



סל שירותי בריאות במערב אירופה סקירת ספרות

תמרה ברנע ורבקה אמדו

עבור הוועדה לסל שירותים
במסגרת המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות בישראל

דצמבר 1993

BR-MISC-93-01

: סל שירותי בריאות במערב אירופה

ברנע, תמרה



0024629001003



סל שירותי בריאות במערב אירופה סקירת ספרות

תמרה ברנע ורבקה אמדו

עבור הוועדה לסל שירותים
במסגרת המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות בישראל



דצמבר 1993

תוכן העניינים

עמוד

1. הקדמה 3
2. דגמים של הסדרי ביטוח בריאות 4
3. מרכיבים עיקריים בסלי שירותי הבריאות של 12 מדינות הקהילה האירופית 6
4. רפורמות בסלי שירותי הבריאות בארבע ארצות נבחרות באירופה: גרמניה, אירלנד, הולנד, אנגליה 13
5. סיכום 16
6. ביבליוגרפיה 18
- לוח 1: אחוז האוכלוסייה במדינות הקהילה האירופית המכוסה על-ידי הסדרי הביטוח השונים, 1991 5
- נספח א: מרכיבים עיקריים בסלי הבריאות של 12 מדינות הקהילה האירופית, 1992 19

לקראת הדיונים על חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל, פנתה הוועדה להגדרת סל שירותים במסגרת המכון הלאומי למדיניות בריאות והזמינה סקירת ספרות של סלי שירותי בריאות באירופה מג'וינט-מכון ברוקדייל. בסל שירותים הכוונה לתיאור סוגי השירותים וההטבות הכספיות שהמבטח מתחייב לספק למבוטח וכן תיאור תנאי הזכאות לתגמולים אלה (מי מקבל מה ובאלו תנאים).

הסקירה מתבססת על שתי עבודות רחבות היקף שהתפרסמו בשנים האחרונות:
Glaser, 1988, 1991 (2) ; Schneider et al., 1992 (1)

Schneider et al ניסו לזהות את העקרונות והמרכיבים שיאפשרו בנייה של סל משותף ל-12 מדינות הקהילה האירופית: איטליה, אירלנד, אנגליה, בלגיה, גרמניה, דנמרק, הולנד, יוון, לוקסמבורג, ספרד, פורטוגל, צרפת. הפרסום כולל מיפוי של סלי שירותי הבריאות במדינות אלה כפי שהיו קיימים בשנים 1990/91, תמצית חוקי רפורמות במערכות בריאות שהוצעו בשנים האחרונות ותיאור של מרכיבים אפשריים בסל בריאות עתידי משותף למדינות הקהילה.

Glaser בחן את צורת המימון והארגון של מערכות הבריאות באירופה במטרה להפיק לקחים ומסקנות שיהיו ישימים למערכת שירותי הבריאות בארה"ב. תשומת לב מיוחדת ניתנה על ידו למבנה סלי השירותים של המדינות השונות. מאז הכנת המסמך (1987) חלו מספר שינויים בחלק מהמדינות; הללו באים לידי ביטוי בפרסום של Schneider et al (1992).

בסקירה הנוכחית ניסינו להציג במשולב מידע משני המקורות הללו, תוך התמקדות במידע הרלוונטי לסוגיות העיקריות בהן מתלבטים כיום קובעי המדיניות בישראל:

- (א) מהם סוגי השירותים וההטבות הכלולים בסל הבסיסי ובסל המשלים?
- (ב) מהם דפוסי ההשתתפות העצמית של המבוטח?
- (ג) מיהם החריגים הפטורים מתשלום הביטוח או ההשתתפות העצמית?
- (ד) האם הגדרת השירותים כוללת גם התייחסות לאספקת השירותים במונחים של זמינות וזמן המתנה?
- (ה) מהם מנגנוני העדכון של הסל?
- (ו) מי קובע את הפרמיות/המיסים וכיצד נעשה הדבר?
- (ז) האם יש התייחסות לסך-הכל המשאבים שבמסגרתם יש להגדיר את הסל, ואם כן - כיצד נעשה הדבר?

- (ח) מה המצב המשפטי של סלי הבריאות השונים?
(ט) מה רמת הפירוט המופיעה בחקיקה ראשונית ובחקיקה משנית?
(י) כיצד מובטחת פומביות הסל?
(יא) מה מידת השיתוף של הצרכן בקביעת הסל?

נקדים ונדגיש כי בחומר שנסקר מצאנו תשובות בעיקר לחמש הסוגיות הראשונות, ואף הן אינן תשובות מלאות. כדי לענות על השאלות הנותרות יהיה צורך להיעזר במקורות מידע נוספים כגון חוקי בריאות, שיחות עם קובעי מדיניות ומומחים במדינות השונות.

2. דגמים של הסדרי ביטוח בריאות

הצורך להגדיר פורמלית את סל שירותי הבריאות התעורר בסוף המאה ה-19, כאשר המעסיקים חוייבו לשלם הוצאות רפואיות ותגמולי נכות עבור עובדים שנפגעו בעת העבודה, והחלו מבטחים עצמם מפני הסיכון הזה בחברות פרטיות, ציבוריות או ממלכתיות. ככל שהלך והתפתח מדע הרפואה, ורבו הגורמים המבטחים והתחרות ביניהם, הלך והתגבר הצורך בהגדרה ברורה של סלי השירותים. (Glaser, 1988)

במשך המאה הנוכחית, התפתחו באירופה הסדרי ביטוח בריאות שונים ומורכבים. המשותף למדינות אירופה הוא ראיית ביטוח הבריאות כחלק ממערכת הביטחון הסוציאלי. כיום קיים בכל מדינות אירופה שילוב בין הביטוח הציבורי לבין הפרטי, כאשר הביטוח הציבורי הוא הנפוץ ביותר.

הדגמים העיקריים של הסדרי ביטוח הקיימים כיום בעולם הם:
Social Sick Fund (SSF)

שיטה הבנויה על ביטוח בריאות חובה של כלל האזרחים באמצעות שירותי בריאות ציבוריים ופרטיים, וכן על השתתפות של המעסיקים והמבוטחים בדמי ביטוח הבריאות. בדגם זה מבוטחים רוב תושבי בלגיה, גרמניה, הולנד, לוקסמבורג וצרפת.

National Health Service (NHS)

שיטה הבנויה על כך שהמדינה, באמצעות המיסוי הכללי, היא המבטחת והמממנת של שירותי הבריאות, ובמקביל יש לה גם פיקוח או בעלות על שירותי בריאות. לעתים היא גם המספקת של שירותי הבריאות. דגם זה קיים באנגליה, אירלנד, איטליה, דנמרק, יוון, ספרד ופורטוגל.

(NHI) National Health Insurance

ביטוח בריאות ממלכתי לקבוצות אוכלוסייה מסויימות. מערכת זאת קיימת בארה"ב לגבי נזקקים (Medicaid) וקשישים (Medicare), בנוסף למערכת הביטוח הפרטי בה מבוטחים רוב אוכלוסיית ארה"ב.

מאפיין נוסף של הדגמים הללו הוא ההבחנה בין ביטוח חובה בסיסי (mandatory) וביטוח משלים וולונטרי (voluntary). כל המדינות מבחינות בין שני סלי השירותים הללו.

תשעים ושישה אחוזים מאוכלוסיות מדינות הקהילה האירופית מבוטחים ביטוח בסיסי במסגרת Social Sick Fund (SSF) או במסגרת שירות בריאות ממלכתי - National Health Service (NHS). מכלל המבוטחים בכל המדינות מעל 20% מחזיקים גם בביטוח משלים, באמצעות ארגונים שלא למטרות רווח. בנוסף, ל-30% מקרב האוכלוסייה יש ביטוח באמצעות מערכת הביטוח המסחרית הפרטית (Schneider et al). בדרך כלל הביטוח הפרטי משמש כביטוח משלים, פרט לגרמניה ולהולנד בהן מספק הביטוח הפרטי גם סלים דומים בהרכבם לסל הבסיסי הציבורי. מלוח 1 ניתן לראות כי הביטוח הפרטי קיים בכל המדינות, ללא קשר לסוג הביטוח הציבורי שלהן - SSF או NHS.

לוח 1: אחוז האוכלוסייה במדינות הקהילה האירופית המכוסה על-ידי הסדרי הביטוח השונים, 1991

המדינה	ציבורי בסיסי NHS	ציבורי משלים	פרטי משלים	פרטי נוסף חלקי/מלא
אירלנד	100	-	-	30
דנמרק	100	-	-	20
איטליה	100	-	15.5	-
אנגליה	100	-	-	15.3
ספרד	96	-	9 בסך-הכל בשלושת סוגי ההסדרים	5
יוון	100	-	-	3.8
פורטוגל	100	-	-	39
הולנד	-	70	-	19.3
גרמניה	-	80	-	14
צרפת	-	"רוב הציבור"	65 בשני ההסדרים	"מעט מאד"
בלגיה	-	"רוב הציבור"	60	-
לוקסמבורג	-	100	65	15

המקור: נתונים שפורטו לגבי כל מדינה בנפרד אצל Schneider et al.

3. מרכיבים עיקריים בסלי שירותי הבריאות של 12 מדינות

הקהילה האירופית

מרכיב מרכזי בהסדרי ביטוח הוא קיומו של סל שירותים. נראה שבאירופה רווחת התפיסה שסל השירותים הבסיסי צריך להיות רחב ככל שניתן, במחיר הנמוך ביותר האפשרי, כאשר בנוסף מוצע למבוטחים סל שירותים אופציונלי, שאותו הם יכולים לרכוש אם רצונם בכך. לפי Glaser ו-Schneider, הסל הבסיסי צריך להיות מורכב מהתחומים הבאים:

- תיאור של השירותים הכלולים בו
- פירוט ספקים מורשים
- התיחסות להחזרי תשלום
- פירוט מנגנוני פיקוח על כמות, איכות ומחיר השירות
- הנחיות לנגישות ושימוש בשירותים
- תכנית לגבי מימון וזכאות לשירותים

3.1 אפיונים כלליים של סלי השירותים באירופה

השירותים הכלולים בסלים השונים אינם מכוסים בכל המדינות במידה שווה, אולם Glaser מפרט את המכנה המשותף הרחב ביותר בין הסלים של המדינות השונות:
הסל הבסיסי כולל את השירותים הבאים:

טיפול אמבולטורי
שירותי בית חולים באשפוז ובקהילה (במצב אקוטי ובטיפול רפואי מתמשך)
תרופות
טיפול שיניים מניעתי ומשמר
טיפול פארה-רפואי בבתי חולים ובקהילה
פרוטזות
טיפולים תרמיים במרחצאות
שיקום לנפגעי תאונות עבודה
הערה: לפי הסקירה של Schneider, כולל הסל הבסיסי של ארצות הקהילה האירופית גם מגוון של שירותי מניעה וטיפול ביתי וממושך.

הסל האופציונלי, הוולונטרי, כולל את השירותים הבאים:
תשלום למנתח או לבית החולים
חדר פרטי בבי"ח
טיפול ממושך בבתי אבות
טיפול שיניים מקיף

Schneider et al מציינים, כי למעשה כיסוי הבריאות באירופה, באמצעות הסל הבסיסי, הוא מקיף למדי. לדבריהם, ההבדלים בין המדינות השונות, לפי הניסוח הפורמלי, הם בעיקר בתחום טיפולי השיניים והטיפול הסיעודי. אולם, בפועל קיימים גם הבדלים בין המדינות השונות בזמינות השירות, בנגישותו, באיכותו, בסטנדרטים הטכנולוגיים, במידת הנוחות של שירותי "מלונאות" שמספקים בתי החולים הכלליים ובתי החולים הסיעודיים ובשיעורי השימוש בשירותים.

במשך העשור האחרון הורחב סל השירותים ברוב ארצות אירופה, אבל הוויכוח הציבורי לגבי תכולתו המדויקת של הסל ומה צריך להיכלל בו במימון הציבורי עדיין נמשך. הסוגיות עליהן נסב הדיון הן: שירותי מניעה, טיפול שיניים מקיף, טיפול ממושך (לא רפואי), טיפולים רפואיים חדשניים וטכנולוגיות רפואיות חדשניות, רפואה חלופית.

בכל ארצות אירופה מקובלת מידה מסוימת של השתתפות עצמית של המבוטח בעת קבלת הטיפול. הדבר נעשה במתכונת של co-payment (סכום קבוע מראש עבור פרוצדורה או תרופות, שהמבוטח משלם בעת קבלת הטיפול) או Co-insurance (אחוז השתתפות קבוע מראש שהמבטח והמבוטח מתחלקים בו בעת קבלת הטיפול, כגון 80% מהוצאות ניתוח הן על המבטח ו-20% על המבוטח).

בארצות אירופה נפוצה השתתפות עצמית בעיקר לגבי תרופות. ההשתתפות העצמית מגיעה בדרך כלל לרמות הבאות: בטיפול בבית חולים עד 20%, בפיזיותרפיה עד 40%, בתרופות עד 50%, במשקפיים עד 80%, בסתימות בשיניים עד 85%. בכל המדינות בהן יש השתתפות עצמית, יש התחשבות במצבן הכלכלי, החברתי או הבריאותי של קבוצות אוכלוסייה מיוחדות, הפטורות לחלוטין או חלקית מהתשלום הנוסף. על הקבוצות החריגות נמנים בעלי הכנסה נמוכה, חולים כרוניים, ילדים עד גיל 16, נשים הרות, אלמנות, קשישים, נכים, בודדים, חולים במחלות שהטיפול בהן יקר, נזקקים לאשפוז מעבר לשלושים יום, אם ויילוד (פג) הנזקקים לטיפול סיעודי.

בכל המדינות יש מידה מוגבלת של חופש בחירה בקופה, בסלים, ברופא ובמסגרת הטיפול במערכת הציבורית. במערכת הפרטית יש מידה גדולה יותר של חופש בחירה אך הדבר כרוך בהשתתפות עצמית גבוהה יותר של המבוטח.

לגבי אף אחת ממדינות הקהילה האירופית לא דווח על קביעת מסגרת זמן מחייבת לאספקת שירות רפואי מסוים, ועל סמך מקורות המידע שנסקרו לא ניתן לדעת אם אכן קיימות בתקנות של חוקי הבריאות של המדינות השונות הגדרות כלשהן לגבי

זמינות ונגישות, במונחים של זמן המתנה לשירות. לגבי אנגליה נמצא, כי בשנת 1990 הוצאו על-ידי ה-NHS הנחיות לצמצם את ההמתנה ללא יותר מאשר שנתיים (Ham 1991). המקור לא מפרט באלו שירותים מדובר, אך יש מקום להניח שהכוונה לניתוחים אלקטיביים.

על פי Glaser יש בכל המדינות מנגנון לעדכון הסל. את העדכון מבצעת ועדה המורכבת מנציגי ההסתדרות הרפואית ומנציגי המבטחים. המנגנון מאויש ברובו על-ידי רופאים והם הקובעים אלו פרוצדורות, טכנולוגיות ותרופות יצאו מהסל או יתווספו אליו. מכנה המנגנון הזה ואופן פעולתו מעוגנים בחוק ו/או בתקנות. עיקר הוויכוח בוועדות הוא סביב הכללה בסל של טכנולוגיות רפואיות חדשניות. הנוהג הוא שבתחילה הן מתבצעות במרכזים רפואיים אקדמיים, ורק לאחר שהוכחו כמוצלחות וככדאיות, ויש להן מימון, הן מוכנסות לסל השירותים. החל מ-1986 פיתחו בהולנד ובשווייץ מנגנון לקבלת החלטות לגבי פרוצדורות רפואיות חדשות - האם הן בטוחות, יעילות, נאותות וראויות למימון ע"י המערכת הציבורית ולהכללה בסל הבסיסי.

3.2 תיאור השירותים השונים הכלולים בסלים

עד עתה תיארו את הקווים הבולטים ביותר בסלי הבריאות של מדינות הקהילה האירופית. בהסתמך על Schneider et al. נרחיב בתיאור השירותים השונים הכלולים בסלי הבריאות. התיאור מתבסס על המיון הבא של שירותי בריאות:

- * שירותי מניעה
 - * שירותים אמבולטוריים
 - * טיפול שיניים
 - * שירותים פרה-רפואיים
 - * טיפול בבית חולים
 - * תרופות
 - * עזרים רפואיים
 - * טפול ביתי
 - * שיקום
- מניתוח השוואתי שערכו המחברים עולה, כי ההטבות העיקריות הניתנות הן בצורת שירותים, הטבות בעין, (benefits in-kind) ורק מיעוטן הן הטבות כספיות (cash benefits).

(א) שירותי מניעה

לכל המדינות יש הוראות ותקנונים לגבי שירותי המניעה שבעלי המקצועות הרפואיים והפרה-רפואיים אמורים לספק לציבור. הללו כוללים: שירותי מניעה כללית - בתחום בריאות הילד (כולל מערכת חיסונים מקיפה), תכנון משפחה, טיפול ביולדת, בריאות בבית הספר ופעולות אחרות שמטרתן זיהוי ואבחון מוקדמים. בולטת במיוחד צרפת בה קיים מערך בדיקות תקופתיות קבועות עד גיל 60. למבוטחים ב-SSF יש כרטיס ביטוח בריאות אישי ובו נרשמות תוצאות המעקבים על בעיות לב וכלי דם, כליות, סוכרת, סרטן ושפעת. טיפול שיניים מניעתי - ניתן ברוב המדינות לילדי בתי הספר ולמתבגרים. דנמרק והולנד מציעות את השירות הטוב ביותר, הכולל בדיקות תקופתיות חצי-שנתיות מבוטחים המקפידים על הבדיקות התקופתיות פטורים מהשתתפות עצמית בטיפול שיניים. זהו Bonus-system, שגם גרמניה הנהיגה אותו לאחרונה. טיפול טרום-לידה (Prenatal care) - ניתן כטיפול סטנדרטי בכל המדינות. בריאות תעסוקתית - ניתנת בכל מדינות הקהילה האירופית.

(ב) טיפול אמבולטורי

טיפול אמבולטורי מסופק ברוב המדינות ע"י מערכת משולבת של רופאים עצמאיים, המקבלים תשלום לפי שירות (fee for service) ורופאים שמקבלים שכר קבוע (salary). בדרך כלל הרופאים העצמאיים הם המומחים, למעט אנגליה שם גם המומחים עובדים לפי שכר קבוע. כתשע ארצות בקהילה האירופית הטיפול האמבולטורי ניתן כהטבה בעין (benefit in-kind), כאשר הרופא מתדיין עם חברת הביטוח לגבי גובה התשלום. בבלגיה, לוקסמבורג וצרפת החולה משלם ישירות לרופא (patient-pays). באירלנד הסדר זה חל רק על השכבות החזקות יותר מבחינה כלכלית.

באנגליה, איטליה, דנמרק והולנד חופש הבחירה ברופא המשפחה וברופא המומחה מאד מוגבל. בארצות אלה המבוטח רשום אצל הרופא האישי, השולט על הגישה של החולה לרופא המומחה ולבית החולים. גם בספרד וביוון הבחירה מוגבלת. חופש בחירה רחב ברופא המשפחה יש באירלנד, בלגיה, גרמניה, לוקסמבורג, פורטוגל וצרפת. מבין הארצות הללו מוגבלת הבחירה ברופא מומחה באירלנד ובפורטוגל.

(ג) טיפול שיניים

בארצות הקהילה האירופית, הכיסוי של טיפול שיניים מצומצם יותר מהכיסוי של שירותים רפואיים אחרים. שירותי טיפול שיניים כוללים בדיקות שגרתיות, טיפול אורתודנטי, סתימות ושיניים תותבות. כמעט בכל ארצות הקהילה האירופית המבוטחים משתתפים בשיעורים הנעים בין 20% ל-100% מעלות הטיפול. ההשתתפות בטיפול שיניים שגרתיים ובפעולות לשימור השן היא נמוכה, למעט דנמרק בה היא מגיעה עד 50%. ההשתתפות בתשלום עבור שיניים תותבות גבוהה, ומגיעה לעתים עד 100%.

(ד) שירותים פארה-רפואיים

בחומר שנסקר יש הגדרות שונות לסוגי השירותים הפארה-רפואיים הכלולים בסלים השונים. לעתים הם כוללים שירותי פיוזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור ושירותים פסיכולוגיים, ולעתים הם כוללים גם רפואה אלטרנטיבית כגון, הומופטיה, אקופנקטורה, רפואת עשבים, נטורופטיה ואוסטיאופטיה. בגרמניה, צרפת ושווייץ נכללים טיפולים תרמיים במרחצאות בסל הבסיסי. המאפיין הבולט ביותר הוא כי כל הארצות עם ביטוח בריאות חובה מכסות חלקית את שירותי הפיזיותרפיה כאשר רופא ציין כי יש צורך בכך. לגבי שאר השירותים הפארה-רפואיים הדו"ח לא מציין במפורט מה כלול בסל של כל מדינה. ההשתתפות העצמית בשירותים פארה-רפואיים נעה בין 0% ל-40%.

(ה) טיפול בבית-חולים

מכלל הוצאות הבריאות ההוצאה הכבדה ביותר היא על אשפוז בבתי חולים. בחמש מארצות הקהילה (בלגיה, צרפת, גרמניה, אטליה ולוקסמבורג) התשלום עבור השירות מורכב מהשתתפות של המבוטח על בסיס תעריף אשפוז יומי. בצרפת יש השתתפות עצמית של המבוטח בשיטת ה-co-payment וה-co-insurance. במדינות בהן קיימת השתתפות עצמית באשפוז, היא בדרך כלל בגובה של עד 20% מהעלות, אך באירלנד קבוצות החריגים פטורה לחלוטין מהשתתפות עצמית באשפוז. כשבע מדינות (בלגיה, גרמניה, יוון, לוקסמבורג, ספרד, פורטוגל וצרפת) יש בחירה חופשית של בית חולים. במדינות האחרות חופש הבחירה מוגבל.

(ו) תרופות

כיסוי התרופות מהווה חלק אינטגרלי מכל סלי הבריאות הבסיסיים בארצות הקהילה. בכל המדינות יש השתתפות של המבוטחים (co-insurance) לפי קבוצות של תרופות, והיא נעה בין 0% ל-100% מעלות התרופה, בדרך כלל מגיעה עד 50%. ההשתתפות העצמית הנמוכה ביותר היא ביוון (20%). ההשתתפות העצמית הממוצעת הגבוהה ביותר היא בדנמרק, איטליה, פורטוגל וספרד. בכל המדינות יש פיקוח של

המדינה על גובה מחירי התרופות. בכל מדינה יש רשימות של תרופות (מעין פנקסי תרופות) שעבורן החולה מקבל החזר חלקי (positive list) או שעבורן אין הוא מקבל החזר כלל (negative list). באנגליה, גרמניה, הולנד ולוקסמבורג קיימת השיטה השנייה. בחלק מהמדינות פועלות שתי השיטות גם יחד.

(ז) עזרים רפואיים

בדו"ח של Schneider אין התייחסות מפורטת לנושא זה. מן הדו"ח עולה, כי בכל המדינות יש השתתפות עצמית של המבוטחים בתשלום עבור שירות זה. העזרים הנפוצים ביותר הם עזרי ראייה ושמיעה וההשתתפות העצמית בהם מגיעה ל-50%.

(ח) טיפול ביתי (רפואי)

יש הבדלים גדולים בין ארצות אירופה במתן טיפול ביתי למבוטחים החולים בבית או לאחר שחרור מבית חולים. בדרך כלל הטיפול הוא מצומצם אך בשנים האחרונות הולכת וגוברת מגמת ההרחבה של שירותי טיפול בית. טיפול בית שכיח יותר באנגליה, אירלנד, בלגיה, דנמרק והולנד. כבלגיה, מאז 1983, נמצא הטיפול הביתי בעדיפות עליונה על סדר היום של הממשל, ואילו בדנמרק - סיעוד ביתי (home nursing) הוא שירות חובה למערכות הקהילתיות. בכל המדינות יש תכנית להרחיב את הטיפול הביתי הרפואי במיסגרת הביטוח הבסיסי.

טיפול ממושך

הצרכים בתחום הטיפול הממושך הולכים וגדלים בגלל הזדקנות האוכלוסיה ובגלל המדיניות להחזיק חולים כרוניים מחוץ למוסדות האקוטיים. Schneider et al. מציגים נתונים על מיטות מוסדיות אך לא מרחיבים את הדיבור בנושא הזכאיות. לפי Glaser יש הבדלים בין הארצות כהבנתן את השילוב בין שירותים אקוטים רפואיים ובין שירותים לא-רפואיים, וכן באופן אספקת שירותי הרווחה והשירותים האישיים.

המדינות רגילות לממן שירותים אקוטיים, אך המציאות דוחפת אותן לממן גם שירותי טיפול ממושך. הפילוסופיה של סולידריות חברתית, שגרמה לכך שהגמלאים יקבלו ביטוח אקוטי מלא ללא קשר לתשלום, יוצרת לחץ ציבורי לנהוג כך גם לגבי טיפול ממושך.

כל המדינות מתלבטות לגבי תוכן סל הטיפול הממושך, מקור המימון שלו וארגון המערכת. בחלק מהמדינות מתגברים על בעיית המימון של שירותי טיפול ממושך בעזרת כספי הפנסיות והביטוח הרפואי גם יחד. להלן מספר דוגמאות: בציריך שבשווייץ הוסיפו ב-1986 לפוליסת הביטוח הרגילה טיפול בית ע"י צוות רפואי וכן גם טיפול אישי. בהולנד ממומן השירות ע"י מערכת הביטוח הלאומי. לדברי המחברים זהו פתרון טוב אך יקר (אין פירוט מה כלול בסל ההולנדי).

(ט) שיקום

שיקום מהווה חלק מתכניות הבטחון הסוציאלי (social security system) בארצות הקהילה האירופית. הוא ניתן בבתי חולים, במרכזי שיקום ובקהילה. בשיקום בעקבות תאונת עבודה או מחלה מקצועית מכסות כל המדינות תרופות והסעה ללא תשלום (וללא קשר לרמת הכנסה של המבוטח).

3.2.2 הטבות כספיות (cash benefits)

כאמור, בנוסף להטבות בעין קיימות גם הטבות בצורת מענקים כספיים ישירים. בכל ארצות הקהילה האירופית מעניק הביטוח דמי לידה, דמי מחלה ומענק פטירה. מענק פטירה לא ניתן באיטליה.

פירוט המרכיבים העקריים של סלי הבריאות של 12 מדינות הקהילה האירופית מופיע בנספח א'.

4. רפורמות בסלי שירותי בריאות בארבע ארצות נבחרות באירופה:
גרמניה, אירלנד, הולנד, אנגליה

הדיון הציבורי על הרפורמות הדרושות במערכות הבריאות השונות, כולל סלי השירותים, הולך ומתרחב. הסקירה של Schneider et al. מסכמת כמה מעיקרי הרעיונות של הרפורמות המוצעות, או שהתבצעו לאחרונה, בסלי שירותי בריאות בארבע מארצות אירופה: גרמניה, אירלנד, הולנד, אנגליה.

ההצעות לרפורמות נובעות מחוסר יעילות מתמשך במערכת שירותי הבריאות ומגידול ניכר בעלויות השירותים. לפיכך כל ההצעות עוסקות במועילות-עלות (cost-effectiveness) ובריסון עלויות, וכן בחיפוש אחר הגדרה של "שירותים בסיסיים" העונים על צורכי האוכלוסייה. למדינות השונות יש סדרי עדיפויות שונים בקביעת סל השירותים הבסיסי שהן מספקות לאוכלוסייה. סדר העדיפויות של כל מדינה מושפע ממבנה המערכת הקיימת ומעמדות ודעות שונות לגבי האופן בו ניתן להגיע למצב אופטימלי של מימון שירותי בריאות ואספקתם. המכנה המשותף לכל ארבע הארצות הוא המאמץ להגביר את היעילות באמצעות הגדלת חופש הבחירה של הצרכן במבטח ו/או בספק שירותי הבריאות, ובאמצעות יצירת תחרות מבוקרת בין הגורמים השונים.

להלן נפרט את עיקרי הרעיונות המועלים במדינות הללו.

גרמניה

הדו"ח מתייחס למצב במערב גרמניה עד 1.1.92 באותה תקופה 75% מהאוכלוסייה היו מבוטחים בביטוח בריאות חובה על-פי הדגם של SSF, כאשר כל מבוטח יכול לבחור בקופה שבאמצעותה ברצונו לקבל את השירות. כ-15% היו מבוטחים במערכת ביטוחית וולונטרית במיסגרת SSF. בנוסף, ל-19.3% היה ביטוח באמצעות גורמים פרטיים. (לכ-13% מהאוכלוסייה היה ביטוח פרטי חלקי ול-6.4% היה ביטוח פרטי מלא, כלומר ביטוח שכיסה שירותים דומים לאלה הכלולים בסל השירותים הבסיסי הציבורי, ואף יותר מכך).

הרפורמה הגרמנית מכוונת בעיקר לעיצוב מחודש של הסל ולהגדלת מרכיב ההשתתפות העצמית של המבוטח בדרך של co-payment ו/או של co-insurance. ואכן השתתפות עצמית קיימת בכל השירותים למעט רופא בטיפול אמבולטורי. עפ"י חוק הבריאות מ-1989 הוצאו הטבות מסויימות מן הסל (הדו"ח לא מפרט), שירותים חדשים נוספו (לא מפורט) ושירותים מסויימים הורחבו: מניעה כללית, טיפול שיניים מונע, בדיקות תקופתיות וטיפול בית. השלכות החוק הן שמערכת התגמולים קטנה.

סל שירותי הבריאות כולל:

- מניעת מחלות במסגרת הטיפול הראשוני והשניוני
- מתן מידע על סיכוני בריאות וחינוך לבריאות לכל
- טיפול שיניים פרופילקטי לילדים ולמתבגרים
- שירותי ניטור לאבחון מחלת כליות, סוכרת, מחלות בכלי הדם וסרטן
- טיפול אמבולטורי
- טיפול שיניים, תותבות, אורתודנטיה
- עזרים רפואיים
- טיפול רפואי בבתי הקשישים ועזרה ביתית לקשישים
- טיפול תומך שיקומי ותעסוקתי
- טיפול בבתי החולים
- שיקום

הולנד

כ-70% מהאוכלוסייה מבוטחים בביטוח הבריאות הסוציאלי (SSF). 39% מהאוכלוסייה מבוטח בביטוח פרטי (חלקי או מלא). מגמת הרפורמה בהולנד לחזק את כוחות השוק. לפיכך לכל אזרח יש סל בסיסי המכסה בערך 85% מההוצאות של שירותי הבריאות הקיימים ואילו השאר מכוסה באמצעות ביטוח משלים.

דו"ח ועדת Dekker משנת 1986 קבע כי הסל הבסיסי צריך לכלול:

- טיפול מניעתי
 - טיפול באשה הרה ובילדת
 - טיפול סיעודי וטיפול רפואי לחולה הכרוני ולזקוקים לעזרה (כאשפוז, בטיפול יום ובטיפול ביתי)
 - שיקום וטיפול בנכים
 - שיקום כאשפוז ובטיפול יום
 - טיפול רפואי וניתוחי, ובמידת הצורך ליווי שלו בטיפול סיעודי לטווח קצר,
 - טיפול פסיכולוגי
 - טיפול רפואי וסיעודי לחולי נפש ונכים (טיפול יום, טיול בתוך בתי חולים, בתוך מרפאות ובדיר מוגן).
 - טיפול בנכים שנפגעו בחושיהם
 - טיפול שיניים למבוטחים מתחת לגיל 18
- כמו כן יש כוונה לכלול בסל הבסיסי מספר שירותים לחולי נפש, אשר לא כלולים בו אך מסופקים לציבור באמצעות מימון של המערכת הציבורית. השירותים הם: עזרה ביתית, שירותים חברתיים ועבודה איתם (הדו"ח לא מפרט למה הכוונה).

לפי דו"ח ועדת Dekker, הביטוח המשלים הוולונטרי צריך לכלול:

- תרופות (מחוז לאשפוז)
- עזרים רפואיים וחלקים מלאכותיים
- שירות פארה-רפואי בקהילה (פיזיותרפיה, ריפוי בדיבור, remedial therapy)
- טיפול שיניים לבני 18 ומעלה
- סיעוד רפואי בבית ובמרכזי בריאות לבני שנה ומעלה
- נתוחים פלסטיים קוסמטיים
- הפריית מבחנה
- הפלות
- עיקור

אירלנד

כלל אוכלוסיית אירלנד מבוטחת במסגרת ביטוח בריאות ממלכתי (NHS). 30% מהאוכלוסייה מבוטחים כנוסף כביטוח פרטי. מגמת הרפורמה באירלנד, בדומה לזו באנגליה, היתה לשפר את היעילות על-ידי ביזור תהליכי קבלת החלטות בתוך ארגוני הבריאות, יצירת תחרות בין הספקים, בקרה על מועילות-עלות, שינוי שיטת התשלום לרופא הכללי ומתן תמריצים לבתי חולים.

לפי החקיקה מ-1989 הסל כולל:

- טיפול ראשוני
- תכנית להגנת בריאות הקהילה
- מניעה של מחלות זיהומיות
- בדיקות בריאות לילדים
- חינוך לבריאות ושירותי בריאות קהילתיים
- טיפול ע"י רופא המשפחה, כולל מתן מרשמים לתרופות
- בחירה חופשית ברופא
- שירותי סיעוד
- שירותי תכנון משפחה
- טיפול שיניים
- רפואת עיניים
- טיפול בבתי החולים
- טיפול ממושך ועזרה ביתית
- שירותים סוציאליים אישיים

אנגליה

כלל אוכלוסיית המדינה מבוטחת במסגרת ביטוח בריאות ממלכתי (NHS). ל-15.3% יש בנוסף ביטוח פרטי. בשלוש השנים האחרונות פורסמו באנגליה שני מסמכי רפורמה עם נגיעה לסל שירותים. האחד הוא ה-Working for the Patient Paper מ-1989. המסמך קורא למתן טיפול טוב יותר וחופש בחירה רב יותר למבוטחים. לפי מסמך זה על הסל לכלול:

- טיפול בתאונות ומתן שירותי חירום
- קבלה מיידית לבתי חולים כלליים, גריאטרים ופסיכיאטריים
- טיפול במרפאות חוץ וכן טיפול תומך
- שירותי בריאות הציבור ושירותים קהילתיים
- שירותי בתי חולים מקומיים

במסמך מאוחר יותר, National Health Service and Community Care Act 1990, יש התייחסות לשירותי הרפואה הראשוניים בקהילה. הדגש הוא על הארגון והמימון של המערכת ולא על סוגי השירותים המסופקים על-ידה.

5. סיכום

מהסקירה עולה כי בכל ארצות הקהילה האירופית קיימת הכרה בצרכים הבסיסיים של האזרחים ובצורך להבטיח להם סל שירותים בסיסי. התרגום של ההכרה הזאת לפרקטיקה היומיומית שונה ממדינה למדינה. לאור השוני הזה, קשה במיוחד למעצבי המדיניות של הקהילה האירופית המשותפת להגיע להסדרי ביטוח משותפים לכל החברות בקהילה, וקשה לנבא כיצד ייראה סל השירותים שלהן בעתיד.

יחד עם זאת מספר מגמות הולכות ומתרחבות, ונראה כי הן עשויות להתקיים הן בסלים הנפרדים בכל מדינה והן בסל משותף, כאשר יהיה כזה. המגמות הן:

- ביטוח בריאות חובה, תוך ריבוי של מבטחים וספקים המתחרים ביניהם בתחרות מבוקרת על-ידי המדינה.

- הגדרת סל בסיסי רחב הכולל: שירותים רפואיים אמבולטוריים ובבית חולים; תרופות; שירותי מניעה (חיסונים, בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות, בדיקות מעקב לנשים בהריון ולילדים, בריאות תעסוקתית וחינוך לבריאות); טיפול שיניים מניעתי ומשמר; שירותי שיקום (בעיקר פיזיותרפיה וריפוי בדיבור), עזרים רפואיים ופרוטזות; טיפול בית רפואי וכן טיפול ממושך לחולים כרוניים ולקשישים.

- זמינות של סלי ביטוח משלימים לשירותים שאינם כלולים בסלים הבסיסיים, או להבטחת תנאי אספקה משופרים לשירותים הכלולים בסל. הללו מסופקים לעתים על-ידי קופות ציבוריות ולעתים על-ידי מבטחים מסחריים.

- זמינות של ביטוחים פרטיים המספקים בדרך כלל שירותים משלימים לביטוח הבסיסי, ביטוחים נוספים לחלק מהשירותים, וביטוחים חלופיים למכלול השירותים המסופקים ע"י הביטוח הציבורי.

- מרכיבים של השתתפות עצמית במתכונת של co-payment ו/או של co-insurance (למשל בתרופות, בביקור אצל רופא, באשפוז, בעזרים), תוך שחרור מחובה זו של קבוצות אוכלוסייה מיוחדות (כגון ילדים עד גיל 16, נכים, אלמנות, קשישים, כודדים, בעלי הכנסה נמוכה).

- חופש בחירה ברופא ובמסגרת הטיפול, כאשר חופש בחירה רב יותר כרוך בהשתתפות עצמית גבוהה יותר.

- פרסום של הסל באופן כללי בחוק בריאות, ובאופן ספציפי בתקנות, שאותן מאשרת ועדה מיוחדת לעדכון הסל. בוועדה שותפים נציגי ההסתדרות הרפואית, נציגי המבטחים ונציגי ספקי השירותים.

העיצוב המחודש של הסלים אמור להבטיח מימוש של עקרונות ויעדים מרכזיים ברפורמות. אלה כוללים: הפחתה וריסון עלויות, נגישות שווה למערכת, מועילות-עלות, שירות איכותי, התייעלות והרחבה של שירותי המניעה.

- 1) Schneider, M., Dennerlein, R.K.H., Kose, A. and Scholtes L.
1992."Health Care in the EC Member States".
Health Policy. Special Issue, (1992) Vol. 20, No. 1+2
- 2) Glaser, A.W. 1988."Financial Decisions in European Health
Insurance". New School for Social Research, New York, N.Y.
(unpublished manuscript).
- 3) Glaser A.W. 1991." Health Insurance in Practice".
San Francisco. Jossey-Bass Inc.
- 4) Ham C. 1991."The New National Health Service, Organization and
Management". Radcliffe Medical Press, Oxford.

מרכיבים עיקריים של פלי שירותים בריאות
ב- 12 מדינות המסילה האירופית, 1992

מקור:

Schneider, M.; Dennerlein, K.H.R.; Kose, A.; and Scholtes, L.
(1992). "Health Care in the EC Member States". Health Policy
(Special Issue), Vol. 20(1+2).

מאפייני הביטוחים הפרטיים והמשלימים	מאפייני הביטוח הציבורי הבסיסי	
לכ- 15.5% מהאוכלוסייה יש ביטוח משלים באמצעות חברות ביטוח פרטיות. מכסה בתי-חולים פרטיים, מרפאות חוץ, טיפול שיניים, דמי מחלה, ודמי אשפוז יומי.	<u>סלי שירותים:</u> מניעה: מערכת חיסונים מקיפה לגבי צהבת זיהומית לילדים, לקשישים, לצרכני סמים, להומוסקסואלים, לפרוצות ולעובדי בריאות¹ טיפול אמבולטורי: שירות על-ידי GP המפנה לרופא מומחה. רופאים גינקולוגים, אופטיקאים ורופאי שיניים יכולים לתת ייעוץ ללא הפניה מוקדמת על-ידי GP. יש השתתפות של 40% בתשלומים עבור צילומי רנטגן, בדיקות מעבדה ועבור סונוגרפיה. טיפול שיניים: בחינם. לא כולל תותבות. טיפול בבית-חולים: הקבלה לבית-חולים היא ללא תשלום. יש השתתפות חלקית באשפוז. תרופות: יש השתתפות שאינה חלה על חריגים². עזרים: יש השתתפות עצמית עד 50%. טיפול ביתי: אין השתתפות. מסופק על ידי הממשלה + ארגוני צדקה. שיקום: יש השתתפות.	<u>סוג הביטוח:</u> NHS. מכסה 100% מהאוכלוסייה. השתתפות עצמית: יש ב: * בדיקות * תרופות * טיפול בבית-חולים * עזרים * משקפיים * טיפול פיזיותרפי * שיקום יש חריגים שפטורים

1 איטליה היא המדינה הראשונה בעולם שהנהיגה חיסון מקיף נגד צהבת זיהומית.

2 חריגים:
* משפחות בעלות הכנסה נמוכה
* טיפולים חיוניים כמו דלקת פרקים, גלאוקומה ואפילפסיה
* בזמן אשפוז אין משלמים על תרופות.

מאפייני הביטוחים הפרטיים והמשלימים	מאפייני הביטוח הציבורי הבסיסי
ביטוחים פרטיים: 30% מהאוכלוסייה מבוטחים באמצעות ביטוחים פרטיים, המספקים רמות שונות של "מלונאות" במחלקות פרטיות; השתתפות בטיפול רפואי במחלקות ציבוריות; ייעוץ במרפאות חוץ.	סוג הביטוח: NHS. מכסה 100% של האוכלוסייה. השתתפות עצמית: לפי יכולת כלכלית¹ יש השתתפות דיפרנציאלית ב: * טיפול אמבולטורי תרופות * עזרים רפואיים * טיפול בבית-חולים מניעה: יש screening של צוואר הרחם, סרטן השד, ממוגרפיה וי.ל.ד. על-ידי הרופאים הכלליים. טיפול ביילוד ובאם (פרה-נטאלי ופוסט-נטאלי) מוענק חינם לקטיגוריות I ו-II. טיפול אמבולטורי: בקטיגוריה I יש להתיעץ עם GP, במתן מרשמים רפואיים. יש בחירה חופשית ברופאים. בקטיגוריה II - זכאים לכל הטיפולים חוץ מטיפול שיניים ואופטומולוגיה. בקטיגוריה III - כמו לקטיגוריה II, אלא עם השתתפות עצמית בתשלום לייעוץ בבית-חולים. לא זכאים לטיפול ציבורי באם ובילד. טיפול שיניים: חינם לקטיגוריה I; קטיגוריות II ו-III אינם זכאים לטיפול שיניים המסובסד על-ידי הציבור. טיפול פארה-רפואי: פיזיותרפיה, כירופודיה, מרפאים בדיבור ואחיות בבית-חולים. טיפול בבית-חולים: קטיגוריה I - ללא תשלום. קטיגוריות II ו-III חייבים בתשלום מלא עבור התרופה ובמקרים מסוימים יש החזר חלקי. בקבוצה זו חולי נפש, נכים וילדים מתחת לגיל 16 אינם צריכים לשלם עבור תרופות. עזרים רפואיים: ללא תשלום לקטיגוריה I; קטיגוריות II ו-III יקבלו סיוע. טיפול ביתי: מסופק על-ידי אחיות בקהילה וכולל: * טיפול בחולה האקוטי * טיפול בחולה הכרוני * השגחה ותמיכה בקשיש * טיפול ותמיכה בנכה * חיזוק וקידום בריאות שיקום: קיים לגבי נכות מתמשכת; משולם על-ידי Health Board.

1 ישנן שלוש קטיגוריות זכאות הנקבעות על-פי גובה ההכנסה, מספר בני המשפחה, הוצאות מסוימות למשק הבית (לא ברור) ותנאים נוספים כמו קיצבאות ביטוח לאומי.
אנשים בקטיגוריה I (החלשים מבחינה סוציו-כלכלית) פטורים מתשלום מס בריאות ומהשתתפות עצמית. בשתי הקטיגוריות האחרות משלמים 1.25% מההכנסה מס בריאות וכן יש השתתפות עצמית, נמוכה יחסית, בכל סוגי השירותים.

מאפייני הביטוחים הפרטיים והמשלימים	מאפייני הביטוח הציבורי הבסיסי
ל-15.3% מהאוכלוסייה יש ביטוח פרטי. הטבות הביטוח הפרטי: טיפול על-ידי רופא מומחה במרפאות חוץ ופנים. אין כיסוי לגבי עזרה ראשונה, לידות רגילות, מחלות ממושכות, תרופות במהלך טיפול בבית-חולים וטיפול חוץ (יום) לקשיש.	<u>סוג הביטוח:</u> NHS. מכסה 100% מהאוכלוסייה. מתן שירות חינוך ללא תלות בגובה משכורת המבוטח. יש הטבות בעין. <u>השתתפות עצמית:</u> יש השתתפות (Co-payment) ב: * תרופות * טיפול שיניים * עזרי ראייה * פיזיותרפיה <u>סל השירותים:</u> <u>מניעה:</u> להבטחת שירותי מניעה וחינוך (אין פירוט). <u>טיפול אמבולטורי:</u> שירות של GP שתפקידו המרכזי הוא אחריות על הטיפול האמבולטורי. לחולה אין חופש מוחלט לשנות GP. <u>טיפול שיניים:</u> החולה בעל חופש בחירה לקבל טיפול על-ידי רופא עצמאי. אין השתתפות בתשלום לגבי: * בדיקה קלינית * תיקון תותבות * הפסקת דימום שאר הטיפולים טעונים Co payment. יש חריגים שפטורים מתשלום.² טיפול בבית-חולים: מכוסה על ידי ה-NHS; לשר"פ - אין כיסוי. תרופות: יש אחוזי השתתפות חוץ מחריגים שפטורים.³ עזרים רפואיים וציוד: בדיקות עיניים - ללא תשלום. 50% - השתתפות עצמית לגבי משקפיים, חוץ מחריגים.⁴ טיפול ביתי: ללא תשלום. שיקום: יש העדפה לקבוצות חלשות של חולי נפש ונכים.

1 הטבות בתשלום ניתנות על-ידי הביטוח הלאומי

- 2 * ילדים מתחת לגיל 16
* מתבגרים בגילאי 16-19 בזמן לימודיהם
* נשים הרות ואמהות לתינוקות עד גיל שנה
* כל זכאי ההטבות המשלימות

- 3 * חולים כרוניים
* ילדים מתחת לגיל 16
* גברים מעל 65; נשים מעל 60
* נשים הרות ואמהות לתינוקות עד גיל שנה
* פנסיונרים
* בעלי משכורות נמוכות
* חולים כרוניים

- 4 * ילדים בזמן לימודיהם
* בעלי קושי חמור בראייה

מאפייני הביטוחים הפרטיים והמשלימים	מאפייני הביטוח הציבורי הבסיסי
ל-60% מתושבי בלגיה יש ביטוחים משלימים באמצעות המערכת הפרטית. הם מציעים כיסוי לבתי החלמה, עזרים רפואיים, טיפול סיעודי ועזרה ביתית. ביטוחים פרטיים אחרים יש לאחוזים בודדים באוכלוסייה (לא מצויין כמה) והם מכסים תאונות עבודה, דמי מחלה ואובדן הכנסה. וכן שירותים כגון טיפולי מרחצאות או הסעות.	<u>סוג הביטוח:</u> SSF. רוב הציבור מבוטח על-ידי SSF (קופת חולים)¹. <u>השתתפות עצמית:</u> קיימת בכל השירותים, אך חריגים² פטורים. <u>סל השירותים:</u> <u>מניעה:</u> מערכת של מניעת מחלות תעסוקתיות והפחתת סיכונים. אין מערכת של Screening. <u>שירות אמבולטורי:</u> יש בחירה חופשית ברופא כללי ובמומחה. השתתפות עצמית - 25%. חריגים - 15%. <u>טיפול שיניים:</u> השתתפות עצמית - 25%. חריגים - 0%. <u>טיפול פארה-רפואי:</u> טיפול פיזיותרפי וטיפולים טיבעיים מסובסדים על-ידי SSF. השתתפות עצמית - 40%. חריגים - 20%. <u>טיפול בבית-חולים:</u> יש השתתפות עצמית (Co insurance) של 25% לגבי חריגים - האחוז נמוך יותר. תרופות: לגבי תרופות ברשימה החיובית יש השתתפות עצמית שנעה בין 0%-50%, ולגבי חריגים - 0%-50%. תרופות לסרטן, שחפת, אפילפסיה וסכרת מכוסות על ידי חברת הביטוח. <u>עזרים רפואיים:</u> יש השתתפות עצמית לגבי משקפיים ופרוטזות אורטופדיות. לגבי טיפולים פיזיותרפיים ההשתתפות העצמית נעה בין 25%-40% ולגבי חריגים נעה בין 10%-20%. לגבי שאר העזרים, אין השתתפות. טיפול ביתי: קיים. <u>שיקום:</u> מיועד לאותם אנשים בעלי 30% נכות פיזית או בעלי 20% נכות נפשית. השיקום עוסק בזיהוי הנכה, בשיקום רפואי ופונקציונאלי והכוונה תעסוקתית ולימוד, עזרה במציאת עבודה וסיוע סוציאלי.

1 בבלגיה יש 1,754 SSF, המאורגנים תחת שישה ארגוני-גג.

2 חריגים: אלמנות, יתומים, נכים וגמלאים בעלי הכנסה נמוכה.

לוח 5: גרמניה (61 מיליון תושבים)

מאפייני הביטוחים הפרטיים והמשלימים	מאפייני הביטוח הציבורי הבסיסי	
19.3% מהאוכלוסייה בעלי ביטוח פרטי. ל-6.4% הביטוח הפרטי הזה מכסה את הסל הבסיסי.	<u>סל שירותים:</u> מניעה: כוללת חיסונים, מעקב אחר נשים הרות, טיפול פרה-נטאלי, חינוך לבריאות. ילדים עד גיל 6 זכאים לאיבחון מוקדם של מחלות המהוות סיכון להתפתחות הפיזית והנפשית. חולים מעל גיל 35 חייבים בבדיקה כל שנתיים, המזהה בעיות בכלי הדם, בתפקוד לב, כליות וסוכרת. כל הנשים המבוטחות, מעל גיל 20 וגברים מעל 45 זכאים ל-screening שנתי של סרטן. טיפול אמבולטורי: ניתנת זכות בחירה חופשית ברופא, ללא תשלום. טיפול שניני: טיפול מניעתי לשיניים עד גיל 12. בגילים 20-21 כל שישה חודשים. יש השתתפות של 40%-60% בתותבות. אין תשלום עבור טיפול שיניים בסיסי (יש חריגים סוציאליים הפטורים מתשלום). טיפול אורתודנטי - יש 20% דמי השתתפות; הנחה של 10% לילד שני ושלישי. פארה-רפואי: השתתפות של 10% עבור טיפול פיזיותרפיה. טיפול בבית-חולים: החולה חופשי לבחור בית-חולים. הרופא המפנה לבית-חולים חייב לקחת בחשבון את גורם ה-cost-effectiveness והוא מצויד ברשימת עלויות השוואתיות. על המבוטח לשלם % מסוים כבר ביום הראשון לאשפוז ועד 14 יום. במקרים של SPA או מרפאות, על המבוטח לשלם % מסוים ל-SSF, להוציא ילדים עד 18, הזכאים לטיפול חינוכי. תרופות: על המבוטח לשלם % מסוים לרוקח עבור מרשם רפואי. על החולה לשלם את ההפרש בין מחיר התקרה (ceiling) והמחיר בחנות (retail). גם במקרה זה קיימת רשימת תרופות המוצעת לחולה כדי לשפר עלות/תועלת. עזרים: תשלום קבוע המשולם על ידי ה-SSF עבור משקפיים, להוציא עזרים עבור ילדים מתחת לגיל 14. לעדשות משלמים רק בלווית בדיקה רפואית. טיפול ביתי: יש השתתפות מסוימת של בני משפחה. קבלת סיוע: בצורת תחליף של 25 שעות בחודש. שיקום: יש השתתפות של 10% עבור טיפולים אמבולטוריים.	<u>סוג הביטוח:</u> SSF. 75% מהאוכלוסייה מכוסים בביטוח חובה. כ-15% מבוטחים במערכת ביטוחית וולונטרית אחרת במסגרת ה-SSF. <u>השתתפות עצמית:</u> יש בכל השירותים למעט רופא בטיפול אמבולטורי. יש חריגים שפטורים.

מאפייני הביטוחים הפרטיים והמשלימים	מאפייני הביטוח הציבורי הבסיסי	
ביטוח פרטי יש ל-20% מהאוכלוסייה. לא מצוין מה מכסים ביטוחים אלה.	<u>סל שירותים:</u> מניעה: טיפול ללא תשלום. (1) טיפול פרינטלי והדרכה (2) ביקורי אחות בבית הילד (3) שירותי מניעה הכוללים 8 בדיקות על-ידי רופא, מגיל 5 שבועות עד גיל 5 שנים. (4) חיסוני ילדים עד גיל 13. (5) חינוך לבריאות בבית-חולים. (6) שירותי בריאות תעסוקתית. (7) שירותי מניעה אחרים: שירותי פסיכולוג, שירות עיקור לבני 25+, הפלות במשך 12 השבועות הראשונים, screening, לסרטן הרחם והשד ולאיידיס. טיפול שיניים: ילדים עד גיל 16 מקבלים טיפול חינם. למבוגרים יותר יש השתתפות בין 40%-50%. טיפול אמבולטורי: המבוטח יכול לבחור בין שתי קבוצות של כיסוי בנוגע לבחירה חופשית של הרופא. רוב האנשים (96%) שייכים לקבוצה I. הם חייבים להרשם אצל GP אשר עשוי להתחלף תוך שנה. כנ"ל לגבי רופאי שיניים. 4% שייכים לקבוצה II אשר חופשית לבחור GP תמורת השתתפות עצמית. טיפול בבית-חולים: אינו כרוך בתשלום כלשהו לגבי שתי הקבוצות. טיפול פארה-רפואי: לגבי פיזיותרפיה יש החזר חלקי. תרופות: קבוצה I - 25% השתתפות; קבוצה II - 50% השתתפות. עזרים וציוד: ל-2 הקבוצות יש השתתפות על בסיס % מסוים. טיפול ביתי: חובה על כל הקהילות המקומיות, כולל: טיפול על-ידי אחיות והסעה. שיקום: מחוץ לבית-חולים או בתוך בית-חולים - ללא תשלום.	<u>סוג הביטוח:</u> NHS. מכסה 100% מהאוכלוסייה. <u>השתתפות עצמית:</u> יש ב: * טיפולי שיניים. * עבור GP בקרב קבוצת כיסוי מסוימת.

מאפייני הביטוחים הפרטיים והמשלימים	מאפייני הביטוח הציבורי הבסיסי
39% מהאוכלוסייה מבוטחים בביטוח פרטי. קיים ביטוח משלים לגבי תותבות והומאופטיה.	<u>סוג הביטוח:</u> SSF. מכסה כ- 70% מהאוכלוסייה. <u>השתתפות עצמית:</u> * עזרים רפואיים וציוד. * טיפול שיניים פטור מ-Co-insurance אם באים למעקב כל 6 חודשים. * שיקום <u>סל השירותים:</u> מניעה: גילוי מוקדם של מחלות. טיפול אמבולטורי: שירות של GP שמתחשב בצרכים החברתיים והמקצועיים של החולה ומשפחתו. הרופאים מתוגמלים על-ידי קפיטציה כדי לראות רופא מומחה יש צורך בהפניה על-ידי GP. יש רפואה אלטרנטיבית: הומאופטיה; אקופונקטורה. טיפול שיניים: יש טיפול מניעתי הכולל בדיקות חובה כל חצי שנה. אלו שלא עוברים אותן ישלמו בין 0%-100%. תותבות אינן מכוסות על ידי הביטוח. טיפול פארה-רפואי: יש החזר לטיפול פיזיותרפיה מרשמיים. טיפולים מעל 12 פגישות טעונים אישור מיוחד. טיפול בבית-חולים: ללא תשלום. תרופות: ללא תשלום. עזרים: יש החזר מלא לעזרי שמיעה. על החולה לשלם 10% על תוספת המחיר כאשר הוא עובר את הסכום המוקצה להחזר מלא. למסגרות משקפיים אין החזר. טיפול ביתי: הוצאות לטיפול חוץ מכוסות. על המבוטח להשתתף בהוצאות טיפולי מרפאות פנים, בהתאם לגובה ההכנסה. שיקום: יש השתתפות עצמית.

מאפייני הביטוחים הפרטיים והמשלימים	מאפייני הביטוח הציבורי הבסיסי	
5% מהאוכלוסייה מבוטחים בביטוח פרטי. מכסה ביטוח חיים, דמי מחלה, וטיפול רפואי נוסף.	<u>סל שירותים:</u> מניעה: יש בנייה מחדש של שירותי בריאות הנפש וחינוך לבריאות (אין פירוט). טיפול אמבולטורי: פטור מתשלום אך אין חופש בחירה באופן אוטומטי. יש למלא בקשה. טיפול שיניים: במרכזי בריאות אין השתתפות. לגבי תותבות - השתתפות של 50%. טיפול פארה-רפואי: יש מעט שירותים מסוג זה. טיפול בבית-חולים: בבתי-חולים פרטיים יש השתתפות של 10%-20% של החולה. תרופות: יש השתתפות עצמית של 10%-25% לגבי תרופות ברשימה חיובית, תלוי בסוג הקופה. עזרים רפואיים: יש השתתפות עצמית לגבי פרוטזות, עזרי שמיעה; לא יותר מ- 25%. שיקום: במחלות תעסוקתיות חופשי המבוטח מהשתתפות גם לגבי תרופות.	<u>סוג הביטוח:</u> NHS. מכסה 100% מהאוכלוסייה. <u>השתתפות עצמית:</u> יש ב: * טיפול שיניים * תרופות * עזרים רפואיים * שיקום

מאפייני הביטוחים הפרטיים והמשלימים	מאפייני הביטוח הציבורי הבסיסי
קיים ביטוח משלים המציע הטבות במקרה של מחלה, נכות, זיקנה והריון. ל-65% יש ביטוח משלים באמצעות Mutual Health Insurance. ל-15% יש ביטוחים משלימים מסחרים.	סוג הביטוח: SSF. מכסה 100% מהאוכלוסייה. השתתפות עצמית: קיימת ב: * טיפולי שיניים * חלק מהתרופות סל השירותים: מניעה: הביטוח מכסה בדיקות רפואיות תקופתיות של נשים הרות, ילדים, צעירים ובדיקות שיניים. טיפול אמבולטורי: יש אפשרות בחירה של GP ומומחה וגם טיפול בחו"ל. טיפול שיניים: שימור, עקירה, טיפול וניתוחים אורטודנטיים. יש השתתפות לגבי תותבות - 20% ולגבי טיפולי שיניים בהיקף של 5%. שירותים פארה-רפואיים: יש החזר עבור 12 טיפולים פיזיותרפיים. מעבר לזה יש לקבל אישור מיוחד. טיפול בבית-חולים: יש בחירה חופשית של בתי חולים ואין Copayment לגבי שירותים סיעודיים. תרופות: ישנן 3 קטגוריות: (1) תרופות שאין לגביהן החזר (2) תרופות עם החזר מלא (3) תרופות עם החזר של 80% עזרים רפואיים: משקפיים, עזרי שמיעה ופרוטזות מסובסדים. טיפול ביתי: זכאות נקבעת על-פי: (א) גיל (מעל גיל 65); (ב) אזורית; (ג) נכות נפשית גופנית; (ד) הכנסה נמוכה. שיקום: יש שיקום לנפגעי תאונות עבודה, תאונות דרכים או מחלה.

מאפייני הביטוחים הפרטיים והמשלימים	מאפייני הביטוח הציבורי הבסיסי	
* יש לכ-9% מהאוכלוסייה. הם מכסים תאונות עבודה, טיפול בבית-חולים פרטי וטיפול אמבולטורי פרטי. * נותנים דמי מחלה והחזר על הוצאות ניתוחיות. יש שלושה סוגי תכניות: (1 Mutual Health Insurance. (2 תכניות שמוצעות על-ידי איגודים מקצועיים. (3 חברות מסחריות.	<u>סלי שירותים:</u> <u>מניעה:</u> בדיקות שגרתיות לילוד ולאם כדי לזהות מומים. קיימת מערכת חיסונים ברמה הארצית לילדים ומערכת מניעת תאונות דרכים ועבודה, ומחלות זיהומיות. <u>טיפול אמבולטורי:</u> ללא תשלום. כל מבוטח רשום אצל GP ויכול לשנות רופא רק במקרים ובנסיבות מיוחדות. הפניה לרופא מומחה נעשית דרך GP. <u>טיפול שיניים:</u> יש כיסוי רק לגבי עקירות. לגבי טיפולים אחרים, על המבוטח לשלם מכיסו. <u>טיפול בבית-חולים:</u> ללא תשלום. <u>תרופות:</u> החולה משלם (Co payment) 40%. <u>עזרים רפואיים:</u> לא נדרשת השתתפות מצד החולה. לגבי שיניים תותבות, עזרי שמיעה וראייה, ציוד שקשור בפרוטזות - מקבלים סובסידיה ממשלתית. <u>טיפול ביתי:</u> פנסיונרים, נכים, וחולי נפש זכאים לטיפול ללא תשלום בבית. <u>שיקום:</u> יש טיפול שיקומי.	<u>סוג הביטוח:</u> NHS. מכסה 96% מהאוכלוסייה. <u>השתתפות עצמית:</u> יש ב: * תרופות * טיפול שיניים * עזרים רפואיים

מאפייני הביטוחים הפרטיים והמשלימים	מאפייני הביטוח הציבורי הבסיסי	
ל-3.8% מהאוכלוסייה יש ביטוח פרטי, המאפשר אשפוז במחלקות פרטיות ובחירה חופשית ברופא כללי ובמומחה.	<u>סל שירותים:</u> מניעה: המדינה מבטיחה לכל אזרחיה נגישות לרפואה מונעת בכל הרמות. קיימת מערכת חיסונית ברמה הארצית¹; גילוי מוקדם ומרכז להגנת העובד. טיפול אמבולטורי: ניתן במרכזים פרטיים וציבוריים. יש Copayment בתשלום לרופא המשפחה ולרופא מומחה חוץ מחריגים². לבדיקות מעבדה ואחרות יש לשלם אחוז מסוים. טיפול שיניים: קיימת השתתפות עצמית של 25% לתותבות, אין השתתפות עצמית בעקירות. שירות פארה-רפואי: קיימת השתתפות עצמית לגבי פיזיותרפיה. טיפול בבית-חולים: יש Co-payment רק במחלקות פרטיות בין 5-10% והדבר נקבע על-פי גובה ההכנסה. תרופות: קיימת השתתפות של 20-50%. עזרים רפואיים: השתתפות של 25% עבור עדשות; 20% עבור פרוטזות ועזרי שמיעה. טיפול בית: מכוסה. שיקום: קיים במסגרת רפואה ראשונית באשפוז, במרפאות חוץ מתמחות ובמסגרות שיקום.	<u>סוג הביטוח:</u> NHS. מכסה 100% מהאוכלוסייה. <u>השתתפות עצמית:</u> יש ב: * טיפול אמבולטורי * טיפול שיניים * פארה-רפואי * מחלקות פרטיות בבתי-חולים * תרופות * עזרים רפואיים יש חריגים שפטורים

1 מערכת החיסונים כוללת חיסונים נגד: שחפת, טטנוס, אבעבועות, דיפטריה, שעלת, פוליו, חזרת וחצבת.

2 חריגים:
* נשים הרות
* חולי פרקינסון
* ילדים מעל גיל 12
* חולים הסובלים ממחלות כרוניות

מאפייני הביטוחים הפרטיים והמשלימים	מאפייני הביטוח הציבורי הבסיסי
לכ- 14% מהאוכלוסייה יש ביטוח פרטי (כולל, או משלים, לביטוח הבסיסי של ה-SSF). הוא מכסה ביטוח חיים, נכות ותאונות. <u>ביטוח משלים</u> <u>מרצון</u>: יש לכ- 65% מהאוכלוסייה, דרך ה- Mutuelle Health Insurance, או כביטוח פרטי. הוא מכסה שירותי מניעה ושיקום.	<u>סל השירותים</u>: מניעה: עד גיל 60 - בדיקות תקופתיות בטווחי זמן קבועים¹. קיימת תכנית חיסונים חובה נגד שחפת בבתי-ספר. <u>טיפול אמבולטורי</u>: טיפול ובחירה חופשית של רופא. יש השתתפות עצמית של 25% של החולה. <u>טיפול שיניים</u>: יש השתתפות של 25% על תותבות, לפי תקן קבוע. מעל לתקן זה, על החולה לשלם 100%. יש פטור לחריגים במקרים מסוימים. <u>שירות פארה-רפואי</u>: יש השתתפות של כ- 35%. <u>טיפול בבית-חולים</u>: יש למבוטח חופש בחירה בין בית-חולים ציבורי ופרטי. יש Co-payment. יש חריגים² הפטורים מתשלום. תרופות: השתתפות נעה בין 60% ל- 0%. <u>חריגים פטורים</u>³: עזרים רפואיים: יש השתתפות של 30% לגבי משקפיים ועזרי שמיעה. אין השתתפות לגבי פרוטזות. <u>טיפול ביתי</u>: יש תשלום קבוע על ידי ה-SSF. מעבר לזה נושאות המשפחות בנטל. <u>שיקום</u>: שיקום תעסוקתי ניתן לבעלי מחלות הנובעות מהרעלה, זיהומים מיקרוביולוגיים וזיהומים שנגרמו מהסביבה.

1 למבוטחים ב-SSF יש כרטיס ביטוח בריאות אישי ובו נרשמים תוצאות המעקבים. המעקבים הם על: בעיות לב וכלי הדם, כליות, סוכרת, סרטן ושפעת.

2 חריגים:

- * אם הטיפול הנדרש יקר מאד.
- * אם דרוש אשפוז מעבר ל- 30 יום.
- * אם האישה והילוד (פג) דורשים טיפול סיעודי

3 אנשים קשישים בעלי מחלות קשות.