיישן וואן

הבדיקה המובילה בעולם

לזיהוי והתאמת טיפול ממוקד למחלת הסרטן

רפואה מותאמת אישית תגביר את הסיכוי למציאת טיפול מתאים וייחודי לסרטן



האמינה ביותר

הבדיקה עם הנסיון ומאגר המידע הגדול בתחום ביחד עם יכולת פענוח ייחודית, מייצרת סיכוי גבוה ביותר למציאת טיפול מותאם אישית

המבוססת ביותר

הנבחרת ביותר בקרב אונקולוגים בארה"ב. מעל 30 חברות פארמה בחרו לבסס את המחקר והפיתוח שלהן על בדיקה זו. ניסיון רחב של מעל 125,000 מטופלים

המקיפה ביותר

בדיקה של מירב הגנים, וזיהוי של עד פי 3 יותר שינויים גנומיים מהבדיקות השיגרתיים. ייחודי - מספקת מדדים להתאמת טיפול באימונותרפיה

מרכז שירות למידע נוסף: *6639
www.foundationone.co.il

 **FOUNDATION**
MEDICINE®

 Roche

כך ניתן להרחיב את מעגל מבוטחי הסיעוד

"חלוקת הפרמיה עם הילדים תפחית את הנטל ממבוגרים החיים על קצבאות"



דורפמן. "הסוכנים יודעים להבהיר את חשיבותו של המוצר להגנת הלקוח ומשפחתו"

רפי דורפמן, סמנכ"ל וראש אגף ביטוח חיים ופיננסים בהכשרה חברה לביטוח, מסביר כי ההבנה לפיה המבוטח כגורם המשלם הוא 'קהל היעד', יסודה בטעות | ברוב המקרים אין קורלציה אמיתית או תכנון המביאים את המועמד לביטוח סיעודי להחלטה אמיתית על גובה הפיצוי הנדרש"

צמד המילים 'ביטוח סיעודי' מתקשר אינטואיטיבית בקרב רוב הציבור לבני הגיל השלישי, אם לא למבוגרים יותר. לכן, רבים נוטים לחשוב כי ביטוח סיעודי מיועד רק לאנשים המתקרבים לגילאים אלה. "חשוב להבין כי אירוע סיעודי אינו בהכרח קשור לנסיבות דמנטיות או לגיל מבוגר, אלא יכול להיווצר ממחלה אשר תתקוף בגיל צעיר או אירוע סיעודי כתוצאה מתאונה, הרי שאילו אין 'נסיבות סיעודיות' המאפיינות רק את הגיל השלישי", אומר רפי דורפמן, סמנכ"ל וראש ביטוח חיים ופיננסים בהכשרה חברה לביטוח.

כיצד מעוררים את הציבור לרכוש ביטוח סיעודי בגיל צעיר, ומה החשיבות של צעד כזה?
"אני מניח שבמקרים רבים, גם הצעירים חווים בסביבתם מקרים בהם סב או סבתא, וחלילה הורים, נזקקים לטיפול סיעודי ומכאן שיוכלו להקיש כי 'לא לעולם חוסן'. באשר לכדאיות, ככלל, בביטוחי גוף תלויי גיל הצטרפות, ככל שהצטרפות הינה בגיל צעיר יותר, כך התעריף זול יותר, ולכן אנו ממליצים לרכוש את הכיסוי הסיעודי מגיל צעיר."

מה על סוכני הביטוח לעשות כדי להבהיר את חשיבות הביטוח הסיעודי?
"בראש ובראשונה, אנו מאמינים כי הסוכנים יודעים להבהיר את חשיבותו של המוצר להגנת

כיצד אתם רואים את הצלחת המוצר החדש ואת היענות הציבור אליו?

"מוצר קבוצתי, ככלל, מגלם מחיר סביר ויכולת הצטרפות ללא הוכחת בריאות או עם הוכחת בריאות מקוצרת. יחד עם זאת, החיסרון הגדול הוא בהיעדר הבטחה לקיום הפוליסה לכל חיי המבוטח, סכום פיצוי ותקופת המתנה מתאימים, מה שמהווה אבן בסיס בכל הסדר סיעודי על בסיס הצטרפות פרטנית.

"בשנים האחרונות היינו עדים לחסרונות של הביטוח הסיעודי הקבוצתי, כאשר החסרונות אכן הפכו למציאות עד כדי כך שמבוטחים ותיקים נותרו ללא כיסוי ביטוחי, הגם שיכלו להצטרף להסדר פרטני ללא הוכחת בריאות, אך נאלצו בשל עלויות גבוהות שלא לעשות כן. יחד עם זאת, ההסדר הקבוצתי יאפשר כיסוי בסיסי גם לאוכלוסיות אשר לא יכולות לרכוש כיסוי סיעודי בהסדר פרטני בשל מחסום חיתום רפואי או עלויות, שהם לא יכולים לשאת בהם."

על מי חלה החובה לעדכן אדם שעזב מקום עבודה עם ביטוח סיעודי קבוצתי, כי הביטוח שלו כבר לא בתוקף והוא נשאר חשוף?

"כאשר קיימת התניה של הסדר סיעודי קבוצתי בהיותו של עובד מבוטח בהסדר כזה, מקום העבודה יזווח לגורם המבטח על עזיבת העבודה ואילו המבטח יפיק הודעה כתובה, בה אין המבוטח חלק מההסדר הקבוצתי שבבעלות המעסיק. במקביל המבטח יציע לאותו עובד שעזב להצטרף לפוליסת ביטוח סיעודי פרטני, ללא הוכחת בריאות לזמן מוגבל ובתעריף שהוסכם בהסכם הקבוצתי."

האם לדעתך חסר משהו בביטוחי הסיעוד כפי שהם כיום, ואם כן מהו הדבר?

"ייעוץ ותכנון - ברוב המקרים אין קורלציה אמיתית או תכנון אשר מביאים את המועמד לביטוח הסיעודי להחלטה אמיתית על גובה הפיצוי הנדרש. ההבנה מה עלויות הפיצוי הסיעודי הנדרש (בממוצע 15,000 - 20,000 שקלים למוסד סיעודי), תוחלת החיים ותקופות המתנה נכונות, הם המפתח לקניית מוצר מתאים לצורכי הלקוח. כפי שאנו רואים שהדבר מקבל משנה תוקף כאשר עסקינן בתכנון הפנסיוני, כך אנו מקווים שגם בנושא הסיעודי, הרכישה תעשה לאחר תכנון מקורות התקציב ולא תהיה תלויה ביכולת התשלום של המועמד לביטוח."

הלקוח ומשפחתו, ללא קשר לגילאים של בני המשפחה. עם זאת, ההבנה לפיה המבוטח כגורם המשלם הוא 'קהל היעד' בטעות יסודה, כי אם נבחן מי עוד 'נהנה' מקיומו של הסדר סיעודי, נבין כי המעגל השני, כלומר, הילדים (בגירים), הם בעלי אינטרס לבטח את הוריהם, כאשר ביניהם מתבצעת חלוקת הפרמיה לתשלום, ובכך מופחת נטל תשלום מהורים החיים על קצבאות, ובמקביל נפתחת אפשרות לרשת הגנה סיעודית נאותה שתייצר בטחון כלכלי, בקרות מקרה הביטוח של ההורים.

מה המשמעות של ערכי הסילוק בביטוחי הסיעוד?

"מרכיב הסילוק, בפוליסות בהן קיים רכיב זה, נועד למצב בו אדם משלם לביטוח הסיעודי מספר שנים אך מסיבה כזו או אחרת, הפסיק לשלם. במקרים כאלה עדיין תוכל הפוליסה, בכפוף לתנאים ולסייגים המופיעים בה, לספק פיצוי סיעודי מוקטן המותאם לתקופה בה שולמה הפוליסה."

ביטוח קבוצתי, פרטני ומה שביניהם

הפיקוח על הביטוח השיב השנה את היכולת לשווק פוליסות סיעוד קבוצתיות, לאחר שכבר הוחלט על הפסקתן ומבוטחים רבים נפלטו מהם. על פי רשות שוק ההון, המודל החדש, שישווק החל מהחודש, יבטיח גמישות למבוטח צעיר, מחיר נמוך ורצף ביטוחי בעת עזיבת קבוצה.

אנחנו בחברת לוטם מאמינים כי השירות הוא מעל לכל, הענקת יחס אישי ומקצועי.

לחברת לוטם הסכמים עם
מיטב הרופאים המובילים
בארץ בכל התחומים.

אנו מומחים במתן:

• חוות דעת רופאים מומחים לקביעת אובדן
כושר עבודה, אחוזי נכות כללית, תאונות אישיות

• חוות דעת רופאים מומחים ברפואה פיזיקאלית
ושיקום בבית הנבדק.

• חוות דעת משולבות, קוגניטיבית ותפקודית, ע"י
רופאים מומחים בבית הנבדק.

• חוות דעת רפואיות להגשה לבית המשפט.

• הערכות תפקודיות על ידי אחים ואחיות
מוסמכים בבית הנבדק.

• הערכות קוגניטיביות למועמדים לכניסה לביטוח
על ידי אחים ואחיות מוסמכים.

• השירות ניתן בפריסה ארצית.

ביטוחי הסיעוד בקופות החולים - העתיד לוט בערפל

הצעירים של היום, אשר הצטרפו לקופות החולים במסגרת הביטוח הסיעודי, יופתעו לגלות שבעתיד הפרמיות שלהם יהיו גבוהות מאוד | מבוטחים מבוגרים, שייפלטו מהקולקטיביים, צפויים לשלם מאות עד אלפי שקלים בחודש

לכך שמבוטחים צעירים משלמים היום פרמיות סבירות. אין ערכי סילוק בקופות החולים. אין שום הבטחה לתשלום פרמיות קבועות בהמשך, אלא להיפך.

בנוסף, צירופם של אלפי מבוטחים פורשי הקולקטיביים, שלא היה ברשותם עד כה ביטוח סייעודי בקופת החולים, יוסיפו אש למדורת ההתייקרויות של הפרמיות ולסכנה ממשית לביטול ההסכמים בעתיד הלא רחוק.

בגלל הצטרפותם של מבוטחים מבוגרים מאד, בעקבות הרפורמה של רשות שוק ההון המאפשרת פרמיה אחידה בקופות החולים בכל הנוגע לביטוחי סייעוד, יידחו לטעמי תביעות רבות אם לא ימצא סרגל מתאים אשר יחייב את חברות הביטוח.

אנו בקבוצת מומחי הסיעוד, יחד עם האקטואר ליאור וייסברג, הצענו בפגישותינו באוצר להקים ועדה אתית חיצונית (מעין ועדת בורות), שתגשר בין מסורבי התביעות לחברות הביטוח. קבלנו את הרושם כי באוצר נוטים לקבל את רוב היוזמה כפי שהיא באה לידי ביטוי בתקשורת לאחרונה.

אנו נתמוך במסדרונות הכנסת ובפורומים המתאימים בכל הצעה שתשפר את הקיים. אבל גם הצעת הברוכה של שר הבריאות, יעקב ליצמן, המציעה שיפורים לא משמעותיים בגין הביטוח הסייעודי, ובמיוחד בעת אשפוז בבית או בקהילה, לא תספיק, היות והקשיש הסייעודי זקוק לסיוע של 168 שעות בשבוע ולא כ-30 שעות בממוצע כמוצע ביוזמת ליצמן.

לאור האמור אני משוכנע שמעצבי המדיניות בישראל יאלצו לתמוך ולאפשר הרחבת הכיסויים יותר משמעותיים לפני כל גביית מס נוסף מהאזרחים. בנוסף, יש לשקול להציע לכל המבוטחים הצעירים (עד גיל 50) לבדוק ולרכוש ביטוח סייעודי פרטי, מוזל, ולכל החיים כדוגמת מתווה ינון שהצעתי בשנים האחרונות, ויפה שעה אחת קודם.

*הכל כפוף לתנאי הפוליסות בקופות וסייגיהן.

**הכותב הינו יזם חברתי,
מומחה לבניית ביטוחי סייעוד**

פרמיות קבועות ובסעיף ההמשכיות תהיה בעיה לרוב המבוטחים לשלם את הדרוש בכל מתווה שיוצע להם, כולל המתווה האחרון של רשות שוק ההון.

להלן הפרמיות המשולמות כיום בביטוחי הסייעוד של קופת חולים כללית והתחזית לתשלום פרמיות מ-2030, בהתבסס על נתוני גידול משוער של מספר התביעות בסייעוד והכפלת מספר הקשישים מעל גיל 70 במבט לעתיד. זאת למיטב הבנתי כמומחה בסייעוד ולאחר שיחה עם אחד מבכירי האקטוארים בצוות שלי.

גיל המבוטח	פרמיה חודשית נכון להיום (בש"ח)	פרמיה צפויה בעוד 10 שנים (בש"ח)
19-25	10	--
26-30	12	--
31-35	27	--
36-40	36	--
41-45	46	--
46-50	69	--
51-55	87	--
56-60	96	364
61-65	116	423
66-70	151	489
71-75	173	529
76-80	187	561
80+	196	576

להציע לצעירים לרכוש ביטוח סייעודי מוזל

לסיכום, הביטוח הסייעודי של הקופות מבדיל בין הצעירים עד גיל 50 שיצטרפו היום לביטוח, לבין המבוטחים שיצטרפו בגילאי ה-60 פלוס. אם יאלצו המבוטחים לעבור בעתיד לפוליסות פרט, המבוגרים שבהם (מעל גיל 60) ישלמו מאות עד אלפי שקלים בחודש.

חשוב לזכור כי בביטוח סייעודי שנועד לכל החיים, ולאור הצפוי להם בהמשך, אין משמעות

בשנים האחרונות אנו מתוודעים לתוצאות הקשות של הביטוח הסייעודי הקבוצתי, שנעשה במקומות העבודה ליותר ממיליון מבוטחים. רובם יאלצו לוותר על הביטוח הסייעודי הקבוצתי ויסתפקו בחלקם הגדול בביטוחי הסייעוד של קופות החולים.

הפרמיות שנאלצים לשלם המבוטחים בסעיף ההמשכיות הינן גבוהות מאד, במיוחד עבור המבוגרים מעל גיל 60. הצעירים של היום, אשר הצטרפו לקופות החולים במסגרת הביטוח הסייעודי, יופתעו לגלות שבעתיד הפרמיות עבורם יהיו גבוהות מאוד, במיוחד כזוג פנסיונרים, ובעיקר אם ההסכמים הקבוצתיים לא יבוטלו במהלך 15 השנים הבאות.

תכלית הביטוח הסייעודי היא מתן הגנה לכל החיים ורוב התביעות מגיעות כאשר המבוטח כבר מעל גיל 70. לכן יש חשיבות למבוטחים הצעירים בפרט לדעת מה צפוי להם כבר משנת 2028 ואילך.

הנתונים הדמוגרפיים והאקטואריים במיוחד, מראים עלייה בתוחלת החיים, התפתחות הטכנולוגיה הרפואית וגידול שכמעט מכפיל את מספר התביעות. השילוב של אלו יאלץ ככל הנראה את חברות הביטוח לייקר בצורה חדה את הפרמיות ברגע האמת ובעת זקנתם של המבוטחים. בסיס הביטוח הסייעודי בקופות החולים הינו ביטוח סייעודי קבוצתי, מוגבל בזמן, והפרמיות בגינו ישתנו בצורה דרמטית בעתיד.

גם תחזית מתונה צופה התייקרות של 50% בפרמיות

כמי שראה את הנולד בביטוחי הסייעוד בישראל, התייחסתי בזהירות לשינויים עתידיים והוספתי בממוצע התייקרויות של כ-50% לפרמיות הצפויות בגילאים המבוגרים, במיוחד משנת 2028. הנתונים אליהם אתיחס במאמר זה בכל הצפוי לקרות לרוב המבוטחים, הינם מתוך הטבלאות שנשלחו לא מזמן לקופות החולים כללית ולמכבי, בשלב ראשון.

יש לזכור כי בביטוחי הקופות אין ערכי סילוק, כלומר מדובר בביטוח עם סיכון רב במקרה של ביטול ההסכם הקבוצתי. בנוסף, אין הבטחת



עדיף קהילות

המקום לנהל שיחה מקצועית בהתאמה אישית



קהילת
המעסיקים



קהילת העידן החדש
(לסוכנים צעירים)



קהילת ביטוח
בריאות וסיעוד



קהילת צרכנות
פיננסית

למה כדאי להשתייך לעדיף קהילות?

- חדשות ומידע מקצועי רלוונטי
- מדריכים מקצועיים
- יועצים, ממגוון שירותים הנוגעים לתחום
- ניזולטרים מקצועיים לתחום

- בית חם לחברים וכר פורה למעורבות
- חיבורים מקצועיים בין חברי הקהילה
- מומחים המשיבים לשאלות
- מפגשים פרונטליים ייחודיים

עדיף

מוסיפים לך ערך

www.Anet.co.il

info@Anet.co.il

להצטרפות לקהילה: טל. 03-9076000



גיליה משולם וגילי ראובני

יוזמה חדשה: יומה של 27 שעות

הזמן הוא משאב יקר, מוגבל ומתכלה. אם כך, בוודאי שכדאי שנחיה את החיים שלנו כראוי ובאופן מיטבי | אז איך מספיקים הרבה יותר בפחות זמן?

עקב השינויים, חוסר רצון ללמוד את הרגולציה והטכנולוגיה החדשה. כשעובדים מסודר - יתפנו לכם ולעובדים לפחות שעתיים ביום, בהן אפשר למכור ולתת שירות יזום. למשל, באחת הסוכנויות עמנו אנו עובדות הוגדרו התפקידים, נכתבו נהלי עבודה ובנוסף הוחלט על ישיבת צוות והדרכת עובדים קבועה. המנהלים לימדו את העובדים את נושא פוליסת המשכנתאות ונקבעה יחד אתנו מערכת תגמול לעובדים.

והתוצאה: כבר בשבוע הראשון רפרנטית מכרה 10 פוליסות.

מצב זה הוא win-win לכולם! המבוטח קיבל הצעה אטרקטיבית לכיסוי שלא היה לו קודם לכן, או לכיסוי שבו ניתן היה להזיל עלויות. הרפרנטית תוגמלה וכמובן הסוכן הגדיל הכנסות. כשבועיים לאחר מכן, קיבלה הרפרנטית מכתב תודה מהמבוטחת. אנשים אוהבים לקבל שירות מצוין.

מניסיונו, סוכנים רבים מחפשים לקוחות חדשים. אבל רגע... האם מיציתם את הטיפול בכל הלקוחות הקיימים שלכם? מודל מיוחד שפיתחנו יעשה לכם סדר וארגון. בעזרת הגדרת תפקידים ונהלי עבודה מסודרים, תיעדוף משימות ושימוש מיטבי ויעיל במערכת ניהול המשרד ניתן למקסם את היכולות של כל העובדים, הן מבחינה תפעולית, הן מבחינת שיווקית ומעל הכל - בשירות המצוין של המשרד.

ואם אנו בנושא בריאות: האם כל המבוטחים שלכם מכוסים בכיסויים הנדרשים? האם בקורת מקרה, גיע המבוטח שיוקיד תודה לסוכן שהציע לו ביטוח רפואי או סיעודי? האם בשעת האמת, המבוטח ירכז מאמצים ומשאבים לטיפול בבעיה הרפואית ויהיה פטור מהתמודדות בירוקרטית מול קופות החולים, משום שיש לו ביטוחי רפואי שמגן עליו?

הכתובות הינן יעוצות ארגונית בכירות המתמחות בענף הביטוח

פיתוח היכולת האישית להבחין בין דחוף לחשוב ולאמץ כלים של תעדוף משימות. אלה הם בדיוק מכלול הדברים הקטנים שעושים את ההבדל הגדול.

יש הרגלים מעכבים ויש הרגלים מקדמים. הרגלים מקדמים ניתן לאמץ ולתרגל. שליטה בזמן זו מיומנות שניתן לפתח.

להפוך את השפע לדרך חיים

שינוי מתחיל מתוך ההבנה כי יש תמיד יותר מדרך אחת להשיג מטרות. כלל ידוע הוא כי אם תמשיכו לעשות את אותם הדברים, תשיגו את אותן התוצאות. אז במקום להשתעבד לעבודה, לשגרה ולדברים שמעצבנים אתכם, תתנהלו על פי הבחירות שלכם.

השיטה: לוקחים אחריות על ההתנהלות האישית ובוחרים בין חשוב ומקדם לבין שולי. צריך לזכור כי גם אי בחירה היא בחירה. אסטרטגיה של קבלת החלטות ותעדוף משימות מתבססת על מה חשוב יותר ומה חשוב פחות. היכולת 'לשחרר' את מה שמיותר ומכביד, לפתח יכולת לבקש עזרה, להאציל סמכויות ובעיקר גם לדעת מתי להגיד "לא".

חשוב ולא דחוף. הכי פחות סקסי, אבל המקום שנותן לכם לפעול הכי חכם.

כיצד מתמודדים עם תחושת החנק והעומס כבד?

בימים של חוסר בהירות, כשהקרקע רועדת בענף הביטוח, רוב סוכני הביטוח אינם מנהלים את העסק שלהם, אלא רצים אחרי העגלה, מנסים לשרוד. המשרדים מתנהלים ואינם מנהלים, בעיקר מכבים שריפות. זאת תוך חוסר יעילות, חוסר שיטתיות, עבודה ללא סדר וארגון וללא תעדוף נכון של משימות. סוכני הביטוח עמוסים. הם מדווחים על תחושת חנק, צוואר בקבוק ועומס כבד. הם מגיעים למשרד עם עלות החמה ונשארים במשרד עד השעות הקטנות של הלילה. חיים בתחושת מועקה, פחד

אם היינו אומרות שיש לנו פתרון שישנה את החיים שלך משמעותית, ומציעות להאריך את היממה שלך ל-27 שעות, אין ספק שהיית אומר כי נפלנו על הראש.

לא מדויק. כשתסיים לקרוא - תסכים עם הפתיח וליממה שלך יתווספו עוד 3 שעות (!). או, 'תאלץ' לחשוב מה לעשות עם הזמן החדש בו זכית.

אנשים רבים חיים בתחושה כי **קצב החיים המודרני מהיר מדי, דחוס מדי, אינטנסיבי מדי.** יש מי שזה מזכיר לו צעידה על הליכון שאינו עוצר לרגע, וזו אולי הסיבה שאנשים רבים מבקשים בליבם "לעצור קצת את העולם, אני רוצה לרדת...".

מהו אותו קצב חיים מודרני מהיר, דורסני ותובעני?

למשל, אנחנו צמודים וזמינים לטלפון הנייד, עונים לכל שיחה, מגיבים לכל ווטסאפ ומעדכנים את החברים שלנו בפייסבוק בזמן אמת. אנו מותקפים באינסוף מידע, נתונים וגירויים שמסיטים את תשומת הלב מהעשייה המרכזית לאינסוף אפיקים שוליים.

זהו עידן שבו גוברת רמת הדרישות לביצועים משופרים, התמכרות לעבודה וזמינות 24/7. מול כל אלה עולים באופן מתמיד המודעות העולמית, הרצון והצורך לניהול אורך חיים מאוזן ובריא וכן הקדשת זמן ראוי לחיים הפרטיים - משפחה, חברים, תחביבים, כושר וכדומה.

הסוד: אנחנו לא יכולים לנהל את הזמן, אבל אנחנו כן יכולים לנהל את עצמנו על ציר הזמן.

האתגר: איך להספיק הרבה יותר בפחות זמן. זו לא רק סיסמה, זה אפשרי. זו דרך חיים וזו המומחיות שלנו. זהו שילוב של הרצון והמודעות שלכם לייצר שינוי בחיכם, יחד עם האימון האישי שנותן לאנשים את היכולת לקחת אחריות על חייהם, ללמוד להגדיר מטרות ורצונות ולסלול את הדרך הבטוחה והמהירה ביותר למימוש הפוטנציאל.

להוביל, זה BEST INVEST



ב בלאנקו

בלעדי ב-BEST INVEST מעבר חופשי ומהיר בין 6 גופים מנהלים, עם מבחר מסלולי השקעה, ללא הגבלה וללא עלות נוספת

• הכי טוב לכסף שלכם •



לפרטים חייגו *3494

Best_Invest@hcsra.co.il

BEST INVEST
חסכון והשקעה

*ט.לח, בכפוף לתנאי החברה והפוליסה **אין באמור לעיל בכדי להוות ייעוץ או המלצה או חוות דעת מכל סוג שהוא לרכישה או הצטרפות למוצר והוא אינו מהווה תחליף לייעוץ אישי הניתן בכפוף להוראות הדין.



הרפורמות במבחן הזמן

חוברת תקצירים והרצאות

11.9.2017

אונוי, קרית שדה התעופה

עתיד הרפואה כבר כאן... ואנו גאים להוביל אותו ברחבי העולם!

'פמי בריאות', חלוצת טכנולוגיית הרפואה המקוונת בישראל והבחירה של משרד הבריאות להובלת תשתית הטלרפואה במדינה, מובילה את עתיד הרפואה גם ברחבי העולם. אנו שמחים וגאים לשתף פעולה עם גופים וארגונים בינלאומיים, למתן שירותי טלרפואה מתקדמים, מהם נהנים כבר עשרות אלפי ישראלים בכל חודש. נמשיך בהובלת עתיד הרפואה המקוונת בישראל ובעולם בתשוקה, נחישות וגאווה גדולה.



יצירת תשתית
להפעלת מודל
HMO במסגרת
ה-NHS באמצעות
חברת בת באנגליה



פתרון טלרפואה
מקיף לשוק ההודי
באמצעות שיתוף
פעולה עם חברת
תרופות בינלאומית



פרויקט טלרפואה
בין-ממשלתי
באמצעות שיתוף
פעולה עם משרד
הבריאות הסיני

פמי בריאות

שירותי רפואה מתקדמים

תכנית הכנס | מנחה הכנס: **שי אופז**, יועץ לביטוחי בריאות וסיעוד

08:00 התכנסות, רישום וכיבוד קל

09:00 **דברי פתיחה: עופר נוריאל**, עורך ראשי, עדיף

מושב 1: אתגרים במערכת הבריאות

09:15 **דברי ברכה**

משה בר סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות

09:30 **פאנל: הקונפליקט בין תפקיד לתמריץ: אתגרים ביצירת הערך למבוטח**

בין המשתתפים:

דני אנגל, מנכ"ל מדיקל סנטר

פרופ' ארי שמיס, מנכ"ל אסותא מרכזים רפואיים

פרופ' גבי בן נון, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון מנחה: שי ניב, גלובס

10:15 **נאום: ח"כ יעקב ליצמן**, שר הבריאות

10:30 **הגידול בשוק ביטוחי הבריאות כמנוף להרחבת הפנייה למערכת הפרטית**

עירא יערי, כלכלן בריאות, מאירס-ג'וינט ברוקדייל

מושב 2: ביטוחי הבריאות החדשים: השפעת השינויים

10:45 **פאנל: החדש מול הישן - מה הרווחנו ומה הפסדנו?**

עו"ד שמיר קמינסקי, יועץ ביטוח בכיר

אורית קרמר, סמנכ"ל בכירה, מנהלת תחום ביטוח הבריאות, מנורה מבטחים

ורדה לבקוביץ, סגנית יו"ר ועדת ביטוחי בריאות וסיעוד, לשכת סוכני הביטוח עדי בר-און, מומחה לביטוחי בריאות וסיעוד

מנחה: חני שפיס, יועצת לניהול סיכוני בריאות וסיעוד

11:20 הפסקת כיבוד

11:45 **טקס הוקרה והענקת מגן: רם אמית**

11:50 **הרצאות: שינויים וחדשנות בעולם ביטוחי הנסיעות לחו"ל**
יואב יונש, מנהל מחלקת ביטוח בריאות, רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון
גיא כרמון, מנכ"ל MEDPAY

12:10 **מגמות ופערים בתחום ביטוחי הבריאות**
ד"ר נאוה ניב סרודני, סמנכ"לית בכירה, מנהלת אגף הבריאות, איילון

12:20 **להציל את יהונתן - המסע המופלא להצלת ילד אחד, הסיכוי שלכם להציל חיים שלמים רבים**
דפנה שפירא, משנה למנכ"ל ומנהלת תחום הבריאות, הפניקס

12:30 **hi touch | hi Tec: דיגיטציה בביטוחי הבריאות**
דניאל כהן, מנהל חטיבת הבריאות, כלל ביטוח

12:40 **הרצאות: בריאות בהתאמה אישית**

בריאות מותאמת אישית- IZ הבמ"א שלך
ד"ר ליאת אדרי, PhD מומחית מולטידיספלינרית לביולוגיה רפואית

מה תאמר לחולה האונקולוגי הבא שלך?
פרופ' איתן פרידמן, מנהל היחידה לאונקוגנטיקה, בית החולים שיבא

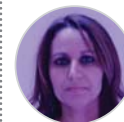
13:05 **ראיון 'אחד על אחד'**
פרופ' יהושע (שוקי) שמר, יו"ר מועצת המנהלים, אסותא מרכזים רפואיים
מראיין: שי אופז, יועץ לביטוחי בריאות וסיעוד

מושב 3: הרפורמות בביטוחי הסיעוד

13:15 **פאנל: עתיד ביטוחי הסיעוד הפרטיים והקבוצתיים**
יואל זיו, יו"ר ועדת בריאות וסיעוד, לשכת סוכני הביטוח
אודי לוי, מנהל מחלקת ביטוח סיעודי, רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון
עו"ד שרונה תושייה-פישר, מנהלת ביטוח בריאות, מגדל נתן לבון, יו"ר ארגון "כן לזקן"
רויטל טופר חבר טוב, סמנכ"לית לפיקוח על קופות החולים והשב"ן
מנחה: גבי נקבלי, מנכ"ל אופק; יועץ ביטוחי בריאות וסיעוד
ללשכת סוכני הביטוח

14:05 ארוחת צהריים





הרפורמות במבחן הזמן

שנה וחצי חלפו מאז החלתה של פוליסת הבריאות האחידה, הרפורמה שטלטלה את ענף ביטוחי הבריאות. רפורמה זו, לצד הסדרות משמעותיות נוספות שהתחוללו בענף ביטוחי הבריאות והסיעוד, שינו ועודן משנות את פני הענף, הזוכה לעניין ציבורי ותקשורתי כאחד.

זה הזמן לבחון את השפעת השינויים על ציר הזמן. מיהם המרוויחים ומיהם המפסידים? מהי האטרקטיביות של פוליסות הבריאות החדשות? האם חל שינוי במערכת היחסים בין חברות הביטוח, הסוכנים והמבוטח? ואיך כל זה משפיע על שורת הרווח?

כנס הבריאות והסיעוד ה-14 מתקיים בסימן 'הרפורמות במבחן הזמן'. בכנס נתמקד במשמעויות העכשוויות והעתידיות של ההתרחשויות הדרמטיות, בדגש על השפעתן על הפעילים בענף.

בפתחו של הכנס נעסוק באתגרים בפניהם ניצבת מערכת הבריאות בישראל. נבחן האם ההסדרות האחרונות שבוצעו אכן הצליחו לצמצם את הפערים בין הרפואה הציבורית לפרטית, או שמא אין מנוס מפני המשך שגונו של שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים, כיחיד המסוגל לתת מענה הולם וראוי למבוטח.

דיון נוסף יוקדש למעמדם של ביטוחי הבריאות החדשים. ננתח את יתרונות וחסרונות הפוליסות החדשות ביחס לאלו שהונהגו טרם הרפורמה, וננסה להשיב על לא מעט שאלות: האם מצב המבוטחים אכן השתפר בעידן החדש, כיצד התמורות שעוגנו בפוליסות השפיעו על אופן ניהול התביעות וכיצד, אם בכלל, השתנה תפקידו של סוכן הביטוח.

את הכנס בחרנו להקדיש גם להבנת השינויים בתחום ביטוחי הנסיעות לחו"ל, שנכנסו לתוקפם בתחילת החודש, וכן לתחום המרתק העוסק ברפואה מותאמת אישית, והפתרונות המוצעים בהקשר זה בפוליסות הפרטיות.

ענף ביטוחי הסיעוד חווה לא מעט דרמות משל עצמו. בשיח בנושא, שיחתום את דיוני הכנס, ננתח את השפעות השינויים שחלו בביטוחי הסיעוד הפרטיים שעברו מתיחת פנים משמעותית, לצד השינויים בביטוחי הסיעוד הקבוצתיים ששבו לזירה הביטוחית.

גם השנה משתתפים בהרצאות ובדיונים שורה של אישים מהמגזר הציבורי, תעשיית הביטוח והאקדמיה, בראשם שר הבריאות, ח"כ יעקב ליצמן ומנכ"ל משרדו, משה בר סימן טוב; מנהלי בתי חולים, נציגי רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון; ראשי אגפי הבריאות בחברות הביטוח, מנהלי קופות חולים ואנשי מקצוע מובילים.

אנו מודים לכל המרצים, המנחים, משתתפי המושבים ונותני החסויות על היערכותם ותרומתם לכנס.

עדיף תמשיך לספק ערך מקצועי לקהילת הבריאות, באמצעות מגוון ערוצי התוכן הקיימים והמתהווים.

בברכת כנס פורה ומועיל,

הדס דרור
סמנכ"ל תוכן

עדיף
מוסיפים לך ערך

מנוי **עדיף**
עולם
הביטוח
על כף ידך



איתור מידע מקצועי
דוחות, חוזרים והנחיות,
פסקי דין ועוד...

ניוזלטר יומי
מרכז את אירועי היום

שבועון עדיף
מרחיב ומעמיק נושאים
אשר על סדר היום

גישה לפורטל עדיף

**הנחות והטבות על
כל מוצרי עדיף**

עדיף עכשיו
שירות מבזקים בנושאים
ותחומים על פי בחירה

מרכז מומחים משיבים
מומחים עונים על שאלות
מקצועיות שלכם

לפרטים נוספים 03-9076000



מנחה הכנס:
שי אופז, יועץ לביטוחי בריאות וסיעוד



דברי פתיחה:
עופר נוריאל, עורך ראשי, עדיף

מושב 1: אתגרים במערכת הבריאות



דברי ברכה:
משה בר סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות

פאנל: הקונפליקט בין תפקיד לתמריץ - אתגרים ביצירת הערך למבוטח

מנחה:



שי ייב
גלובס



דני אנגל
מנכ"ל הרצליה
מדיקל סנטר



פרופ' ארי שמיס
מנכ"ל אסותא
מרכזים רפואיים



פרופ' גבי בן נון
המחלקה לניהול
מערכות בריאות,
אוניברסיטת בן-
גוריון

בין הנושאים:

- ריסון הרפואה הפרטית או חיזוק הציבורית? האם הרפואה הפרטית "רוקנה" את המערכת הציבורית ופגעה בה, או שהתהליך היה הפוך - חולשת המערכת הציבורית ותת התקצוב שלה הביאו את הציבור להכניס את היד לכיס?
- האם ערבוב השימושים בין פרטי לציבורי משרת את הרופאים על חשבון האינטרס הציבורי? או שמא הקמת מערכת בריאות פרטית נפרדת לחלוטין תייצר רפואה איכותית לעשירים בלבד?
- האם ניתן וראוי לבקש מהרופאים לבחור - פרטי או ציבורי ומה המשמעות הכלכלית והארגונית של בחירה כזו?
- האם לא הגיע הזמן להעניק חופש בחירה מלא למבוטחי קופות החולים בבואם לבחור באיזה בית חולים יעברו טיפול?
- ועדת הבריאות של הכנסת אישרה את תקופת הצינון להפניית מטופל מהרפואה הציבורית לפרטית - מה תהיה השפעת החוק על שתי המערכות ועל הרופאים בפרט?
- מה תהיה השפעת רפורמת 'הסדר במקום חוזר' על מערכות הבריאות השונות ועל הרופאים?
- האם יש לאפשר הפעלת שירותי רפואה פרטיים בבתי החולים הציבוריים?

נאום:

ח"כ יעקב ליצמן, שר הבריאות





הגידול בשוק ביטוחי הבריאות כמנוף להרחבת הפנייה למערכת הפרטית

עירא יערי, כלכלן בריאות, מאירס-ג'וינט בורקדייל

בישראל נצפית בשנים האחרונות מגמת עלייה בהוצאה הפרטית לבריאות, לצד מגמת ירידה בהוצאה הציבורית לבריאות. הגידול בהוצאה הפרטית לבריאות לא היה מטריד, אילולא נמצאו עדויות לתופעות הלוואי הלא רצויות שלו ולהשפעות האקסוגניות (חיצוניות) השליליות של הפעילות במערכת הפרטית על המערכת הציבורית.

מאז 1999 אנו עדים לגידול בשוק הביטוחים הוולונטריים, בשיעורי הבעלות על ביטוחים, סך ההכנסות מפרמיות וסך התביעות כנגד הביטוחים. הגידול בשוק הביטוחים הוולונטריים משפיע בשתי דרכים על הגידול בהוצאה הפרטית: (1) באופן ישיר על הוצאות משקי הבית; (2) בעקיפין דרך הגידול בפעילות השוק הפרטי.

בשנים האחרונות החלה להתגבש רפורמה רחבת היקף אשר תשפיע על השווקים השונים, להם יחסי תלות הדדיים. רפורמה זו היא מקבץ של צעדי מדיניות של שלושה גופים ממשלתיים ולכן אין לה מסמך פורמלי המרכז את מטרותיה. בין היתר, נראה כי הרפורמה מבקשת להסדיר כשלי שוק בשוק הביטוחים הוולונטריים הנובעים גם מאופן השילוב פרטי-ציבורי בישראל וההשפעות החיצוניות השליליות של הביטוחים הללו על המערכת הציבורית.

חלקי הרפורמה נמצאים בשלבים שונים של יישום, על כן עוד לא ניתן להעריך את השפעותיה. אולם, כבר כיום ניתן לראות היערכות של השחקנים השונים לשינויים שיבואו. מחקר שנערך בימים אלה במאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל על ידי שולי ברמלי-גרינברג ועירא יערי בודק את השפעות הרפורמה על שוק הבריאות.

מושב 2: ביטוחי הבריאות החדשים: השפעת השינויים

פאנל: החדש מול הישן - מה הרווחנו ומה הפסדנו?

מנחה:



עדי בר-און
מומחה לביטוחי בריאות



ורדה לבקוביץ
סגנית י"ר ועדת ביטוחי בריאות וסיעוד, לשכת סוכני הביטוח



אורית קרמר
סמנכ"ל בכירה, מנהלת תחום הבריאות, מנורה מבטחים



עו"ד שמיר קמינסקי
מומחה לביטוחי בריאות וסיעוד



חני שפיר
יועצת לניהול סיכוני בריאות וסיעוד

בין הנושאים:

- האם נכון או לא להחליף את תכניות ביטוחי הבריאות טרום רפורמה בתכניות חדשות?
- האם יתכן שתביעות שנדחו בפוליסות הישנות יאושרו כעת, ולהיפך - מה שאושר בעבר יידחה היום?
- מהם יתרונות המעבר לפוליסה החדשה ומהי אחריות סוכן הביטוח כלפי המבוטח שלו בכל הנוגע להבדלים בין חדש לישן?
- מהיכן נובע השימוש המועט יחסית שעושים המבוטחים בכיסויים שרכשו?
- מה תפקידן של חברות הביטוח בהדרכת הסוכן, לא רק בפוליסה עצמה אלא גם בעת תביעה?
- כפל ביטוח - מה אומרים למבוטח שגילה לפתע כי הוא משלם עבור כיסוי דומה ביותר מפוליסה אחת?

טקס הוקרה והענקת מגן:

למר **רם אמית**, על תרומתו לענף הביטוח ולתחום ביטוחי הבריאות והסיעוד



השינויים בתחום ביטוח נסיעות לחו"ל

יואב יונש, מנהל מחלקת ביטוח בריאות, רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון



ההוראות החדשות שיזמה רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון בתחום ביטוח נסיעות לחו"ל, מתקנות ליקויים שהשתקפו בפניות ציבור שהוגשו לרשות במשך השנים. ליבת ההסדרה מתמקדת בשיפור הליך מכירת הביטוח והבטחת כיסוי ביטוחי הולם. שיפור הליך הצירוף לביטוח - מתוך הבנה שבביטוח הנסיעות, שאנו רוכשים לתקופה קצרה אגב טיסה מתוכננת, קשה לצפות כי מבוטח יתעמק בתנאי הפוליסה ויכיר לפרטי פרטים את כל הסעיפים והחריגים לכיסוי. לכן, יש צורך לשקף למבוטח את תנאי הביטוח המהותיים במעמד הרכישה ולהציע לו ביטוח שמתאים לו. החוזר מציג איזון נכון בין הליך צירוף פשוט ומהיר, לבין עריכת בירור והתאמה על ידי החברות במועד הרכישה. שינוי נוסף בהליך הצירוף הוא הפיכת הביטוח למודולרי, כך שיתאפשר למבוטח לרכוש כיסוי ביטוחי הולם את צרכיו ומטרת נסיעתו.

הבטחת כיסוי ביטוחי הולם - החוזר קובע כי חברת הביטוח אחראית לקביעת כיסוי ביטוחי הולם למבוטח, ומחייב בהתאמת גבולות האחריות בפוליסה לעלות הצפויה במדינה היעד של המבוטח. גם הצורך בהתאמת הכיסוי לעלות הצפויה עלה מתוך הבנה שלא ניתן לצפות מהמבוטח להכיר את העלויות הרפואיות בכל מדינה אליה הוא טס. מעבר להתאמת גבולות האחריות, החוזר קובע שיפורים נוספים שיאפשרו למבוטח לטוס בראש שקט יותר, בידיעה שהפוליסה שרכש תעניק לו מענה ביטוחי ראוי בקרות אירוע.

חדשנות בעולם ביטוחי נסיעות לחו"ל

גיא כרמון, מנכ"ל MEDPAY



אחד התחומים החמים ביותר בעולם הביטוח כיום הוא כל מה שקשור לטכנולוגיות, או כפי שנהוג לומר INSURTECH. אם נבחן דוגמאות מהעולם, הרי שהן נחלקות למספר קטגוריות עיקריות:

1. אפליקציות הקשורות בתהליך הפקה ומכירה של פוליסות - אפליקציות אלו נעזרות לא אחת במידע מוקדם על המבוטח, ומאפשרות לחברות המסתייעות בהן להגדיל את נאמנות הלקוח מעצם העובדה שהאפליקציה כבר נמצאת על המכשיר שלו.
 2. אפליקציות הקשורות במתן שירות למבוטח - בקטגוריה זו ניתן למצוא אפליקציות אשר מסייעות למבוטחים לבצע התייעצות טלפונית או ויזואלית עם רופא, קישור למוקדי חירום ושירות וכן אפשרות למצוא ספקי שירות רפואיים על בסיס מיקום.
 3. תוכנות הקשורות בניהול משאבים של חברות - בקטגוריה זו ניתן למצוא אפליקציות ותוכנות ניהול של משאבים כגון טיסות אמבולנס, הזמנת אמבולנסים קרקעיים וכדומה.
 4. קטגוריה נוספת שאיננה חלק אינהרנטי מביטוחי חו"ל היא שירותים לאיתור וחילוץ מבוססי מקום הידועים בשם הכולל מכשירי INREACH, ונעשים על תשתית של תקשורת לוויינית. דוגמא לכך היא החברה הישראלית מגנוס לוויינים, כאשר המכשיר עצמו אינו חלק מהפוליסה.
- אל תוך העולם הזה, אשר יש בו לא מעט חידושים אבל גם לא מעט גימיקים, נולדה אפליקציית MEDPAY שמציגה מודל חדש אשר למיטב ידיעתי אינו מוכר בעולם.
- המודל מציג לא רק סטנדרט חדש בשירות למבוטח אלא גם מודל כלכלי לחברת הביטוח, כאשר החזון שלנו היה ליצור כלי מתקדם שגם יסייע למבוטחים בעת שהותם בחו"ל וגם יביא לייעול של עבודת הסוכנים וחברות הביטוח. עבור מבוטח הקצה אנו מציעים החזר מהיר, ישירות לכרטיס האשראי הרגיל שלו.
- הראשונה לזהות את הפוטנציאל ולהאמין בשירות הייתה חברת מגדל, ואנו בשלבים שונים של משא ומתן עם חברות ביטוח נוספות שרוצות לעשות שימוש מושכל בפלטפורמה שלנו ועל כך אני מניח יגיעו עדכונים בעתיד.



מגמות ופערים בתחום ביטוחי הבריאות

ד"ר נאוה ניב סרודיו, סמנכ"לית בכירה, מנהלת אגף הבריאות, איילון

מפת שוק הבריאות - המצב היום

בשנים האחרונות נעשו ניסיונות רבים ושונים לחזק את מערכת הרפואה הציבורית. בין היתר ניתן למנות את:

- המלצות וועדת גרמן להבראת מצב הרפואה הציבורית
- רפורמת הבריאות בשוק הפרטי
- חוק ההסדרים מיולי 2016

רפורמות אלה לוו בכמה בעיות מהותיות שהקשו על מימושן:

- היעדר משאבים וחוסר בתקצוב
- אין תקציב לקיצור תורים
- אין "fulltimers" בבתי החולים

חוסר המענה על הבעיות הללו הביאו לקבלת תוצאה הפוכה מהמטרה שעמדה מאחורי הרפורמות:

הזליגה לכיוון רפואה פרטית גדלה

מגמות וקידמה - איך נצמצם את הפער?

את הקדמה, כידוע לא ניתן לעצור, וכך גם את רמת שירותי הרפואה והטכנולוגיות בעולם:

- תרופות מתקדמות ויקרות משווקות מדי שנה בשוק
- טכנולוגיות חדשות מפותחות ומשמשות בניתוחים
- טיפולים מחליפי ניתוח מתפתחים ונכנסים לשימוש

שירותים אלו אינם מכוסים במסגרת המערכת הציבורית והשבני"ם של קופות החולים, ומכאן נוצר הצורך בפנייה למערכת הפרטית והרחבת השימוש בה

ענף ביטוחי הבריאות הפרטי נדרש לטפל בפערים ההולכים ומתרחבים בין המערכת הציבורית והשב"ן ובין התפתחות הקדמה. לפערים אלו נדרשים פתרונות בפוליסה פרטית אוטופית.

להציל את יהונתן - המסע המופלא להצלת ילד אחד, הסיכוי שלכם להציל חיים שלמים רבים

דפנה שפירא, משנה למנכ"ל ומנהלת תחום הבריאות, הפניקס



לאחרונה, עקב קשיים שנוצרו במערכת הציבורית, אנו מזהים גידול בהיקף הפניות למימון תהליכים רפואיים שונים בחו"ל. כיסויים ביטוחיים לניתוחים והשתלות בחו"ל קיימים באופן חלקי גם בשב"ן, ואולם אין ספק כי הכיסוי הניתן במסגרת הביטוח הפרטי מקיף יותר ורחב משמעותית, גם בהיבט של היקף המימון וגם בהיבט של התנאים למימוש הכיסוי.

מבוטח שרכש כיסוי באמצעות חברת ביטוח פרטית, הניצבת לצדו בעת צרה ומסירה ממנו את הדאגה הכלכלית, יכול להתמקד בקבלת ההחלטה הטובה ביותר עבורו משיקולים רפואיים בלבד, ללא דאגה למקורות מימון לעלויות הרפואיות והנלוות.

בעבר כיסויים אלה היו בעיקר למימון פרוצדורות רפואיות מורכבות שלא ניתן היה לבצען בישראל כלל. אולם בעשור האחרון, עם הגידול בידע המונגש באמצעי המדיה השונים, העלייה במודעות של המבוטחים ובהיצע המגוון של האפשרויות הרפואיות המתקדמות שמאפשר הביטוח הפרטי, אנו מזהים מימוש הולך וגדל בכיסויים אלה.

כיוון שהפניקס ערה לשינויים אלה, ורואה את תפקידה לא רק כגורם מממן אלא גם כגורם בעל ניסיון שמכיר את התהליכים וניצב לצד המבוטח ברגעיו הקשים, היא דואגת לעדכן ולהרחיב כיסויים אלה בהתאמה לצרכי המבוטחים. ואכן, עם ההתקדמות בטכנולוגיות הרפואיות והשיפור בתוחלת החיים, מתרבים סוגי הניתוחים ומספר המקרים שמבוצעים בחו"ל.

אנו ממליצים לסוכן הביטוח המקצועי, שטובת המבוטח עומדת לנגד עיניו, להגביר את המודעות לכיסוי זה ולהציע אותו לכל מועמד לביטוח, והכל בהתאם לצרכיו.

hi touch | hi Tec: דיגיטציה בביטוחי הבריאות

דניאל כהן, מנהל חטיבת הבריאות, כלל ביטוח



ביטוח בעידן הטכנולוגי - איום או הזדמנות נדירה? העולם הדיגיטלי - הכרח או "nice to have"? דניאל כהן, משנה למנכ"ל כלל ביטוח וראש חטיבת הבריאות מזמין אתכם לבחון לעומק - האם אתם מוכנים לעולם הביטוח בעידן הטכנולוגי? בהרצאתו ידבר כהן גם על חווית הלקוח במרחב הדיגיטלי עמוס הריגושים, ועל חובתם של סוכני הביטוח למצב עצמם כמקצועני-על הנפגשים עם הלקוח ברגעים החשובים בחייו.

בריאות מותאמת אישית - זו הבמ"א שלך

ד"ר ליאת אדרי, PhD מומחית מולטידיספלינרית לבילוגיה רפואית



הגוף של כל אחד מאיתנו הינו יחיד ומיוחד במינו, וכך גם המטען הגנטי שאנו נושאים, המבנה הנפשי שלנו וההיסטוריה של האירועים שעברנו. היום אנו יודעים כי הטיפול הרפואי שכל אחד מקבל צריך להיות גם הוא יחיד במינו. הרפואה המערבית התפתחה על סמך תרופות וטיפולים, שמבחינה סטטיסטית נמצאו מועילים לכלל האוכלוסייה. אולם כיום המדענים מכירים בעובדה שהמצב מורכב בהרבה. בריאות מותאמת אישית עוסקת בהתאמה אישית של הטיפול הרפואי והטיפול המשלים, על סמך מחקרים עדכניים ובדיקות חדשניות. בעזרת התאמה אישית ניתן למצוא פתרונות למחלות נפוצות כמו דיכאון, סוכרת או סרטן, בעיות פריון ולעמוד על הקשר המסקרן בין מעי למוח. ד"ר ליאת אדרי עסקה בחקר הסרטן בפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב ובחקר מדעי המוח במכון ויצמן. כיום, כמומחית מולטידיספלינרית בבילוגיה רפואית, היא נוקטת בגישת בריאות מותאמת אישית.

מה תאמר לחולה האונקולוגי הבא שלך?

פרופ' איתן פרידמן, מנהל היחידה לאונקוגנטיקה, בית החולים שיבא



פרופ' איתן פרידמן, מנהל היחידה האונקו-גנטית בבית החולים שיבא, תל השומר ומנהל רפואה ראשי - GNA מדיקל, תל אביב, מסביר מדוע חשוב לבצע מיפוי גנטי בחולי סרטן. הבדיקות למיפוי גנומי מקיף של מחלת הסרטן מזהות אצל חולי הסרטן את השינויים בגנים ספציפיים, הגורמים לתאים לגדול ולשגשג. וכך, הבדיקות האלה מספקות מידע חשוב להתאמת טיפול ביולוגי ממוקד. גילוי המקור הגנטי לסרטן יכול להביא להתאמת הטיפול באופן מדויק יותר, וכן להתריע מפני האפשרות שהסרטן עלול להתפתח גם אצל בני משפחתו של החולה. חברות הביטוח כבר הכירו בחשיבותו של המיפוי הגנטי לחולים בסרטן, ולכן חשוב שסוכני הביטוח יציעו את המיפוי הגנטי לחולי הסרטן כבר בעת רכישת הפוליסה.

ראיון 'אחד על אחד'

פרופ' יהושע (שוקי) שמר, יו"ר מועצת המנהלים, אסותא מרכזים רפואיים
מראיין: שי אופז, יועץ לביטוחי בריאות וסיעוד



מושב 3: הרפורמות בביטוחי הסיעוד

פאנל: עתיד ביטוחי הסיעוד הפרטיים והקבוצתיים

מנחה:



ריוטל טופר
חבר טוב
סמנכ"לית לפיקוח
על קופות החולים
והשב"ן



נתן לבון
יו"ר ארגון
'כן לזקן'



עו"ד שרונה
תושייה-פישר
מנהלת ביטוח
בריאות, מגדל



אודי לוי
מנהל מחלקת
ביטוח סיעודי, רשות
שוק ההון, ביטוח
וחיסכון



יואל זיו
יו"ר ועדת בריאות
וסיעוד, לשכת סוכני
הביטוח



גבי נקבלי
סמנכ"ל אופיק; יועץ
ביטוחי בריאות
וסיעוד ללשכת
סוכני הביטוח

בין הנושאים:

ביטוחי סיעוד קבוצתיים:

- האם יש עתיד לביטוחי הסיעוד הקבוצתיים?
- משמעויות הרפורמה והשינויים האחרונים
- מצבם של מאות אלפי נפילי הביטוח הקבוצתי כתוצאה של הסאגה בת שש השנים?

ביטוחי סיעוד פרטיים:

- השלכות השינויים בהגדרות מקרה הביטוח?
- האם אנו על צפויים להיעלמותם של ביטוחי הסיעוד הפרטיים?
- גורמים להתייקרות במחירי הפוליסות ועד לאן הם צפויים להגיע?

תביעות:

- המצב הבלתי נסבל בו שליש מתביעות הסיעוד נדחות
- הצורך ביצירת כללים ומדדים אחידים לבחינת זכאותו של מבוטח לגמלת סיעוד
- התמודדות הרגולטור עם נושא ישוב התביעות

סיעוד בקופות החולים:

- האם אנחנו צפויים לעלייה עתידית של עשרות אחוזים בתעריפי הפוליסות?
- תנאי הפוליסה - חריג תאונות דרכים ועבודה, חריג 36 חודשים ראשונים וכו' - האם מדובר בביטוח חסר או בביטוח הכדאי ביותר
- הכנסת הסיעוד לסל הבריאות (יוזמת ליצמן) - סיכוי אמיתי לכיסוי ממלכתי או חלומות בהקיץ?