

ג'וינט-מכון ברוקדייל

ביטוחי בריאות נוספים בארצות אירופה והמערב דילמות וכיוונים

רחל קיי¹ ♦ רפאל רוטר²

בוצע במסגרת שיתוף פעולה בין ג'וינט-מכון ברוקדייל ומכבי שירותי בריאות, ובמימון חלקי של המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות

¹ מכבי שירותי בריאות
² לשעבר מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי ומנכ"ל מכבי שירותי בריאות

דו ח מ ח ר

01-366-דמ

BR-RR-366-01 C.3

ביטוחי בריאות נוספים בארצות אי

ק"י, רחל

BRO 0037780-001-003



003778000395

ביטוחי בריאות נוספים בארצות אירופה והמערב דילמות וכיוונים



רחל קיי¹ רפאל רוטר²

החלטת אישורם נוסף - טיפול
האשרות, הנקיים יחידים ונפרדים יוצגו יחד
זמן - ב. מוצג, ארצות אירופה והמערב
לפניה, החלטתם אלא יתנו את
ארצות אירופה (AIDIC) יאשרו את תנאים
סוגי טיפוליים יתקבלו יחד עם
החלטתם ויחשבו יחד עם
יחידים ונפרדים יוצגו יחד
החלטתם ויחשבו יחד עם
החלטתם ויחשבו יחד עם

בוצע במסגרת שיתוף פעולה בין ג'וינט-מכון ברוקדייל ומכבי שירותי בריאות
ובמימון חלקי של המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות

- תפקיד
- תאריך היציאה
- חילוף מטות
- תאריך
- יעילת ביטוח

¹ מכבי שירותי בריאות
² לשעבר מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי ומנכ"ל מכבי שירותי בריאות

פברואר 2001



ירושלים

שבט תשס"א



ג'וינט-מכון ברוקדייל מהו?

מרכז ארצי למחקר בתחומי הזיקנה, התפתחות האדם ורווחה חברתית בישראל, שהוקם ב-1974.

ארגון עצמאי ללא כוונת רווח, הפועל בשיתוף עם הג'וינט העולמי (AJJDC) וממשלת ישראל.

צוות של אנשי מקצוע המקדישים עצמם למחקר יישומי בסוגיות חברתיות בעלות קדימות עליונה בסדר היום הלאומי.

קבוצת חשיבה שנטלה על עצמה מחויבות לסייע לקובעי המדיניות ולספקי השירותים בתכנון וביישום תכניות רווחה.

המחקר במכון מתבסס על גישה בין-תחומית. במכון חמש יחידות עיקריות:

- ♦ זיקנה
- ♦ מדיניות בריאות
- ♦ קליטת עלייה
- ♦ מוגבלות
- ♦ המרכז לילדים ולנוער



פרסומים נוספים של ג'וינט-מכון ברוקדייל העוסקים בנושאים קשורים

שולי ברמלי-גרינברג ורויטל גרוס. 1999. ביטוח בריאות משלים ומסחרי, 1998: תמורות במדיניות, תמורות פיננסיות והתנהגות הצרכנים. דמ-349-99.

רויטל גרוס ושולי ברמלי. 1996. ביטוחי בריאות בישראל 1996: סקירה השוואתית, ניתוח שינויים בשוק ובחינת חלופות מדיניות. דמ-272-96.

מרק כהן, תמרה ברנע ומרק רודווין. 1996. הגנת הצרכן בתחום ביטוחי הבריאות והסיעוד בישראל. דמ-254-96.

תמרה ברנע ומרק כהן. 1996. "העיקר הבריאות": מדריך לבחירת הסדר ביטוח בריאות המתאים לצרכיך. מ-70-96 (בעברית); מ-71-96 (באנגלית).

להזמנת פרסומים נוספים ניתן לפנות לגיונט-מכון ברוקדייל, גבעת הגיונט, ירושלים 91138 טל' 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il.



לזיכרון

רפאל רוטר היה מנכ"ל מכבי שירותי בריאות בשנים 1982-1996, ומנכ"ל המוסד לביטוח לאומי בשנים 1976-1982. בשני תפקידיו אלה הייתה לו השפעה מרכזית על פיתוחה של מדיניות הבריאות והרווחה בישראל. במהלך הקריירה שלו הפגין עניין מתמיד בסוגיית השילוב בין ביטוח ציבורי לפרטי ובסוגיות ביטוח בריאותי וביטוח חברתי, והיה לו תפקיד מפתח בפיתוח ביטוחי בריאות משלימים בישראל. מר רוטר האמין בחשיבות הלמידה מארצות אחרות. מעורבותו במחקר הנוכחי הייתה בין הנושאים המקצועיים האחרונים בהם עסק לפני מותו ב-1998.

פרסום זה מוקדש לזכרו.

תקציר

מטרה ויעדים

הסוגיות של מימון, ארגון ופיקוח בתחום הביטוחים הנוספים הן בין הסוגיות החשובות והשנויות ביותר במחלוקת במדיניות הבריאות בישראל. מדינות אחרות התמודדו עם רבות מסוגיות אלה, ועם זאת, עד היום, אך מעט נעשה כדי ללמוד מהניסיון הבינלאומי לגבי הסוגיות המדיניות בישראל.

המחקר כולל סקירה של תכניות של ביטוחי בריאות נוספים, הפועלות לצדן של מערכות בריאות ציבוריות במדינות אירופה והמערב, ובחינה של החלופות השונות הקיימות שם ושל תוצאותיהן האמפיריות. על בסיס זה נבחנה גם המדיניות שהנהיגה מדינת ישראל בנושא זה עד כה, ועל סמך הניסיון שנצבר בחו"ל הוגדרו הבעיות העיקריות העוללות לעמוד בפניה בעתיד, ואופן ההתמודדות עמן.

היעדים בהם התמקד המחקר:

1. ביצוע סקירה מקיפה ויסודית של תכניות ביטוחי בריאות נוספים בארצות אירופה ובמערב, אשר בהן פועלות מערכות בריאות ציבוריות.
2. ניתוח המגמות בתכניות ביטוחי בריאות נוספים, והשפעתן החברתית והכלכלית על כלל מערכת הבריאות במדינות השונות.
3. בדיקה האם קיימים מודלים דומים או מגמות דומות בקרב המדינות השונות, בחינת הדומה והשונה ביניהן והדרכים בהן מתמודדות המדינות עם בעיות שונות בתחום זה.
4. הגדרת ההשלכות הרלוונטיות לגבי ישראל והארת הנושאים המרכזיים אליהם יש להתייחס על מנת לבחון את המדיניות הישראלית בתחום זה.

המחקר התבסס בעיקר על סקירת ספרות מקיפה בנושא של תכניות לביטוחי בריאות נוספים באוסטרליה, קנדה, בלגיה, דנמרק, צרפת, גרמניה, אירלנד, הולנד, אנגליה, איטליה, פורטוגל, ספרד ושוויץ. לסקר הספרות נלוו שיחות, ראיונות והתכתבויות עם מומחים בנושא זה בחלק מהמדינות, שהוסיפו מידע ונקודות מבט שלא ניתן היה למצוא בספרות.

באירופה טרם התפרסמו עבודות הבוחנות את השפעת הביטוחים הנוספים על דפוסי השימוש של המבוטחים בשירותי בריאות. מהספרות הכללית על ביטוחי בריאות, וכן, במידה מוגבלת ממחקר של מדיקר בארצות-הברית על השפעת הביטוחים המשלימים. ניתן להקיש בעקיפין על ההשפעות הפוטנציאליות של הביטוחים הנוספים על דפוסי השימוש בשירותי בריאות.

1. ניתן לחלק את תכניות ביטוחי הבריאות הנוספים הקיימות במדינות השונות לשלושה סוגים: ביטוח חלופי (למי שאינם מכוסים בביטוח לפי חוק), ביטוח אלטרנטיבי (למי שמכוסים לפי חוק אבל מעוניינים בכיסוי לאותם השירותים גם במערכת אלטרנטיבית) וביטוח משלים.
2. ההטבות שניתנות על-ידי ביטוחי הבריאות הנוספים מתחלקות לשלוש קבוצות עיקריות:
 - א. כיסוי השירותים שאינם מכוסים במערכת הציבורית.
 - ב. כיסוי אלטרנטיבי או משופר לשירותים המכוסים במערכת הציבורית.
 - ג. כיסוי השתתפויות עצמיות הנהוגות במערכת הציבורית.
3. אופי תכניות הביטוח הנוסף הפועלות במדינות השונות נקבע בעיקר לפי אופי המערכות הציבוריות אותן הן משלימות, בעיותיהן ומגבלותיהן.
4. בכל המדינות שנסקרו, הביטוח הנוסף ניתן באמצעות שני סוגי מבטחים: אגודות הדדיות שלא למטרת רווח (כולל קופות-חולים) וחברות ביטוח מסחריות למטרות רווח. ברוב המדינות שנסקרו, האגודות ההדדיות ללא מטרת רווח היו הדומיננטיות.
5. קיים שוני גדול בשיעור האוכלוסייה המכוסה במסגרת ביטוחי הבריאות הנוספים במדינות השונות. יחד עם זאת, בכל המדינות, כולל אלה שאחוז גבוה של האוכלוסייה בהן רוכשים ביטוח נוסף, ההוצאה לביטוחים נוספים מהווה חלק קטן, אך הולך וגדל, של סך-כל ההוצאה לבריאות.
6. בחלק מהמדינות נעשה מאמץ להתמודד עם ההשפעה של הביטוח הנוסף על ערכים חברתיים, כגון סולידריות ושוויון, בעיקר על-ידי עידוד והעדפה של מבטחים שלא למטרות רווח.
7. עד היום כמעט שלא פורסמו באירופה מחקרים לגבי השפעת הביטוחים הנוספים על צריכת שירותי הבריאות. מהספרות הכללית בנושא ביטוח בריאות, ובמידה מסוימת ממחקרים על השפעת ביטוחי בריאות משלימים על צריכת שירותי בריאות בתוכנית ה"מדיקר" בארצות-הברית, ניתן להעלות השערות לגבי ההשפעה הפוטנציאלית.
8. תכניות הביטוחים הנוספים בישראל דומות מזוויות שונות למקבילות להן באירופה, בפרט לאלה הפועלות במדינות שיש בהן מערכות ציבוריות לביטוח בריאות סוציאלי, לעומת המדינות שבהן נהוגות מערכות בריאות ממלכתיות. ישראל ייחודית בשני תחומים עיקריים:
 - א. השוק הפרטי המסחרי של ביטוחי הבריאות הנוספים בישראל גדול יחסית.
 - ב. ביטוח סיעודי משלים הפך להיות משמעותי ביותר, בעיקר לאור מגבלות הכיסוי הציבורי בתחום זה.
9. לניסיון האירופי יש משמעויות פוטנציאליות להמשך התפתחות המדיניות בישראל, לרבות התפקיד המתמשך של קופות-החולים בתחום זה. כמו-כן, לפי הממצאים נראה כי יש מקום לשקילת מדיניות שתמנע כיסוי השתתפויות עצמיות של המערכת הציבורית על-ידי הביטוחים המשלימים.
10. במהלך המחקר זוהו מספר תחומים בהם חשוב להעמיק את עבודות המחקר העתידיות:
 - א. ההשפעה היחסית של סוגי ביטוחי בריאות נוספים על צריכת שירותי בריאות.
 - ב. העדפות הצרכנים לגבי סוגי המבטחים וההטבות.
 - ג. ההשפעה של הביטוח הנוסף על התנהגות רופאים/ספקי שירותים רפואיים.
 - ד. השפעת הביטוח הנוסף על הפצת טכנולוגיות חדשות.

דברי תודה

במהלך המחקר ובהכנת דוח זה הסתייענו באנשים רבים ותודתנו נתונה להם.

בראש ובראשונה, תודות להנהלת מכבי שירותי בריאות שאפשרה לי לפעול כעמית מחקר בכיר במכון ברוקדייל במשך כשלוש שנים, למכון ברוקדייל שאירח אותי בתקופה זו, ול"מכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות" שהשתתף במימון מחקר זה.

ברצוני להודות לאנשי המקצוע הרבים על עזרתם רבת-הערך בתהליך איסוף הנתונים והמידע, על החומר ששלחו לנו, על שהפנו אותנו למקורות נוספים ועל שיצרו קשר בינינו לבין מומחים רבים בתחום של ביטוחי בריאות נוספים, בפרט באירופה. אני רוצה להודות במיוחד לאנשים הבאים:

Ken Groom, Secretariat, International Federation of Health Funds; Tim Nater, Secretariat of the Association Internationale de la Mutualite; Jean Hermesse, National Secretary, Alliance des Mutualites Chretiennes, Belgium; Prof. Aad de Roo, Professor of Strategic Health Care Management, Tilburg University, The Netherlands; Keith Biddlestone, British United Provident Association; Prof. Jack Hadley, Institute for Health Care Research and Policy and Department of Medicine, Georgetown University Medical Center, Washington, D.C.

חגית מגריץ, מנהלת מרכז המידע והספרייה במכבי שירותי בריאות סייעה לנו רבות בחיפוש אחר הספרות המקצועית ופרנסיס ווד, הכלכלן הראשי בשירותי בריאות מכבי סייע לנו להתמודד עם הנתונים הכלכליים.

תודות לד"ר ברוך רוזן ולד"ר רויטל גרוס מגיוינט-מכון ברוקדייל, שסייעו בעידוד ובהכוונה, בתכנון ובמתן הערות חשובות ומכריעות על הטיוטות השונות של הדוח.

תודה מיוחדת לאילנה רוזן ממכבי שירותי בריאות, שהגיהה את הטיוטות השונות של הדוח, ועזרה להבהיר ולחדד הן את התוכן והן את דרך ביטוי; וכן לליאורה בן יצחק, מזכירה באגף הרפואי במכבי שירותי בריאות, שהדפיסה את הדוח. תודות גם לבלחה אלון על העריכה הלשונית של הדוח, לסו בוביס על עיצוב התרשימים, וללסלי קליינמן על ההפקה וההבאה לדפוס.

תוכן עניינים

מבוא

- 1 1. הרקע למחקר
- 2 2. כיצד מתמודדות מדינות אחרות עם הנושא של ביטוחי בריאות נוספים?
- 3 3. שיטת המחקר
- 4 פרק א: סוגי הביטוחים הנוספים באירופה, ביחס למערכת הבריאות הציבורית
- 5 1. מערכות הבריאות הבסיסיות
- 5 1.1 תיאור כללי
- 7 1.2 מגמות במערכות בריאות ציבוריות
- 9 2. ביטוחי בריאות נוספים
- 10 2.1 מדינות עם ביטוח חילופי
- 11 2.2 מדינות עם ביטוח אלטרנטיבי
- 12 2.3 מדינות עם ביטוח משלים
- 13 פרק ב: מאפייני הארגונים הנותנים ביטוח נוסף
- פרק ג: סלי השירותים הניתנים במערכות הציבוריות והטבות הניתנות בתכניות הביטוחים הנוספים
- 14
- 16 פרק ד: סל השירותים/הטבות בביטוחים נוספים
- 16 1. סל השירותים הציבורי
- 16 1.1 מדינות עם ביטוח סוציאלי
- 17 1.2 מדינות עם מערכות ממשלתיות
- 20 2. ההטבות בביטוחים הנוספים
- 20 2.1 מדינות עם ביטוח סוציאלי
- 20 2.2 מדינות עם מערכות ממשלתיות
- 22 פרק ה: מבנה וגובה הפרמיות לביטוחים הנוספים
- 26 פרק ו: חוקים ותקנות בנוגע לביטוחי בריאות נוספים
- 29 פרק ז: השלכות על משתנים כלכליים ותמריצים
- 29 1. עומס התשלומים בגין ביטוח נוסף על כיסו של המבוטח
- 31 2. ההוצאות על ביטוח נוסף בהשוואה לסך-הכל ההוצאות לבריאות
- 32 3. תמריצים
- 33 פרק ח: ישראל בפרספקטיבה בין-לאומית
- 33 1. מערכת הבריאות הציבורית בישראל בהשוואה למדינות אירופה
- 41 2. הביטוחים הנוספים בישראל בהשוואה למדינות אירופה
- 41 2.1 גודל האוכלוסייה המבוטחת
- 41 2.2 הטבות הביטוחים הנוספים
- 42 2.3 ארגונים הנותנים ביטוח נוסף
- 43 2.4 גובה הפרמיות, הגבלות על הצטרפות ועל מימוש זכויות
- 43 2.5 היקף ההוצאות בגין ביטוח נוסף
- 44 3. סיכום

רשימת לוחות

- 10 לוח 1: התפלגות הביטוחים הנוספים במדינות אירופה והמערב
- 15 לוח 2: דרכי הספקת שירותים רפואיים במדינות אירופאיות
- 18 לוח 3: סיכום הסוגיות במדינות השונות
- 21 לוח 4: הימצאות השירותים השכיחים בביטוחים הנוספים, לפי מדינות
- 22 לוח 5: ביטוח חלופי, ביטוח אלטרנטיבי וביטוח משלים בעשר מדינות לפי ההגבלות על ההצטרפות, סוג ההצטרפות, מבנה הפרמיה והגבלות במימוש זכויות
- 29 לוח 6: המדינות לפי מדדים שונים של ביטוח משלים ואלטרנטיבי
- 30 לוח 7: המדינות לפי סוג ביטוח והוצאות לפי מדדים שונים
- 32 לוח 8: המדינות לפי ההוצאות על ביטוח נוסף

רשימת תרשימים

- 6 תרשים 1: מערכות הבריאות במדינות שונות
- 8 תרשים 2: הפער בין סך-כל ההוצאות לנפש לבין ההוצאה הציבורית לנפש
- 34 תרשים 3: מערכות הבריאות במדינות שונות, כולל ישראל
- 36 תרשים 4: הוצאות על בריאות כאחוז מהתמ"ג, 1997
- 37 תרשים 5: הוצאה לבריאות לנפש במונחי כוח קנייה
- 38 תרשים 6: אחוז ההוצאה הציבורית כאחוז מסך-כל ההוצאה הלאומית על בריאות

65	נספח א: מערכות הבריאות הציבוריות באירופה
65	1. מדינות עם מערכות ממלכתיות
65	1.1 מערכות ממומנות על-ידי מסים כלליים
66	1.2 מערכות הממומנות באמצעות מסים ייעודיים לבריאות
66	2. מדינות עם ביטוח סוציאלי
66	2.1 ביטוח סוציאלי חובה לכל האוכלוסייה
67	2.2 ביטוח חובה עם תקרת הכנסות
68	3. מגמות במערכות בריאות ציבוריות
68	3.1 עלייה מתמדת ומתמשכת בהוצאות של שירותי בריאות
69	3.2 ביזור והאצלת סמכויות
70	3.3 תחרות
71	3.4 Deregulation
72	4. מגמות כלכליות במערכות הבריאות הבסיסיות
72	4.1 הוצאות לאומיות לבריאות כאחוז מהתמ"ג
72	4.2 ההוצאות הלאומיות לבריאות לנפש, כוח קנייה ביורו
73	4.3 ההוצאה הציבורית כאחוז מסך-כל ההוצאות על בריאות
86	נספח ב: מאפייני הארגונים הנותנים ביטוח נוסף
86	1. מדינות עם מערכות בריאות ממלכתיות
86	1.1 אנגליה
86	1.2 אירלנד
87	1.3 דנמרק
87	1.4 קנדה
87	1.5 אוסטרליה
87	1.6 ספרד
88	1.7 יוון
88	1.8 פורטוגל
88	1.9 איטליה
89	2. מדינות שיש בהן ביטוח בריאות סוציאלי
89	2.1 לוקסמבורג
89	2.2 שוויץ
89	2.3 בלגיה
89	2.4 צרפת
90	2.5 גרמניה
90	2.6 הולנד
91	נספח ג: סל השירותים / הטבות בביטוחים נוספים
91	1. מדינות שיש בהן ביטוח סוציאלי
91	1.1 בלגיה
92	1.2 צרפת
92	1.3 גרמניה
93	1.4 לוקסמבורג
94	1.5 שוויץ
94	1.6 הולנד

95
95
96
97
98
99
101
101
103
103
105
107
108
109
110
110
111
124
124
127
131
131
133
133
135
34
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200

2. מדינות שיש בהן מערכות ממשלתיות

- 2.1 דנמרק
- 2.2 אנגליה
- 2.3 אירלנד
- 2.4 ספרד
- 2.5 איטליה
- 2.6 אוסטרליה
- 2.7 קנדה

נספח ד: חוקים ותקנות בנוגע לביטוחי בריאות נוספים

- 1. סוג הארגונים הרשאים להציע ביטוחי בריאות נוספים
- 2. מבנה הפרמיה
- 3. חיתום
- 4. תוכן ההטבות, זכויות או סל השירותים
- 5. אופן מימוש הזכויות
- 6. תקופות הביטוח
- 7. הטבות מס

נספח ה: השלכות על ערכים חברתיים, משתנים כלכליים ותמריצים

נספח ו: מערכת הבריאות בישראל

- 1. ההיסטוריה של מערכת הבריאות בישראל
- 2. ביטוחי בריאות נוספים בישראל
- 3. סל השירותים הבסיסי והטבות בביטוחים המשלימים
 - 3.1 הסל הבסיסי
 - 3.2 הטבות בביטוח משלים
 - 3.3 מבנה וגובה הפרמיה לביטוחים המשלימים
 - 3.4 חוקים ותקנות

רשימת לוחות בנספחים

- 129 לוח 1: מבטחי בריאות בישראל, 1990
- 131 לוח 2: המבוטחים בביטוחים המשלימים של הקופות לפי רישומי הקופות כאחוז מסך-כל חבריהן
- 134 לוח 3: פרמיות והטבות בקופות-החולים ובחברות הביטוח

רשימת תרשימים בנספחים

- 74 תרשים 1: סך-כל ההוצאה הלאומית על בריאות כאחוז מהתמ"ג
- 75 תרשים 2: מערכות ממשלתיות הממומנות על-ידי מסים כלליים - סך-כל ההוצאות על בריאות, כאחוז מהתמ"ג
- 76 תרשים 3: מערכות ממשלתיות הממומנות על-ידי מסים ייעודיים - סך-כל ההוצאות על בריאות כאחוז מהתמ"ג
- 77 תרשים 4: מדינות שיש בהן ביטוח סוציאלי - סך-כל ההוצאות על בריאות כאחוז מהתמ"ג
- 78 תרשים 5: סך-כל ההוצאה לבריאות לנפש, כוח קנייה לנפש בירו
- 79 תרשים 6: מערכות ממשלתיות הממומנות על-ידי מסים כלליים - סך-כל ההוצאות על בריאות לנפש, כוח קנייה בירו
- 80 תרשים 7: מערכות ממשלתיות הממומנות על-ידי מסים ייעודיים - סך-כל ההוצאות על בריאות לנפש, כוח קנייה בירו
- 81 תרשים 8: מדינות שיש בהן ביטוח סוציאלי - סך-כל ההוצאות על בריאות לנפש, כוח קנייה בירו
- 82 תרשים 9: ההוצאה הציבוריות על בריאות כאחוז מסך-כל ההוצאות על בריאות
- 83 תרשים 10: מערכות ממשלתיות הממומנות על-ידי מסים כלליים - סך-כל ההוצאות הציבוריות על בריאות כאחוז מסך-כל ההוצאות הציבוריות על בריאות
- 84 תרשים 11: מערכות ממשלתיות הממומנות על-ידי מסים ייעודיים - הוצאות ציבוריות על בריאות כאחוז מסך-כל ההוצאות על בריאות
- 85 תרשים 12: מערכות שיש בהן ביטוח סוציאלי - הוצאות ציבוריות על בריאות כאחוז מסך-כל ההוצאות על בריאות

1. הרקע למחקר

הנושא של ביטוחי בריאות נוספים עלה לדיון ציבורי בישראל לראשונה בתקופה שלפני חקיקת חוק ביטוח בריאות, ובעוצמה גדולה יותר אחרי חקיקת החוק. עד לתקופה זו, כמעט שלא היו ביטוחי בריאות פרטיים בישראל, למעט בחברת "שילוח" שנוסדה כדי לתת ביטוח בריאות פרטי עוד בשנות ה-40 בעקבות העלייה הגדולה מגרמניה. ביטוח בריאות הוענק על-ידי קופות-החולים, וקופת-חולים מכבי הציעה ביטוח משלים באמצעות אגודה שיתופית, "מכבי מגן", שהוקמה לצורך העניין בשנת 1951.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנחקק בשנת 1994 והופעל ב-1995, הגדיר לראשונה סל שירותים חובה. בעקבות זאת החלו חברות הביטוח להציע ביטוחי בריאות משלימים שהיו אמורים לתת שירותים נוספים על אלה שניתנו בסל. גם קופות-החולים, שהוכפפו לחוק וחויבו לתת את הסל שבחוק, גיבשו והציעו ביטוחי בריאות משלימים למבוטחיהן, על בסיס סעיף 10 בחוק שאפשר להן לעשות כך. מצב זה הביא לתחרות על השוק של ביטוחי בריאות נוספים בין חברות הביטוח המסחריות וקופות-החולים, והדיון הציבורי הסוער סביב נושא זה נבע במידה רבה מלחצי חברות הביטוח שרצו בלעדיות בשוק זה. כמו-כן, היו מי שחששו מאוד מהערבוב בין המערכת הציבורית למערכת פרטית מסיבות ערכיות וכלכליות לאומיות (ראה צ'רניחובסקי, 1997).

למרות הכרעת המחוקק בנושא זה באמצעות חוק ההסדרים של שנת 1998, שקבע שקופות-החולים רשאיות להציע לחבריהן תכניות לשירותי בריאות נוספים על פי תנאים שהוגדרו אף הם בחקיקה, הנושא אינו יורד מסדר היום. שוב ושוב מתנהלים ויכוחים לגבי המדיניות הרצויה בנושאים, כגון:

1. האם בכלל יש לתת לגיטימציה לקיומו של ביטוח משלים לצדו של ביטוח ציבורי מקיף?
2. מה צריך להיות אופיו של הביטוח הנוסף במובנים הבאים:
 - א. האם יש להתייחס לביטוח בריאות נוסף כחלק אינטגרלי ממערכת הבריאות הכוללת?
 - ב. האם מתן ביטוח נוסף צריך להיות מוגבל לקופות-החולים בלבד, לחברות הביטוח בלבד, או, האם יש לאפשר לשני הגופים מתן ביטוח זה?
 - ג. האם ובאיזו מידה רצוי שהתכניות לשירותים נוספים במסגרת קופות-החולים יישאו אופי חברתי?
 - ד. האם הכיוון הנוכחי בישראל של הפיכת "תכנית השירותים הנוספים" למעין "סל ב" של החוק הוא הכיוון הנכון והרצוי?
3. מה צריכים להיות תפקידן והיקף אחריותן של קופות-החולים? האם הן צריכות להוות רק זרוע של הממשלה במתן שירותי בריאות במסגרת חוק ביטוח הבריאות, או שצריך שתהיה להן אחריות רחבה יותר לבריאותם ולרווחתם של חבריהן?
4. מה צריכים להיות כללי הפיקוח והבקרה על הביטוח המשלים? האם יש לקבוע מסגרת חקיקתית וארגונית בגין ביטוח זה?

5. האם יש לסבסד ביטוח בריאות נוסף במישרין, או בעקיפין, על-ידי ניכויים ממס הכנסה בגין הוצאות על פרמיות?
6. האם חשוב להבטיח נגישות ביטוח זה לאחוז גבוה של האוכלוסייה? אם כן, האם צריך להיות סבסוד צולב בין המערכת הציבורית והמערכת המשלימה? אם כן,
7. כיצד רצוי לממן את הביטוח הנוסף: האם על-ידי פרמיות אקטואריות, מחירים אחידים לחבילת זכויות, community rating, או באמצעות פרמיות המבוססות על הכנסות? האם צריכה להיות השתתפות של המעביד במימון הפרמיה?
8. האם רצוי להגביל את רשימת הזכויות והשירותים שמותר לכסות במסגרת ביטוח בריאות נוסף? למשל, האם רצוי לאפשר הכללת פיצוי כספי בגין אובדן הכנסות או הוצאות לא רפואיות נלוות הנגרמות כתוצאה ממחלה? האם יש לאפשר כיסוי בגין בחירת מנתח במסגרות פרטיות ו/או ציבוריות? האם יש להתיר כיסוי השתתפויות עצמיות הנהוגות במערכת הציבורית?

במספר נושאים חסר לקובעי המדיניות גם מידע אמפירי שיש לו השלכות על הדיון במדיניות הרצויה:

1. מדוע קיים ביקוש לביטוח משלים במדינה שבה לכל אזרח יש כיסוי רחב לכל השירותים החיוניים במסגרת המערכת הציבורית?
2. האם ביטוח נוסף מגביר את הסכנה המוסרית ("Moral Hazard"), הן מצדו של הצרכן והן מצדו של ספק השירותים, ובכך מגביר את השימוש בשירותי הבריאות? האם קיומו של ביטוח נוסף תורם לגידול בהוצאות הלאומיות על הבריאות?
3. מהי ההשפעה של ביטוח משלים על סולידריות ושוויון?

כדי לתרום לדיון הציבורי בשאלות אלו, בחנו בעבודה זו מה קורה במדינות אירופה והמערב: כיצד הן ייצבו את הביטוח הנוסף במערכות הבריאות שלהן, ומה ניתן ללמוד מהניסיון שלהן.

2. כיצד מתמודדות מדינות אחרות עם הנושא של ביטוחי בריאות נוספים?

מדינת ישראל הייתה בין האחרונות בקרב הארצות המערביות המפותחות שניגשו לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. רוב המדינות ניגשו למהלך זה זמן קצר לאחר מלחמת העולם השנייה. בשנים האחרונות, כל המדינות שהפעילו מערכות בריאות ציבוריות עומדות בפני בעיות דומות, כגון עלייה מהירה של הוצאותיהן בגין שירותי בריאות; ירידה בשביעות-הרצון של אזרחיהן; חוסר יעילות במערכות הציבוריות; התמודדות עם הטכנולוגיה הרפואית המודרנית והשלכותיה. כתוצאה מכך, כולן מיישמות רפורמות במערכות הבריאות הציבוריות. קיימת ספרות ענפה והתקיימו כנסים בין-לאומיים רבים בין המדינות השונות בניסיון ללמוד זו מזו כיצד ניתן להתמודד בהצלחה עם בעיות אלו.

מבחינת הלקחים העולים מפעילות השוואתית זו, מסתבר שלהשוואות כאלו יש מגבלות רבות. מערכת הבריאות הפועלת בכל מדינה, היא, במידה מסוימת, ייחודית. כל מערכת כזו הינה תוצאה של תהליכים

פוליטיים והיסטוריים. לפיכך, ניתוח לעומק מגלה שההבדלים בין המדינות השונות גוברים על כל דמיון ביניהן, ויש אף צורך לסייג את הדברים שעל פניהם נראים דומים.

למרות זאת, יש ערך מסוים להשוואות בין-לאומיות, כגון:

1. זיהוי הדומה והשונה בין המדינות מעלה לעתים סוגיות חשובות שאולי אחרת לא היו עולות לחשיבה.
2. ניתן לזהות מודלים ספציפיים מעניינים במדינות אחרות שניתן לחקותם, עם שינויים והתאמות נדרשות.
3. הבנה של מגמות משותפות לצד מגמות ותהליכים ייחודיים במדינות אחרות מייצרת פרספקטיבה חדשה לבחינה ולהתבוננות על המתרחש במדינה מסוימת.
4. תמיד ניתן ללמוד ולהפיק לקחים מהדרכים בהן מדינות שונות מתמודדות עם דילמות דומות.

לפיכך, מטרתה של עבודת מחקר זו היא לסקור את התכניות לביטוח נוסף הנהוגות במדינות אחרות שיש בהן מערכות בריאות ציבוריות, ולחקור כיצד הן מתמודדות עם השאלות והבעיות המפורטות לעיל.

המדינות שנסקרו הן: אוסטרליה, קנדה, בלגיה, דנמרק, צרפת, גרמניה, אירלנד, הולנד, אנגליה, איטליה, פורטוגל, ספרד, לוקסמבורג, יוון ושווייץ. מדינות אלו נבחרו מאחר שיש בכלן מערכות ביטוח בריאות ממלכתיות על פי חוק, ופועלות בהן, לצדן של מערכת הבריאות הציבוריות, תכניות לביטוח משלים וולונטריות בהיקף משמעותי.

התחומים שנחקרו הם: מי רשאי לתת ביטוח בריאות נוסף; אילו שירותים או הטבות ניתנים במסגרת אלו; מהו מבנה הפרמיה; מהם התנאים להצטרפות וההגבלות למימוש זכויות; במסגרת אילו חוקים ותקנות פועלים הביטוחים המשלימים; וככל שניתן, ההשפעה של ביטוחים נוספים על ההוצאות על שירותי בריאות ועל תמריצים המניעים את השחקנים השונים במערכת.

3. שיטת המחקר

שיטת המחקר הייתה בעיקר סקירת ספרות ושיחות ו/או התכתבות עם מומחים בנושא מכמה מדינות, לרבות הולנד, קנדה, גרמניה, אוסטרליה, אנגליה, שווייץ, ובלגיה. יש לציין שאין ספרות רבה בנידון ולכן הסקירה של תכניות הביטוחים המשלימים נשענת בעיקר על ארבעה מקורות:

1. Complementary Health Schemes in the European Union. 1995. Marcus Schneider (ed).
2. Health Finance Systems Today: Structures and Trends in 12 European Countries. 1996. Jean Hermesse.
3. National Commentaries. 1996. International Federation of Health Funds.
4. Health Care in the EC Member States. 1992. Marcus Schneider.

בתחילת הדרך, התברר שקיים קשר הדוק בין התכניות לביטוח נוסף במדינות שנסקרו, לבין האופי והתוכן של המערכות הציבוריות לצדן הן פועלות. לא ניתן להבין את השוני בין תכניות הביטוח הנוסף

במדינות השונות בלי להבין קודם את אופי המערכת הציבורית הפועלת באותה מדינה. לפיכך, היה צורך לתאר בפרק ראשון, אף אם בצורה תמציתית, את מערכות הבריאות הציבוריות במדינות השונות כתנאי מקדים להבנת תכניות הביטוח הנוסף הפועלות לצדן. בתחום זה קיימת ספרות רבה. נעזרנו במיוחד על-ידי Health Care and Reform in Industrial Countries, Raffel, 1997; Choices in Health Care Policy: An Agenda for the European Union, Abel-Smith et al., 1995, וזאת בנוסף למקורות שהוזכרו כבר לעיל.

מהנתונים שנאספו לצורך מחקר זה, מסתבר שביטוח משלים, כפי שאנו מכירים אותו בישראל, הינו רק סוג אחד מתוך כמה סוגים של ביטוחי בריאות נוספים על אלו הניתנים במסגרות הציבוריות. לפיכך, במחקר זה נחקרים ביטוחי בריאות נוספים, דהיינו ביטוחי בריאות הניתנים לאוכלוסייה בנוסף למסגרות הציבוריות ומחוצה להן. עם זאת, "ביטוח ציבורי" מוגדר לצורך העניין כמסגרת של שירותי בריאות המובטחת לאזרחי המדינה על פי חוק, הקובע גם כיצד מסגרת זו ממומנת.

פרק א: סוגי הביטוחים הנוספים באירופה, ביחס למערכת הבריאות הציבורית

"תפקיד הביטוח הנוסף הוא להוסיף מעל לרובד של הביטוח הסוציאלי הבסיסי בסטנדרטים המקובלים, כיסוי ביטוחי וולונטרי נוסף שניתן לרוכשו בהתאם לצרכים ולהעדפות הפרט. ההצדקה להסדרים פרטניים להבטחת צרכים עתידיים נובעת לא רק מזכות האזרח לתכנון עתידו בלי להטיל חבויים רבות מדי על החברה, אלא גם מאי יכולתה של מערכת הגנה חברתית כלשהי לכסות את כל הצרכים של כל האזרחים. תהא זו אוטופיה חברתית להאמין שניתן לבנות מערכת של הגנה חברתית שתיתן לכל פרט בה כיסוי ביטוחי מלא לכל סיכון שבטווח צרכיו תמורת תשלום שיוכל לעמוד בו. לפיכך הביטוח הרפואי המשלים הינו חלק בלתי נפרד של ההגנה מפני סיכוני מחלה ונכות, שמעבר להגנה הבסיסית הניתנת על-ידי קופות-חולים וביטוח בריאות ממלכתי" (Schneider, 1995).

עם התפתחות הרפואה והתייקרותה בדור האחרון, אנו עדים לשתי תופעות מקבילות:

1. כמעט כל המדינות בעולם המערבי, ובמיוחד באירופה, הנהיגו מערכות ציבוריות למתן שירותי בריאות כאלו או אחרים במטרה להבטיח לאוכלוסייה גישה שווה, ככל שניתן, לרמה בסיסית של שירותי בריאות.
2. בכולן הונהגו גם מגבלות מסוגים שונים על-מנת לנסות ולשלוט ו/או להקטין את ההוצאות החלות על המערכת הציבורית. לפיכך, אנו עדים, ובמיוחד בתקופה האחרונה, להתפתחות מרשימה בתחום של ביטוחי בריאות נוספים על המערכות הציבוריות.

"בעוד שעקרונות הסולידריות ההדדית עיצבו את בסיס ההסדרים של הביטוח הסוציאלי, הרי ביטוח הבריאות הפרטי הוא תחום שהתפתח רק לאחרונה בענף הביטוח. לפני 1930 אין כל עדות לקיום סוג כזה של כיסוי ביטוחי" (Lewalle & Hermesse, 1995).

מטבע הדברים, התכניות השונות לביטוח הנוסף בארצות אירופה ומאפייניהן נקבעים, או לפחות מושפעים באופן משמעותי מהאופי של מערכת הבריאות הממלכתית, או הציבורית; בכל מדינה. הביטוח הנוסף, על פי הגדרה, בא להוסיף ולהשלים את החסר במערכת הבסיסית האמורה לכסות את כל, או רוב, תושבי המדינה. לכן חשוב קודם כל להבין את המבנה של המערכות הבסיסיות הפועלות היום בארצות אירופה. לפיכך, יש מקום לתאר, בצורה תמציתית, את המערכות הציבוריות הפועלות במדינות השונות, עם דגש על ההיבטים המשפיעים על אופי הביטוח הנוסף.

1. מערכות הבריאות הבסיסיות

1.1 תיאור כללי

ניתן לחלק את מערכות הבריאות הציבוריות הפועלות באירופה לשני סוגים עיקריים: (1) מערכות בריאות ממלכתיות (Beveridgian); (2) ביטוח בריאות סוציאלי (Bismarkian).

א. מערכות בריאות ממלכתיות

מערכת בריאות ממלכתית מנוהלת על-ידי גוף ממשלתי שהוקם לצורך העניין, או על-ידי הממשלה באופן ישיר, או בצורה מבוזרת הכוללת בתוכה את רוב ספקי השירותים, כגון רופאים בבתי-חולים, והמימון הוא על-ידי מיסוי. מערכות אלו מחולקות לכמה סוגים:

1. מערכות הממומנות על-ידי גביית מס ייעודי למערכת הבריאות (ספרד, איטליה, יוון ואוסטרליה).
2. מערכות הממומנות על-ידי מסים כלליים (אנגליה, אירלנד ופורטוגל).
3. מערכות הממומנות על-ידי מסים כלליים המחולקים בין מסים למדינה ומסים מקומיים (דנמרק, פינלנד, שוודיה, קנדה).

ב. ביטוח בריאות סוציאלי

אלו הן מערכות של ביטוח חובה על פי חוק המחייב את תושבי המדינה לבטח את עצמם במסגרות שיתופיות מאושרות, כאשר הביטוח מנוהל על-ידי קופות-חולים או אגודות לביטוח הדדי. מימון המערכת נעשה בעיקר על-ידי דמי ביטוח המנוכים מהכנסות המבוטחים - בדרך כלל חלק מהמבוטח וחלק מהמעביד. קופות-החולים מספקות שירותים בעצמן או באמצעות ספקי שירותים עצמאיים.

מערכות אלו מחולקות גם הן לכמה סוגים: (1) ביטוח חובה לכל האוכלוסייה (לוקסמבורג, צרפת, בלגיה, ושוויץ); ו-(2) ביטוח חובה לאוכלוסייה מתחת לרמת הכנסה מסוימת (הולנד, וגרמניה). אפשר לתאר את המערכות השונות באופן סכמטי בתרשים 1.

מערכות הבריאות



6

- ישנם מספר הבדלים משמעותיים בין כמה מהמדינות הנ"ל על אף שהן נכללות באחת הקבוצות. להבדלים אלו יש השפעה משמעותית על תכניות הביטוח הנוסף הפועלות בהן ולכן כדאי לעמוד עליהם:
1. למרות שמערכת הבריאות הציבורית באירלנד נחשבת דומה לזו של אנגליה, המערכת באירלנד נותנת כיסוי אוניברסלי לכל אזרחיה בגין שירות בתי-חולים בלבד. רק אזרחים עם הכנסות מתחת לתקרה מסוימת (כ-36% מהאוכלוסייה) זכאים לשירותי רפואה בקהילה על חשבון המדינה.
 2. בפני תושבי דנמרק עומדות שתי אופציות:
 - א. להיות בקבוצה א' ולבחור ברופא משפחה באזור מגוריהם ולגשת לרופא מקצועי רק על פי הפנייתו. במקרה זה, אין השתתפות עצמית בביקור אצל רופא.
 - ב. להיות בקבוצה ב' ולבחור באופן חופשי בכל רופא ולגשת אליו ישירות, תמורת השתתפות עצמית בביקור אצל כל רופא.
 3. מערכת ה"מדיקר" באוסטרליה אינה מאפשרת חופש בחירה ברופא המטפל בבית-החולים. חולים הרוצים לבחור ברופאים בבית-חולים נחשבים "חולים פרטיים" ומדיקר משתתף ב-75% בלבד מהוצאותיהם בבית-החולים.
 4. המערכת הציבורית בבלגיה אמנם מכסה את כלל האוכלוסייה בגין "סיכונים גדולים", דהיינו, כירורגיה והרדמה, לידות, אשפוז, תרופות בבתי-חולים ושירותים הדורשים רופאים במקצועות מיוחדים, כגון רדיולוגיה, פתולוגיה, וכד'. עובדים עצמאיים (כ-13% מהאוכלוסייה), אינם מכוסים בגין "סיכונים קטנים", דהיינו, שירותים אמבולטוריים בקהילה, אך רשאים להצטרף באופן וולונטרי לאחת מקופות-החולים על-מנת לרכוש כיסוי זה.
 5. בגרמניה האוכלוסייה שאינה מחויבת בביטוח ציבורי סטוטורי רשאית להצטרף באופן וולונטרי לאחת מקופות-החולים. לחילופין, בהולנד, האוכלוסייה שאינה מכוסה על-ידי ביטוח החובה אינה רשאית להצטרף לקופת-החולים ונאלצת לרכוש ביטוח רפואי פרטי.

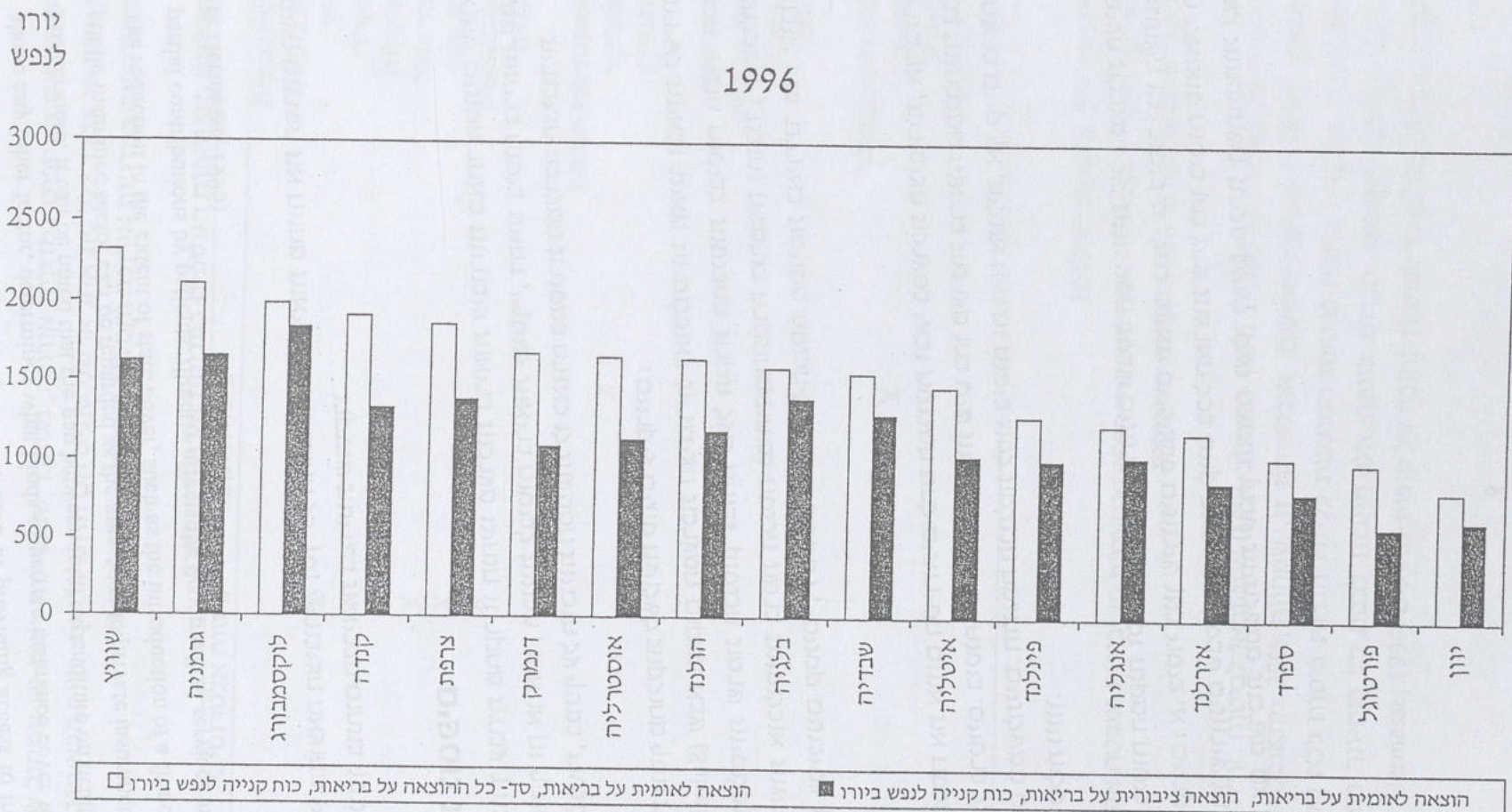
מאחר שהאופי וההיקף של תכניות ביטוחי בריאות נוספים מושפעים ואף נקבעים על-ידי המערכות הציבוריות לצדן הן פועלות, חשוב להבין את המגמות הכלליות במערכות הבריאות הפועלות במדינות שנכללו בסקירה זו.

1.2 מגמות במערכות בריאות ציבוריות

המגמות העיקריות במערכות הבריאות הציבוריות של המדינות שנסקרו הן כדלקמן:

1. עלייה מתמדת ומתמשכת בהוצאות של שירותי בריאות, אף שבחלק יש מיתון בשנים האחרונות.
2. ביזור והאצלת סמכויות.
3. הגברת התחרות בקרב מבטחים, ובקרב ספקי השירותים.
4. Deregulation (Abel-Smith, 1995, עמ' XXI-XX; לפירוט המגמות הנ"ל ראה נספח א, עמ' 9-82).
5. ירידה בחלקה של ההוצאה הציבורית לנפש מתוך סך-כל ההוצאות הלאומיות על בריאות, כך שקיים פער משמעותי (אמנם שונה ממדינה למדינה) בין סך-כל ההוצאה לנפש, לבין ההוצאה הציבורית לנפש (תרשים 2).

תרשים 2: הפער בין סך-כל ההוצאה לנפש לבין ההוצאה הציבורית לנפש



מקור: ישראל - משרד הבריאות (בן-נון וגרינבלט, 1999)
 שאר המדינות - OECD98

"The importance of social security as a method of providing access to treatment means that it, above any other factor, determines what kinds of private insurance cover will be able to develop. Furthermore, it can be noted that the gap between total expenditure on health and that spent in the public insurance sector can be regarded as the area open to private insurance..."

The reduction in the extent of state cover, such as the introduction of a franchise or the increase in partial contributions by patients, directly affects the way medical services are financed". (Lewalle & Hermesse, 1995)

במילים אחרות, הפער בין ההוצאה הציבורית וסך-כל ההוצאות על בריאות מהווה את המרווח העיקרי של כל תכניות הביטוח הנוסף בתחום הבריאות במדינות שנסקרו.

2. ביטוחי בריאות נוספים

כל המדינות שנסקרו לצורך עבודת מחקר זו הנהיגו מערכות בריאות ציבוריות מאחד הסוגים שתוארו לעיל. בכולן קיימות, בהיקף זה או אחר, תכניות לביטוח בריאות "נוסף", דהיינו ביטוח בריאות שנקנה על-ידי האזרח באופן וולונטרי, בנוסף על הזכויות המגיעות לו כאזרח במסגרת המערכת הציבורית.

התכניות לביטוח בריאות נוסף מחולקות לשלושה סוגים עיקריים:

1. ביטוח חלופי (Substitutive) שבא במקום המערכת הציבורית לאוכלוסיות שאינן זכאיות לשירותים במסגרתה; לדוגמה, אוכלוסיות שרמת הכנסתן גבוהה מעל תקרת ההכנסות לביטוח חובה. תכניות ביטוח כאלו עומדות לרשות אוכלוסיות ברמת הכנסה גבוהה מהתקרה בגרמניה והולנד; לאוכלוסיית העצמאיים בבלגיה בגין "סיכונים קטנים", ולאוכלוסייה מעל הכנסה מסוימת באירלנד בגין שירותים בקהילה.

2. ביטוח אלטרנטיבי מכסה את אותם השירותים להם המבוטח זכאי במערכת הציבורית, אך בערוצים אלטרנטיביים, בדרך כלל פרטיים. ביטוח זה שכיח במדינות שיש בהן מערכות בריאות ממלכתיות בהן כל השירותים, או רובם, הם ממשלתיים. הדוגמה הבולטת לסוג ביטוח זה היא אנגליה, אך קיים ביטוח כזה גם בספרד, פורטוגל, איטליה ויוון.

3. ביטוח משלים הוא ביטוח המקנה זכויות מעבר לשירותים שבסל השירותים של המערכת הציבורית ומורכב משני סוגים עיקריים: א. כיסוי בגין שירותים ספציפיים שאינם בסל; ב. כיסוי בגין השתתפויות עצמיות של המבוטח בגין שירותים שבסל. ביטוח זה קיים בכל הארצות שיש בהן ביטוח סוציאלי חובה, וכן בהרבה מהמדינות עם מערכות ממשלתיות שבהן האזרח נאלץ לשלם מכיסו השתתפויות עצמיות משמעותיות.

מבחינת הביטוחים הנוספים במדינות אירופה, מסתבר שבמדינות רבות יש תמהיל של הסוגים השונים של ביטוח נוסף אך בדרך כלל סוג אחד או שני סוגים הם הדומיננטיים. בלוח הבא מובאת התפלגותם של הביטוחים הנוספים במדינות אירופה והמערב בקווים כלליים (לוח 1).

לוח 1: התפלגות הביטוחים הנוספים במדינות אירופה והמערב

מדינה	ביטוח חלופי	ביטוח אלטרנטיבי	ביטוח משלים
מערכת ממלכתית			
לכל האוכלוסייה			
יוון		X	
ספרד		X	
איטליה		X	
פורטוגל		X	
אנגליה		X	
אוסטרליה		X	X
קנדה			X
כיסוי משתנה לפי הכנסה			
אירלנד	X		X
דנמרק		X	X
ביטוח סוציאלי			
עם תקרת הכנסות			
גרמניה	X		X
הולנד	X		X
חובה לכל האוכלוסייה			
בלגיה	X		X
צרפת			X
לוקסמבורג			X
שוויץ			X

2.1 מדינות עם ביטוח חילופי

ביטוח חילופי מפצה בגין חוסר כיסוי לשירותי רפואה במערכת הציבורית ומבטח את האוכלוסייה שאינה זכאית לשירותים אלו על פי חוק במערכת הציבורית.

בהולנד כל מי שמשתכר מעל 59,700 גילדן לשנה (ב-1996) אינו זכאי לביטוח חובה ואינו רשאי להירשם אפילו באופן וולונטרי בקופות-החולים. אוכלוסייה זו, שמהווה 38% מהאוכלוסייה בהולנד, נאלצת לבטח את עצמה בתכניות ביטוח פרטיות המוצעות על-ידי חברות ביטוח ללא מטרות רווח, הפועלות באופן דומה לקופות-החולים. חברות ביטוח אלו חייבות לבטח כל פנסיונר הפונה אליהן בפוליסה סטנדרטית שהינה דומה מאוד לביטוח החובה של קופות-החולים (Hermesse, 1996, עמ' 126-129).

בגרמניה, האוכלוסייה ששכרה השנתי עולה על 72,000 מרקים (בגרמניה המערבית) ו-62,000 מרקים (בגרמניה המזרחית) אינה זכאית לביטוח חובה. להבדיל מהולנד, אוכלוסייה זו רשאית להירשם באופן וולונטרי בקופות-חולים, ואכן הרוב עושים כך. כ-11% מהאוכלוסייה בוחרת לבטח את עצמה בביטוח פרטי (Hermesse, 1996, עמ' 65-66).

בבלגיה, עובדים עצמאיים (שהם כ-13% מהאוכלוסייה) אינם זכאים לביטוח חובה בגין "סיכונים קטנים" (בעיקר שירותים אמבולטוריים). הם רשאים, להצטרף לקופות-החולים באופן וולונטרי, ואכן עושים זאת (Hermesse, 1996, עמ' 11-15).

באירלנד, 64% מהאוכלוסייה (אנשים עם הכנסות מעל IEP 7,488-3,874 תלוי במצב משפחתי) אינם זכאים לשירותים רפואיים בקהילה במסגרת המערכת הממשלתית. אוכלוסייה זו משלמת את מלוא המחיר בעבור ביקור אצל רופא ראשוני ורופא מקצועי. ביטוח נוסף ניתן באירלנד בעיקר על-ידי ה-VHI (Voluntary Health Insurance Board), שמציע גם ביטוח משלים וגם ביטוח חילופי (Hermesse, 1996, עמ' 79-76).

2.2 מדינות עם ביטוח אלטרנטיבי

הביטוח האלטרנטיבי מבטח שירותים רפואיים מקבילים לאלו המסופקים על-ידי המערכת הציבורית. כיסוי ביטוח זה דומיננטי במדינות עם מערכות ממשלתיות (Beveridgian System). התמריץ העיקרי לאוכלוסייה לבטח את עצמה בביטוח מסוג זה הוא התוצאות השליליות של המערכת הממשלתית, כגון חוסר זמינות ו/או נגישות של השירותים.

מאז חקיקת חוק מספר 1666 ביוון שהקים את המערכת הממשלתית במדינה זו, רופאים ורופאי שיניים הרוצים להשתלב במסגרת הממשלתית נאלצו לוותר על זכויותיהם לעבוד במגזר הפרטי. דבר זה גרם להם לבחור בין האופציות וחלקם בחרו לוותר על עבודתם בבתי-החולים הציבוריים כי העדיפו לעבוד במגזר הפרטי, דבר שגרם לתורים ארוכים בגין ניתוחים בבתי-חולים ציבוריים. לכן, הביטוח הפרטי מבטח את המבוטחים בגין שירותים אלו במגזר הפרטי (Kyriopoulos et al., 1995, עמ' 139-146).

בפורטוגל ובספרד קיימות בעיות קשות של אי ספיקה במערכת הממשלתית, ולכן חברות הביטוח מספקות ביטוח אלטרנטיבי לזה הניתן במערכת הממשלתית, בספרד כ-6.7 מיליון תושבים מכוסים על-ידי ביטוח פרטי אלטרנטיבי (Hermesse, 1996, עמ' 143).

באיטליה ביטוח אלטרנטיבי ניתן על-ידי חברות ביטוח ואגודות שיתופיות לביטוח הדדי.

באוסטרליה הביטוח הנוסף הינו ביטוח אלטרנטיבי וביטוח משלים, כאשר הכיסוי האלטרנטיבי פועל בעיקר במגזר של אשפוז. כ-36% מהאוכלוסייה באוסטרליה מבוטחים בביטוח פרטי אלטרנטיבי בגין שירותי בתי-חולים.

הביטוח הפרטי האלטרנטיבי המפותח ביותר קיים באנגליה כתוצאה משמירה לאורך שנים על תקציב מאוד מוגבל בעבור ה-NHS שגרם לתורים ארוכים מאוד בגין שירותים אלקטיביים (בעיקר ניתוחים) בבתי-החולים הממשלתיים. הביטוח הפרטי האלטרנטיבי התחיל להתפתח מיד עם הקמת המערכת הממשלתית ב-1947, והיום כ-6.5 מיליון אנשים (כ-11% מהאוכלוסייה) מבטחים בביטוח פרטי אלטרנטיבי (Hermesse, 1996, עמ' 164).

2.3 מדינות עם ביטוח משלים

ביטוח משלים נובע באופן ישיר מההגבלות בסל השירותים הניתנים על-ידי המערכת הציבורית. ביטוח זה בא להשלים את המערכת הציבורית ומבטח שירותים שאינם מכוסים כלל, או מכוסים חלקית, על-ידי המערכת הציבורית. ביטוח משלים קיים הן במדינות עם ביטוח סוציאלי חובה והן בארצות עם מערכות ממשלתיות.

בבלגיה הביטוח המשלים ניתן בעיקר על-ידי קופות-החולים. תשעה מיליון איש (כ-92% מהאוכלוסייה) מבטחים בו. בקופות-החולים הגדולות הביטוח המשלים הוא אף חובה על כל החברים (Schneider, 1995, עמ' 21).

בלוקסמבורג הביטוח המשלים מוגבל בעיקר לכיסוי ההשתתפויות העצמיות שהמבוטחים חייבים לשלם בגין שירותים במערכת הציבורית, וכן תשלומים נוספים בגין שהייה בבתי-החולים במערכת הפרטית. ביטוח זה ניתן באופן כמעט בלעדי על-ידי אגודות שיתופיות לביטוח הדדי, הרוב המכריע על-ידי אגודה אחת המבטחת 75% מהאוכלוסייה (Hermesse, 1996, עמ' 108).

בצרפת הביטוח המשלים ניתן בעיקר על-ידי אותן האגודות השיתופיות לביטוח הדדי המנהלות את הביטוח הבסיסי, ומכסה בעיקר את ההשתתפויות העצמיות במערכת הציבורית שהן ברמה ממוצעת של 25% לכל השירותים. ככלל, במערכת הציבורית, המבוטח משלם מכיסו בעבור השירותים להם הוא זקוק, ומקבל החזר חלקי ברמה של כ-75%, כאשר הביטוח המשלים מוסיף החזר נוסף עד ל-100% מההוצאה. כ-83% מהאוכלוסייה מבטחים בתכניות לביטוח משלים (Hermesse, 1996, עמ' 42, 44).

בהולנד, יש ביטוח משלים לשתי האוכלוסיות - גם לאוכלוסייה המבוטחת בקופות-החולים במסגרת ביטוח החובה וגם לאוכלוסייה המבטחת את עצמה בחברות ביטוח. כל קופות-החולים מציעות לחבריהן ביטוח משלים וכ-90% מתבריהן מבטחים בו (Hermesse, 1996, עמ' 127).

בגרמניה חברות הביטוח מציעות ביטוח משלים לאוכלוסייה שמבוטחת בקופות-החולים (בין אם בביטוח חובה או בביטוח וולונטרי). קופות-החולים אינן רשאיות להעניק ביטוח משלים למבוטחיהן. מתוך 11% מהאוכלוסייה המבוטחת ממילא בחברות הביטוח בגין הביטוח הבסיסי שלהם (ביטוח חליפי לביטוח הממשלתי), 93% מבטחים את עצמם בביטוח משלים. בנוסף כ-5 מיליון אנשים שהם חברים

בקופות-החולים רוכשים ביטוח משלים כך שכ-18% מהאוכלוסייה מבוטחים בתכניות לביטוח משלים (Hermesse, 1996, עמ' 67-71).

בשוויץ הארגונים שנותנים את ביטוח החובה הבסיסי (קופות-החולים וחברות הביטוח) ביטחו את מבוטחיהם גם בביטוחים המשלימים עד לרפורמה ב-1996. הרפורמה שהונהגה ב-1996 הגדירה בצורה מפורטת סל שירותים חובה המאפשר הבחנה טובה יותר בין הביטוח הבסיסי לבין הביטוח המשלים. עם זאת, החוק אוסר על הביטוח המשלים לכסות השתתפויות עצמיות של המבוטחים בביטוח החובה.

בדנמרק יש ביטוח משלים המשרת בעיקר את התושבים שבחרו להיות בקבוצה ב', המשלמים חלק מההוצאות בעבור שירותי בריאות בתמורה לבחירה חופשית בספק השירות. בנוסף יש פוליסות לביטוח משלים לכל האוכלוסייה בעבור שירותים שאינם מכוסים על-ידי המערכת הממשלתית. הביטוח המשלים ניתן כמעט כולו על-ידי ארגון אחד, "דנמרק", המבטח 1.4 מיליון איש (25% מהאוכלוסייה), (Hermesse, 1996, עמ' 32-33).

באירלנד, ה-VHI שנותן ביטוח חילופי לחלק מהאוכלוסייה, מציע גם ביטוח משלים לכל האוכלוסייה, בגין שירותים שאינם מכוסים על-ידי המערכת הממשלתית וכן מציע ביטוח אלטרנטיבי, דהיינו ביטוח בגין שירותים שניתנים במערכת הממשלתית, אך בערוץ אלטרנטיבי, כגון אשפוז בבתי-חולים פרטיים (Hermesse, 1996, עמ' 76-77).

בקנדה כ-27% מהאוכלוסייה רוכשים ביטוח פרטי שהינו בעיקר ביטוח משלים המכסה שירותים שאינם ניתנים על-ידי המערכת הממשלתית, לרבות השתתפויות עצמיות.

באוסטרליה, קופות-חולים וולונטריות מציעות ביטוח משלים בנוסף לביטוח אלטרנטיבי, הביטוח המשלים מכסה הוצאות אמבולטוריות שאינן מכוסות על-ידי מדיקר. ארבעים ושניים אחוזים מהאוכלוסייה מבוטחים בביטוח אלטרנטיבי וביטוח משלים גם יחד (Hermesse & Lewalle, 1995).

פרק ב: מאפייני הארגונים הנותנים ביטוח נוסף

קיימים הבדלים בין הארצות השונות והארגונים הנותנים ביטוח בריאות נוסף, אך "בקהילה האירופאית, הביטוח המשלים כנגד ההוצאות הכרוכות במחלות נשלט על-ידי קרנות/קופות לביטוח הדדי ולא על-ידי חברות פרטיות למטרות רווח. חלק מן הקרנות הללו לביטוח הדדי נוצרו והתארגנו במדינות השונות עוד לפני הנהגת הביטוח הסוציאלי הממלכתי. עקב תפקידן ואופיין של הקרנות הללו כמשלימות הסדרי ביטוח חברתי הן נהנות בחלקן מהקלות מס וכן מתמיכה/סבסוד ציבורי שכן עליהן להתמודד בדפוסי התנהגות של Adverse Risk Selection" (Schneider, 1995, עמ' 17).

הדומיננטיות של אגודות שיתופיות ללא מטרות רווח אינה תוצאה של תהליך היסטורי בלבד אלא נובעת גם מהשקפת עולם. "בשוק הביטוח של הקהילה האירופאית, פועלים שני שחקנים ראשיים: חברות ביטוח ואגודות שיתופיות... לאגודות שיתופיות לביטוח הדדי יש תפקיד מרכזי בהגנה הפרטית על הבריאות... הביטוח המסחרי, כמו הביטוח ההדדי, מאמצים את העיקרון של חופש ההתקשרות... מבחינים ביניהם על פי יעדיהם: לחברות הביטוח יעד מסחרי בעוד שהאגודות השיתופיות מגינות בעיקר על האידיאל החברתי של הגנה וקידום האינטרס של חבריהן. הן שונות באופן יסודי בגלל הערך שמייחסות לסולידריות, צדק חברתי, הגנה על הדמוקרטיה, ומעל הכל מעמדן כארגונים ללא מטרות רווח המסיר כל מניע של רדיפת בצע וחלוקת רווחים בין חבריהן" (Lewalle & Hermesse, 1995, עמ' 51).

כך מצאנו שרוב חברות הביטוח הפרטיות בהולנד הן מלכ"רים. הארגון הדומיננטי באירלנד בתחום הביטוח הנוסף הוא ה-Voluntary Health Insurance Board, אגודה שיתופית ללא מטרות רווח, שהוקמה על פי חוק למטרה זו. באנגליה ה-British United Provident Association (B.U.P.A), ארגון ללא מטרות רווח, הוא הדומיננטי בשוק. כמו-כן danmark Sygeforsikring, אגודה שיתופית ללא מטרות רווח, מבטחת כמעט 100% מכל המבוטחים בביטוח בריאות נוסף בדנמרק. באוסטרליה רוב חברות הביטוח הן קופות או קרנות ללא מטרות רווח. בקנדה ביטוח בריאות משלים הוא הטבה סוציאלית במקומות עבודה רבים, וניתן בעיקר על-ידי Canada Blue Cross Plans, שהם ארגונים ללא מטרות רווח. בהולנד, בלגיה וצרפת, ביטוח בריאות משלים ניתן בעיקר על-ידי אותן קופות-החולים האחראיות על ניהול הביטוח הציבורי הסטטוטורי, ורוב חבריהן מבוטחים בתכניותיהן לביטוח משלים. למעשה, רק בגרמניה ובאיטליה, נשלט השוק של ביטוח בריאות נוסף בעיקר על-ידי חברות ביטוח מסחריות. גם בגרמניה, כ-50% מאלו הן אגודות שיתופיות (Von Maydell & Schulte, 1995, עמ' 217).

פרק ג: סלי השירותים הניתנים במערכות הציבוריות והטבות הניתנות בתכניות הביטוחים הנוספים

ספקי השירותים הנוספים במדינות השונות מושפעים, במידה רבה, על-ידי ספקי השירותים במערכת הציבורית. להלן לוח המתאר את אופן נתינת שירותים רפואיים במדינות בקהילה האירופאית.

בבלגיה, גרמניה, צרפת, לוקסמבורג והולנד, כל ספקי השירותים הם פרטיים או עצמאיים לרבות רופאים, בתי-חולים, בתי מרקחת, תרפיסטים או ספקי שירותים אחרים. במדינות אלו, ביטוח חובה ניתן באמצעות קופות-חולים והשירותים מסופקים על-ידי ספקי שירותים בהסכם עמן. בדנמרק, ספרד, יוון, אירלנד, אוסטרליה, קנדה, איטליה, פורטוגל ואנגליה, ניתנים שירותי אשפוז על-ידי בתי-חולים ציבוריים ופרטיים, אך בתי-החולים הציבוריים הם הדומיננטיים. בספרד, יוון, איטליה (רופאים מקצועיים בלבד) ובפורטוגל, הרבה מהרופאים הם שכירים במערכת הבריאות, כאשר באוסטרליה, קנדה, דנמרק, אירלנד, איטליה ואנגליה הרופאים (בעיקר רופאים כלליים) כאשר רופאים מקצועיים עובדים בעיקר בבתי-החולים) הם עצמאיים, הפועלים במערכת הציבורית על פי הסכם.

לוח 2: דרכי הספקת שירותים רפואיים במדינות אירופאיות

מדינה	הספקה ישירה (באמצעות שכירים או בבעלות המערכת הציבורית)	הספקה עקיפה (באמצעות ספקי שירותים בהסכם) - כל השירותים
בלגיה		כל השירותים
גרמניה		כל השירותים
דנמרק	בתי-חולים	רופאים, כלליים, רופאים מקצועיים, בתי-חולים חיצוניים, רופאי שיניים, פיזיותרפיסטים
ספרד	רופאים מקצועיים, בתי-חולים, רופאים כלליים	בתי מרקחת, רופאי שיניים, בתי-חולים פרטיים
צרפת		כל השירותים
יוון	רופאים, רופאי שיניים, בתי-חולים	בתי מרקחת, בתי-חולים פרטיים ספורים
אירלנד	בתי-חולים ציבוריים, רופאים מקצועיים	בתי-חולים פרטיים ללא מטרות רווח, רופאים כלליים, בתי מרקחת
איטליה	בתי-חולים ציבוריים, רופאים מקצועיים	בתי-חולים פרטיים, רופאים כלליים, רופאים מקצועיים פרטיים
לוקסמבורג		כל השירותים
הולנד		כל השירותים
פורטוגל	רופאים כלליים, רופאים מקצועיים, בתי-חולים ציבוריים	בתי-חולים פרטיים, בתי מרקחת, מעבדות להדמיה ופתולוגיה
אנגליה	בתי-חולים ציבוריים, שירותים קהילתיים	רופאים כלליים, בתי-חולים פרטיים, רוב רופאי השיניים
אוסטרליה	בתי-חולים ציבוריים	כל הרופאים לרבות רופאי השיניים
קנדה	בתי-חולים ציבוריים	כל הרופאים לרבות רופאי השיניים ²⁶

מקור: Abel-Smith et al., 1995, עמ' 26.

לפיכך, לא מפתיע ללמוד שבבלגיה, צרפת, גרמניה, לוקסמבורג והולנד, הספקים העצמאיים הנותנים שירותים במערכת הציבורית, הם אותם ספקים הנותנים שירותים "פרטיים" במסגרת הביטוחים הנוספים. במדינות עם בתי-חולים ציבוריים ופרטיים, הביטוח הנוסף נותן הזדמנות לאשפוז בבתי-חולים פרטיים, ובנוסף תנאי "מותרות" או "טיפול פרטי" בבתי-החולים הציבוריים. בחלק מהמדינות, כמו באוסטרליה, ביטוח נוסף מאפשר למבוטח לבחור ברופא המטפל שלו בבית-החולים הציבורי. במדינות מסוימות, כגון דנמרק, המבוטח בביטוח נוסף יכול לבחור בבית-חולים מחוץ לאזור מגוריו. במדינות אחרות, ביטוח נוסף מזכה את המבוטח לתנאי מותרות, כגון חדר בודד בבתי-חולים ציבוריים.

ברוב המדינות בהן הרופאים הם עצמאיים, רשאים אותם הרופאים לתת "טיפול פרטי" למבוטחים בביטוח נוסף, וזאת בנוסף לשירותים שהם נותנים על פי הסכם למערכת הציבורית. מדינה יוצאת דופן בנושא זה היא אוסטרליה, האוסרת על הביטוחים הנוספים לכסות שירותי רופאים.

חשוב לציין שבמדינות עם מערכות ביטוח סוציאלי וכן מדינות אחרות עם רופאים עצמאיים, לא נהוג לתת כיסוי בעבור שירותי רופאים בקהילה במסגרת הביטוחים הנוספים (למעט כיסוי השתתפויות עצמיות בצרפת ודנמרק), מאחר שלשירות שמקבלים יש ממילא אופי "פרטי", כי הרופאים העצמאיים מקבלים את הפציינטים שלהם במרפאותיהם הפרטיות. מקרה יוצא דופן הוא אירלנד, שבה 64% מהאוכלוסייה אינם מכוסים בגין שירות של רופאים במערכת הציבורית. לפיכך, יש כיסוי לשירות זה בביטוח הנוסף. באנגליה, ספרד ואיטליה, שבהן רופאים מקצועיים עובדים בדרך כלל כשכירים במערכת הציבורית, הביטוחים הנוספים מאפשרים גישה אליהם על בסיס פרטי במרפאותיהם הפרטיות.

פרק ד: סל השירותים/הטבות בביטוחים נוספים

הקשר בין המערכת הציבורית והביטוחים הנוספים בולט ביותר בנושא של הטבות והשירותים הניתנים על-ידי הביטוחים הנוספים. כמעט מובן מאליה שהשוק לביטוחים נוספים נוצר בעיקר בשל "מחסור" במערכת הבריאות הציבורית, בין אם מחסור כתוצאה מבעיות נגישות וזמינות, או הגבלות בחופש הבחירה בשירותים מסוימים, ובין אם שירותים מסוימים אינם מכוסים (במלואם או באופן חלקי) על-ידי המערכת הציבורית. כל המדינות שנסקרו מכסות במערכת הציבורית (אמנם בצורות שונות) את השירותים העיקריים: רפואה בקהילה (רופאים, שירותי אבחון ותרופות), וכן שירותי בתי-חולים. ברוב המדינות, קיימת השתתפות עצמית של האזרח בהוצאות על לפחות חלק מהשירותים. כמו-כן, קיים דמיון רב בביטוחים הנוספים הבאים להשלים את המערכת הציבורית, או להציב בפני האזרח אלטרנטיבות לשירותים הניתנים על ידה. כמעט בכלם יש כיסוי נוסף לאשפוז בצורה זו או אחרת, וכן הטבות בתחום רפואת השיניים, שירותים פרה-רפואיים, מכשירים ואבזרים רפואיים וכיסוי לשירותים בחו"ל. הטבה שכיחה נוספת היא כיסוי ההשתתפויות העצמיות הנהוגות במערכת הציבורית, למרות שבכמה מדינות, כגון שוויץ, אוסטרליה (לגבי רופאים) או אנגליה (לגבי שירותים מסוימים), קיים איסור על פי חוק על כיסוי ההשתתפויות העצמיות.

1. סל השירותים הציבורי

1.1 מדינות עם ביטוח סוציאלי

בכל המדינות שיש בהן ביטוח סוציאלי, קופות-החולים, או ארגונים דומים, מנהלים את הביטוח הציבורי. בכולן (בלגיה, צרפת, גרמניה, לוקסמבורג, שוויץ, והולנד) השירותים ניתנים על-ידי ספקי שירותים פרטיים או עצמאיים על פי הסכם עם קופות-החולים. ברוב המדינות יש חופש בחירה בספק השירות (רופא, בית-חולים וכד'), וקיימת השתתפות עצמית בשירותים אלו בגובה של עד 25% מהתעריף שנקבע בהסכם בין קופת-החולים לבין הספק. יוצאות הדופן הן גרמניה והולנד. בגרמניה יש חופש בחירה ברופא ללא השתתפות עצמית אך המבוטח נדרש לשלם השתתפות עצמית בגין אשפוז בבית-החולים. בהולנד, אין השתתפות עצמית בגין רופא אם המבוטח בוחר ברופא כללי מתוך רשימה באזור מגוריו ומגיע לרופא מקצועי על פי הפניית הרופא הכללי בלבד. כמו-כן, אין השתתפות עצמית באשפוז. בשוויץ, קיימת השתתפות עצמית אך הבחירה בספק השירותים היא מוגבלת לאזור המגורים.

1.2 מדינות עם מערכות ממשלתיות

הכיסוי הציבורי בעבור שירותים רפואיים במדינות עם מערכות ממשלתיות ניתן על-ידי מערכת ממשלתית מרוכזת (אנגליה, אירלנד, פורטוגל, איטליה, אוסטרליה), או על-ידי רשויות מקומיות כמו עיריות או פרובינציות (דנמרק, המדינות הסקנדינביות, ספרד, קנדה). השירותים ניתנים על-ידי תמהיל של ספקים עצמאיים בהסכם, ושירותים בבעלות הממשלה. באנגליה, איטליה ואירלנד הרופאים הכלליים הינם עצמאיים אך הרופאים המקצועיים הם שכירים ובדרך כלל פועלים במסגרת בתי-החולים. עם זאת, רוב בתי-החולים נמצאים בבעלות הממשלה אך בכל הארצות פועלים גם בתי-החולים פרטיים. בפורטוגל ובספרד גם הרופאים הכלליים והמקצועיים הם רופאים שכירים, וכן בתי-החולים הם ממשלתיים. בדנמרק, אוסטרליה וקנדה, כל הרופאים הם עצמאיים ורוב בתי-החולים הם ציבוריים. באיטליה, יש תמהיל של רופאים שכירים ורופאים עצמאיים אך רוב בתי-החולים הם ציבוריים. אין אחידות בנושא השתתפות העצמית של המבוטח. באנגליה, ספרד, איטליה וקנדה אין השתתפות עצמית בביקור אצל רופא וכן אין השתתפות עצמית בגין אשפוז בבתי-חולים ציבוריים, למעט איטליה. באוסטרליה, יש השתתפות עצמית של לפחות 15% בגין ביקור אצל רופאים, אך אשפוז ציבורי הוא ללא השתתפות. בפורטוגל יש השתתפות עצמית בביקור אצל רופא מקצועי ובגין אשפוז, אך אין השתתפות עצמית בביקור אצל רופא כללי. בדנמרק ואירלנד הכללים הם שונים לאוכלוסיות שונות. באירלנד, האוכלוסייה מתחת לתקרת הכנסה מסוימת זכאית לכלל השירותים ללא השתתפות עצמית, כאשר האוכלוסייה מעל תקרת הכנסה נושאת בעצמה במלוא התשלום בגין שירותים אמבולטוריים ומשלמת השתתפות עצמית בגין אשפוז. בדנמרק, האוכלוסייה הבוחרת להיות בקבוצה א' עם בחירה מוגבלת בספק השירותים אינה משלמת השתתפות עצמית. לאוכלוסייה שבוחרת להיות בקבוצה ב' יש חופש בחירה והשתתפות עצמית. בכל המדינות הללו יש חופש מוגבל בספק השירותים, למעט באוסטרליה וקנדה.

לוח 3: סיכום הסוגיות במדינות השונות

שירותים/מדינה	רופאים	בתי-חולים	תרופות	פרה-רפואי	שיניים	מכשירים	סיעוד
בלגיה	חופש בחירה, השתתפות עצמית	חופש בחירה, השתתפות עצמית	השתתפות עצמית 0%-75%	השתתפות עצמית	רפואה מונעת בלבד	כיסוי חלקי	כיסוי חלקי
צרפת	חופש בחירה, השתתפות עצמית	חופש בחירה, השתתפות עצמית	השתתפות עצמית 25%-100%	השתתפות עצמית	השתתפות עצמית	כיסוי חלקי	אין מידע
גרמניה	חופש בחירה, ללא השתתפות	חופש בחירה, השתתפות עצמית	היטל קבוע ביחס למחיר התרופה	השתתפות עצמית	השתתפות עצמית	החזר לפי תעריפים מוגדרים	ביטוח סוציאלי מיוחד. השתתפות עצמית
לוקסמבורג	חופש בחירה, השתתפות עצמית	חופש בחירה, השתתפות עצמית	השתתפות עצמית 20%-60%	השתתפות עצמית	השתתפות עצמית	אין מידע	אין מידע
שוויץ	בחירה מוגבלת, השתתפות עצמית	חופש בחירה, השתתפות עצמית	רשימה מוגדרת, ללא השתתפות	לפי מרשם, ללא השתתפות	אין כיסוי	כיסוי מלא	כיסוי מלא
הולנד	בחירה מוגבלת, ללא השתתפות	חופש בחירה, ללא השתתפות	רשימה מוגדרת, ללא השתתפות	מספר טיפולים מוגבל, ללא השתתפות	כיסוי חלקי	כיסוי חלקי	ביטוח סוציאלי מיוחד, השתתפות עצמית
דנמרק	קבוצה א: בחירה מוגבלת, ללא השתתפות קבוצה ב: חופש בחירה עם השתתפות	בחירה מוגבלת, ללא השתתפות חולים ציבוריים	השתתפות עצמית 30%-35%	השתתפות עצמית	כיסוי חלקי	כיסוי חלקי	כיסוי מלא

לוח 3: (המשך)

שירותים/מדינה

רופאים

בתי-חולים

תרופות

פרה-רפואי

שיניים

מכשירים

סיעוד

אנגליה

בחירה מוגבלת, ללא השתתפות

בחירה מוגבלת, ללא השתתפות עצמית בבתי-חולים ציבוריים

היטל קבוע אחיד

ללא השתתפות

השתתפות עצמית

כיסוי מבחן הכנסות

אירלנד

קבוצה א: בחירה מוגבלת, קבוצה ב: חופש בחירה בנושא, במלוא התשלום

קבוצה א: בתי-חולים ציבוריים ללא השתתפות קבוצה ב: השתתפות עצמית

קבוצה א: חניס קבוצה ב: השתתפות עצמית קבועה

קבוצה א: חניס קבוצה ב: השתתפות עצמית

קבוצה א: חניס קבוצה ב: השתתפות עצמית

אין מידע

ספרד

בחירה מוגבלת, ללא השתתפות

בחירה מוגבלת, ללא השתתפות בבתי-חולים ציבוריים

השתתפות עצמית 100%-40%

השתתפות עצמית

כיסוי מאוד חלקי

השתתפות עצמית

אין מידע

איטליה

בחירה מוגבלת, ללא השתתפות

בחירה מוגבלת, השתתפות עצמית

השתתפות עצמית לפי הכנסות המבוטח

השתתפות עצמית

ללא השתתפות במרפאות ממשלתיות

השתתפות עצמית

אין מידע

אוסטרליה

חופש בחירה, השתתפות עצמית

בתי-חולים ציבוריים ללא השתתפות

רשימה מוגדרת, ללא השתתפות

השתתפות עצמית

אין כיסוי

השתתפות עצמית

כיסוי מלא

קנדה

חופש בחירה, ללא השתתפות

חופש בחירה, ללא השתתפות

השתתפות עצמית עד 100%

השתתפות עצמית

כיסוי חלקי לאוכלוסיות מסוימות

כיסוי חלקי

כיסוי עם השתתפות עצמית

פורטוגל

בחירה מוגבלת, השתתפות עצמית ברופאים מקצועיים

בחירה מוגבלת, השתתפות עצמית

השתתפות עצמית 50%-0%

השתתפות עצמית

החזר חלקי על פי תעריפים מוגדרים

השתתפות עצמית

אין מידע

2. ההטבות בביטוחים הנוספים

כפי שכבר נאמר, קיים קשר ישיר כמעט בין סל השירותים הניתן במסגרת המערכת הציבורית ודרך הספקתו, לבין השירותים המוצעים על-ידי התכניות השונות לביטוח נוסף. כמו-כן, ביטוחים אלו מושפעים על-ידי המצוקות במערכת הבריאות.

2.1 מדינות עם ביטוח סוציאלי

השוני בין המדינות לגבי הביטוחים הנוספים גדול יותר מהדומה. בבלגיה, צרפת והולנד, הביטוחים הנוספים ניתנים בעיקר על-ידי קופות-החולים, והם בעיקר ביטוחים משלימים. ברוב קופות-החולים בבלגיה יש שני רבדים של ביטוח משלים - ביטוח "חובה" וביטוח אופציונלי. ביטוח החובה מעניק לכל החברים שירותים נוספים על אלו שבביטוח הבסיסי תמורת תשלום נוסף מעבר למס בריאות ציבורי. הביטוח האופציונלי מתמקד בעיקר בשירותי בתי-חולים ומכסה את ההשתתפויות העצמיות במערכת הציבורית, ותנאי מותרות, כמו חדר פרטי. בצרפת הביטוח המשלים הוא בעיקר כיסוי ההשתתפויות העצמיות במערכת הציבורית. בהולנד הביטוח המשלים מכסה תנאי מותרות בבתי-חולים ושירותים שאינם מכוסים על-ידי הסל. לדוגמה, טיפולים נוספים על-ידי פרה-רפואיים (כגון פיזיותרפיה) רפואת שיניים, מכשירים ואבזרים רפואיים, החלמה ושיקום ורפואה משלימה. ככלל, הביטוחים המשלימים בהולנד אינם מכסים השתתפויות עצמיות, למעט אשפוז סיעודי וטיפול סיעודי ביתי. בהולנד יש ביטוח חלופי לאוכלוסייה שאינה מכוסה בביטוח חובה באמצעות חברות הביטוח, המציע כיסוי בגין כל השירותים. בלוקסמבורג ובגרמניה, ולפי התכנון החל מ-1996 בשוויץ, ביטוח משלים אינו ניתן על-ידי קופות-החולים. בלוקסמבורג הביטוח המשלים הוא בעיקר כיסוי השתתפויות עצמיות במערכת הציבורית. בגרמניה ביטוח משלים ניתן על-ידי חברות ביטוח בלבד, המציעות כיסוי על כל השירותים. בשוויץ אסור להציע כיסוי ההשתתפויות העצמיות וכמו-כן מוגבל הביטוח המשלים לשירותים שאינם כלולים בסל, כגון בחירה ברופא בית-החולים ותנאי מותרות באשפוז.

2.2 מדינות עם מערכות ממשלתיות

באנגליה, ספרד ואיטליה הביטוחים הנוספים מהווים ביטוח אלטרנטיבי שבא בעיקר לענות על המצוקות (תורים, אי ספיקה) במערכת הציבורית, וכן לאפשר למבוטחים חופש בחירה מרבי של ספקי השירותים במסגרת פרטית. לפיכך, ניתן לרכוש פוליסות ביטוח המכסות את כלל השירותים. בפורטוגל, ביטוח פרטי אינו מפותח, ואחוז קטן יחסית של האוכלוסייה רוכשים אותו. השירותים הניתנים במסגרת הפרטית הם בעיקר שירותים של נוחיות, אשפוז פרטי, חופש בחירה ברופא, וביקורים אצל רופאים מקצועיים מחוץ לכותלי בתי-החולים. בדנמרק, הביטוח המשלים מיועד בעיקר לאלו הבוחרים להיות בקבוצה ב', ולפיכך מכסה את ההשתתפויות העצמיות הנובעות מהיכולת לבחור באופן חופשי ברופאים ובבתי-חולים, וכן השתתפויות עצמיות נוספות הנהוגות במערכת הציבורית. באירלנד הביטוח המשלים מיועד, גם הוא, בעיקר לאוכלוסייה בקבוצה ב', הנושאת במלוא התשלום בגין שירותים אמבולטוריים, וכן בהשתתפות עצמית בגין אשפוז. בנוסף, הביטוח המשלים מאפשר אשפוז במסגרות פרטיות. באוסטרליה אסור לבטח שירותים של רופאים בקהילה במסגרת ביטוח משלים. לפיכך, ההטבה הנפוצה ביותר היא כיסוי של אשפוז פרטי, לרבות בחירה ברופא המטפל בבתי-החולים הציבוריים. בקנדה הביטוח הנוסף הוא ביטוח משלים בלבד. כיסוי הוצאות רופאים מוגבל רק לביקורים אצל רופאים מחוץ לפרובינציה בה מתגורר

לוח 4: הימצאות השירותים השכיחים בביטוחים הנוספים, לפי מדינות

רפואה משלימה ושיטות ריפוי אחרות	שירותים בחו"ל	טיפול בקשיש (סיעודי)	שירותי אבחון	הסעות	החלמה ושיקום	מכשירים	פרה-רפואי	שיניים	תרופות	בתי-חולים	רופאים	
---	x	x	---	x	x	x	x	---	---	x	---	בלגיה
?	x	?	---	?	?	x	x	x	x	x	x	צרפת
							הציבורית	במערכת	עצמיות	השתתפויות	כיסוי	
ביטוח חלופי הניתן על-ידי קופות-חולים וחברות ביטוח לאוכלוסייה שאינה חייבת בביטוח חובה מציעות את כל סוגי השירותים.												
ביטוח משלים ניתן על-ידי חברות ביטוח מסחריות וכן ניתן לקבל ביטוח פרטי בגין כל השירותים.												
x	---	---	---	---	x	x	x	x	x	x	x	לוקסמבורג
							הציבורית	במערכת	עצמיות	השתתפויות	כיסוי	בעיקר
x	x	---	---	---	x	x	x	x	x	x	---	שוויץ
x	x	x	---	---	x	x	x	x	x	x	---	הולנד
x	x	---	---	---	x	x	x	x	x	x	x	דנמרק
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	אנגליה
?	x	---	x	x	x	x	x	x	---	x	x	אירלנד
?	x	?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ספרד
?	x	x	?	?	x	x	x	x	x	x	x	איטליה
?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	---	אוסטרליה
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	קנדה
?	?	?	?	?	?	?	?	---	---	x	x	פורטוגל

המבוטח. הביטוחים הפרטיים מכסים גם תנאי מותרות בבתי-החולים (חדר פרטי) רפואת שיניים, תרופות, שירותים פרה-רפואיים לרבות שירותים הניתנים על-ידי פודיאטרים וכירורגים, אחות פרטית, מכשירים ואבזרים רפואיים והסעות.

לוח 4 לעיל מסכם את השירותים השכיחים בביטוחים הנוספים במדינות השונות (פירוט סלי השירותים במערכות הציבוריות וההטבות הניתנות בביטוחים הנוספים נמצא בנספח ג).

פרק ה: מבנה וגובה הפרמיות לביטוחים הנוספים

השוני בין הביטוחים הנוספים במדינות השונות בנוגע לתנאי הצטרפות, גובה ומבנה הפרמיות, ותנאים/הגבלות במימוש זכויות הוא רב. לפיכך, קשה ביותר לעשות הכללות או להצביע על מגמות משותפות כלשהן. המסקנה העיקרית (שהיא כמעט טריוויאלית) היא שהאופי של הביטוחים הנוספים נקבע בעיקר על פי היקף הכיסוי ורמת הנגישות או ספיקה במערכת הציבורית. עוד גורם משפיע הוא החוקים והתקנות לגבי ביטוח בריאות במדינות השונות. להלן לוח המתאר את הביטוחים הנוספים בעשר מדינות לפי ארבעה משתנים: (1) "חיתום" או הגבלות בעת הצטרפות לביטוח; (2) סוג הביטוח; (3) מבנה הפרמיה; (4) תנאים מגבילים במימוש זכויות הביטוח.

לוח 5: ביטוח חלופי, ביטוח אלטרנטיבי וביטוח משלים בעשר מדינות לפי ההגבלות על ההצטרפות, סוג ההצטרפות, מבנה הפרמיה והגבלות במימוש זכויות

הגבלות להצטרפות	סוג	מבנה הפרמיה	הגבלות במימוש זכויות
1. ביטוח חלופי			
א. אגודות שיתופיות ללא מטרת רווח			
אירלנד (VHI)	הגבלה גיל - 65	קבוצתי	תעריפים מוגדרים, תקרות והשתתפויות עצמיות
בלגיה (קופת-חולים)	אין הגבלות להצטרפות	יחיד	בקופות - תקרות, בחברת ביטוח - תקופות אכשרה, הגבלות, השתתפויות עצמיות
גרמניה (קופת-חולים)	אין הגבלות להצטרפות	משפחה	זהה לאלו שבביטוח הסטוטורי
ב. חברות ביטוח			
גרמניה (חברות ביטוח)	הגבלת גיל - 65 או 70	לנפש	מגבלות לפי בעיות בסיכון תקופות אכשרה ותקופות המתנה, השתתפויות עצמיות
הולנד (חברות ביטוח)	אין הגבלות להצטרפות	קבוצתי יחיד	תקופות המתנה, השתתפויות עצמיות

הגבלות במימוש זכויות	מבנה הפרמיה	סוג	הגבלות להצטרפות
----------------------	-------------	-----	-----------------

2. ביטוח אלטרנטיבי

א. אגודות שיתופיות ללא מטרות רווח			
תקרות	אחיד לכל סוג פוליסה	יחיד	דנמרק מצב בריאות, גיל danmark
תקופות אכשרה ארוכות	אחיד לעובד, תוספת לבן זוג וכל ילד וסוג בית-חולים	קבוצתי	אנגליה אין ככלל (Provident Societies)
אין	Community Rating	יחיד	אוסטרליה אין קופת-חולים
תקופות אכשרה לשירותים מסוימים	היקף כיסוי	יחיד	ספרד אין. מעל גיל 60 תשלום סכום מראש HMO
אין נתונים	אחוז משכר	קבוצתי	איטליה אין נתונים אגודות שיתופיות

ב. חברות ביטוח

תקרות	לפי גיל וסוג פוליסה	יחיד	דנמרק מצב בריאות, גיל חברת ביטוח
תקופות אכשרה השתתפות עצמית	על בסיס גיל	יחיד	אנגליה מצב בריאות, גיל חברות ביטוח
תקופות אכשרה תקרות השתתפות	משתנים אקטואריים	יחיד	ספרד הגבלות גיל, חוזה לשנה חברות ביטוח
תקרות	גיל, מצב בריאות	יחיד	איטליה אין נתונים חברות ביטוח

3. ביטוח משלים

א. אגודות שיתופיות ללא מטרות רווח			
אין	Community Rating	יחיד	אוסטרליה אין (קופת-חולים)
תעריפים, תקרות השתתפות עצמית	Community Rating	קבוצתי בעיקר	אירלנד עד גיל 65 (VHI)
תקרות	אחיד לכל סוג פוליסה	יחיד	דנמרק מצב בריאות, גיל danmark
לא ידוע	Flat Rate Charge	יחיד משפחתי	הולנד אין קופת-חולים

לוח 5: (המשך)

הגבלות להצטרפות	סוג	מבנה הפרמיה	הגבלות במימוש זכויות
בלגיה קופת-חולים חובה	יחיד או משפחתי	סכום נומינלי אחיד	תקרות
קופת-חולים אופציונלי	אין	גיל, מין מבנה משפחתי	תקרות
צרפת קופת-חולים	יחיד משפחתי	אין נתונים	בעיקר כיסוי השתתפות עצמית במערכת הציבורית ישירות לספק
ב. חברות ביטוח			
דנמרק חברות ביטוח	יחיד	לפי גיל, סוג פוליסה	תקרות
גרמניה (חברות ביטוח)	לנפש	היקף סיכון, מין, גיל בעת הצטרפות	מגבלות לפי בעיות בסיכון, תקופות אכשרה, תקופות המתנה, השתתפות עצמית
הולנד חברות ביטוח	יחיד קבוצתי בעיקר	גיל, מין ורמת סיכון	תקופות המתנה, השתתפויות עצמיות
בלגיה חברה לביטוח	יחיד	גיל, מין, חשיפה לסיכון בעת הצטרפות	הגבלות, תקופות אכשרה, השתתפות עצמית
צרפת חברות ביטוח	קבוצתי בעיקר	קבוצתי - אחוז משכר. יחיד - גיל, מערכת ציבורית בה מבוטח, משתנה לפי גיל במהלך הביטוח	מגבלות למחלות מסוימות ותקופות המתנה

מהלוח הנ"ל, ניתן להסיק מספר מסקנות:

1. הבדלים בין נותני הביטוח ללא מטרות רווח לבין חברות מסחריות

ככל שהביטוח ניתן על-ידי אגודות שיתופיות לביטוח הדדי, קופות-החולים או ארגונים דומים, לרוב ללא מטרות רווח, יש פחות הגבלות בעת ההצטרפות, פרמיות נמוכות יותר, פרמיות המפלות פחות אוכלוסיות בסיכון, ופחות תנאים מגבילים למימוש זכויות הביטוח. כמו כן, חלק הרבה יותר גדול מהאוכלוסייה מבוטחים בביטוחים אלו. לדוגמה, בבלגיה, צרפת והולנד, שבהן הביטוח המשלים ניתן בעיקר על-ידי קופות-חולים למבוטחייהן, אחוז גדול מהאוכלוסייה המבוטחת בהן רוכשים ביטוח משלים (בבלגיה 92%, בצרפת 83% ובהולנד - 90%). לעומת זאת, בגרמניה רק חברות ביטוח מסחריות רשאיות להציע ביטוח משלים, ואכן רק 9% המבוטחים בקופות-חולים רוכשים אותו. כמו-כן, באירלנד כ-42% מהאוכלוסייה מבוטחים בביטוח נוסף, הרוב ב-VHI, וגם באוסטרליה כ-42% מבוטחים בקופות-חולים ללא מטרות רווח שפועלות במסגרת חוקי המדינה האוסרים הגבלות בעת הצטרפות ובעת מימוש הזכויות. בשתי

המדינות הללו הפרמיה מבוססת של Community Rating, דהיינו אין אפליה בגובה הפרמיה כלפי האוכלוסיות בעלות סיכון ביטוחי גבוה.

2. הגבלות בעת הצטרפות ("חיתום")

- (א) ברוב המדינות, יש רמה כלשהי של הגבלות על ההצטרפות ברכישת הפוליסות על-ידי יחידים. ההגבלה השכיחה ביותר הינה הגבלה בגיל, הקיימת בהצטרפות לביטוח משלים בדנמרק, אירלנד, ספרד, וגרמניה. קיימת הגבלה בגין מצב בריאותו של המועמד, בעיקר בחברות ביטוח.
- (ב) בתכניות ביטוח קבוצתיות (הקשורות בדרך כלל למקומות עבודה) אין הגבלות על ההצטרפות.

3. גובה הפרמיה

(א) הן במדינות עם חיתום והן במדינות שאין חיתום (דהיינו הגבלות כלשהן להצטרפות), גובה הפרמיה בגין פוליסות ליחידים נקבע על בסיס גיל. הדבר נכון לגבי חברות ביטוח מסחריות בדנמרק, באנגליה, באיטליה ובספרד; לגבי ביטוח אופציונלי בקופות-החולים בבליה, ובחברות הביטוח בצרפת, בגרמניה ובחולנד.

(ב) המדינות שיש בהן פרמיות אחידות ללא אפליה (כמובן עם הבדלים לפי היקף הביטוח שנרכש) הן דנמרק ב-danmark, אירלנד, אוסטרליה, אגודות שיתופיות בספרד, ביטוח חובה בקופות-חולים בבליה ובחולנד.

(ג) ישנן עוד שתי וריאציות מעניינות השונות משתי הקבוצות הנ"ל: (1) באנגליה גובה הפרמיה בתכניות קבוצתיות מושפע מהרכב המשפחה של המבוטח. יש תוספת אחידה לבן זוג ולכל ילד, וכן מקבוצת בתי-החולים הנבחרת על-ידי המבוטח. (2) קיימות תכניות ביטוח קבוצתיות, בעיקר הקשורות למקומות עבודה, שבהן הפרמיות מבוססות על אחוז משכר העובד, לדוגמה באגודות השיתופיות באיטליה, ובחברות הביטוח בצרפת.

(ד) קיימות גם מספר שיטות לעדכון הפרמיה במהלך תקופת הביטוח. בעיקרון קיימות שלוש שיטות: (1) עדכון על פי מדד כלשהו, כגון danmark בדנמרק, באירלנד ובאוסטרליה, באגודות שיתופיות בספרד ופוליסות קבוצתיות כמעט בכל המדינות. (2) שינוי הפרמיה בהתאם לגיל המבוטח, דהיינו הפרמיה עולה עם הזדקנותו. שיטה זו פועלת בחברות הביטוח המסחריות בדנמרק, בפוליסות ליחידים באנגליה, בחברות ביטוח באיטליה, בחברות ביטוח בספרד, ובחברות ביטוח בצרפת. (3) השיטה השלישית דומה יותר לשיטה הראשונה. יש כנראה עדכון כלשהו במשך הזמן בהתאם להעלאת מחירי השירותים, אבל העיקרון הוא שגובה הפרמיה נקבע על פי גיל המבוטח בעת הצטרפותו ואינו משתנה עם הזדקנותו במהלך הביטוח. שיטה זו בולטת בעיקר בחברות הביטוח בגרמניה, באירלנד, בחברות הביטוח בבליה, וב-Provident Societies בצרפת.

4. תנאים/הגבלות למימוש זכויות

ישנם 6 סוגי תנאים או הגבלות עיקריים למימוש זכויות: (1) השתתפות עצמית של החבר; (2) תקרות להשתתפות (בסכומים אבסולוטיים או כאחוז מההוצאות); (3) תעריפים מוגדרים; (4) תקופות אכשרה; (5) תקופות המתנה; (6) מגבלות (Exclusions) על מחלות מסוימות או פגיעות הנגרמות על-ידי גורמים ספציפיים (כגון תאונות ספורט).

מהנתונים בלוח הני"ל, נראה כי קיים קשר בין רמת ההגבלות בעת הצטרפות (חיתום) ורמת התנאים והמגבלות למימוש זכויות. ככל שהתנאים להצטרפות ליברליים יותר, ההגבלות למימוש הזכויות קשות יותר.

בכל מדינה ובכל סוג ביטוח נוסף (בין אם אלטרנטיבי, חלופי או משלים) יש "איזון" בין תנאי החיתום, מבנה וגובה הפרמיה, והגבלות למימוש הזכויות, על-מנת להבטיח מרווח מסוים של רווחים או עודפים לגוף שנותן את הביטוח.

פרק ו: חוקים ותקנות בנוגע לביטוחי בריאות נוספים

שוק ביטוח הבריאות הנוסף מנוהל על פי חוקים ותקנות בכל ארצות אירופה ובעיקר בגלל שתי סיבות עיקריות:

- ◆ לביטוחי בריאות נוספים יש תפקיד חברתי ולכן החקיקה באה להגן על החברה - קרי המבוטחים. גם בביטוחי בריאות נוספים כמו בכל תחום שירותי הבריאות יש חוסר איזון בידע ובאינפורמציה בין נותן השירות לבין מקבל השירות.
- ◆ ביטוחי בריאות נוספים עלולים להשפיע על הכיסוי הבסיסי הניתן במסגרת המערכת הציבורית.

בשנים האחרונות קיימת התעסקות רבה בקהילה האירופאית בהתקנת תקנות שיאפשרו את ניידות המבוטחים ממדינה למדינה בתוך הקהילה, וכן פתיחת הגבולות בין המדינות על-מנת לאפשר למבוטחים במדינה אחת להציע את תכניותיהם במדינות אחרות. לפיכך נקבעו מספר כללים אחידים החלים על כל המדינות בקהילה האירופאית:

1. בכל מדינה חייבת להיות חקיקה לפיקוח על עסקי ביטוח, בכלל, וביטוח בריאות, בפרט, בגלל מעמדו ותפקידו המיוחד בחיים הכלכליים והפריטיים של האוכלוסייה. לעומת סוגים אחרים של עסקים, ההטבה הניתנת על-ידי המבטח תמורת פרמיה שקיבל, הינה רק הבטחה לתת את הכיסוי, שיפוי או פיצוי, אם וכאשר יקרה המקרה. לפיכך, עסקי ביטוח נשענים על הביטחון והאמונה של האוכלוסייה, שבעת קרות המקרה, המבטח באמת ימלא את הבטחתו. להבטחה הניתנת על-ידי המבטח משמעות כלכלית, ואולי חשוב יותר, משמעות חברתית ואתית (Muller, 1995).

2. הפיקוח על הביטוח חייב למלא שני תפקידים: הסתכלות והתערבות לצורך התאמה או תיקון.

3. המטרה של הפיקוח היא להגן על אינטרסים של המבוטחים, ולהבטיח מימוש זכויות הפוליסה על-ידי המבטח. לצורך זה חובה על כל מדינה לקבוע תקנות מחייבות.

4. המבטח רשאי להתעסק בתחום אך ורק במסגרת רשיון ו/או רשות של המפקח כאשר משמעות רשיון זה היא שהתפעול העסקי של המבטח הוא ללא פגם.

5. יש צורך בתיאום בין המדינות בקהילה האירופאית בתוכן התנאים למתן רשיון, אך עדיין נשאר חופש מסוים לכל מדינה ומדינה, ובמיוחד בביטוח בריאות. התנאים העיקריים הם כדלקמן:

א. המצב המשפטי של הארגון: ביטוח יכול להינתן רק על-ידי ארגונים מסוימים, בעיקר חברות בע"מ, אגודות שיתופיות, חברות לביטוח הדדי, וארגונים אחרים שהוקמו במסגרת החוק בכל המדינה.

ב. ארגוני ביטוח רשאים להתעסק אך ורק בביטוח ואינם רשאים לעסוק באף תחום עסקי אחר. כמו-כן, חייבת להיות הפרדה מוחלטת בין ביטוח נגד נזקים לבין ביטוח חיים. שני הביטוחים הללו אינם יכולים להינתן על-ידי אותו ארגון.

ג. הארגון חייב להגיש בקשה לעסוק בביטוח בריאות לרבות תכנית עסקית המפרטת את העקרונות לחישוב הפרמיות והרזרבות האקטואריות, וכן להראות כיצד זכויות המבוטח מוגנות.

ד. המצב הכלכלי והכספי וכן ההון של המבטח חייבים לעמוד ברמה מסוימת המוגדרת על-ידי כל מדינה.

ה. הנהלת הארגון חייבת להיות בעלת הכשרה בתחום הביטוח (Muller, 1995).

קיימת שונות רבה ברמת החקיקה וחומרתה במדינות השונות, בהתאם להיקף השוק והקשר בין הביטוח הבסיסי הציבורי לבין הביטוחים הנוספים. שלא במפתיע, המדינות המחמירות ביותר הן מדינות שבהן ביטוח החובה אינו חל על כל האוכלוסייה, ולפיכך, חלק מהאוכלוסייה רוכשים גם את הביטוח הבסיסי באופן וולונטרי מחוץ למסגרת הציבורית. קיימים חוקים ותקנות ברוב המדינות בסוגיות הבאות: סוג הארגונים הרשאים להציע ביטוחי בריאות נוספים; מבנה הפרמיה; חיתום; תוכן ההטבות, זכויות או סל השירותים; אופן מימוש הזכויות; תקופות הביטוח; הטבות מס.

♦ בגרמניה ובהולנד קיימת "הפרדת ענפים", דהיינו, רשאיות להציע ביטוחים רפואיים חברות העוסקות רק בתחום זה ובאף תחום ביטוחי אחר.

♦ כמעט בכל המדינות, אגודות שיתופיות ללא מטרות רווח וכן חברות ביטוח מסחריות, מוכרות כמבטחים למתן הביטוח הרפואי, אף שבדרך כלל שני הסוגים של המבטחים פועלים בפקוח גופים ממשלתיים שונים.

♦ בחלק מהמדינות, כגון אוסטרליה ואירלנד, יש חוקים ותקנות מפורשים לגבי מבנה הפרמיה הקובעים שהפרמיה בגין ביטוח רפואי חייבת להיות על בסיס Community Rating בלבד.

♦ בחלק מהמדינות, כגון גרמניה, יש תקנות הדורשות סבסוד צולב בין הגילאים השונים בקביעת רמת הפרמיה שלהם.

♦ בהולנד ובאוסטרליה, המבטחים חייבים לקבל כל פונה ואינם רשאים לעשות סלקציה. לפיכך, קיים הסדר לאיזון סיכונים בין מבטחים על-מנת להגן עליהם בפני תוצאות של adverse selection של מבטחים בסיכון גבוה.

♦ במספר מדינות, כגון שוויץ ואוסטרליה, וכן באנגליה, אסור לביטוח הרפואי הנוסף לכסות השתתפויות עצמיות הנהוגות במערכת הציבורית.

♦ מתן הטבות מס למבטחים על הפרמיות שהם משלמים בגין ביטוחים נוספים, מבטא, במידת-מה, עד כמה השלטון רואה בביטוחים הנוספים חלק אינטגרלי פחות או יותר מההגנה החברתית נגד סיכונים מחלה. קיימות הטבות מס על פרמיות בצרפת ואירלנד. בבלגיה הפרמיה של העצמאיים בגין ביטוח חלופי לסיכונים קטנים נחשבת חלק מהוצאותיו העסקיות הפטורות ממסים. בספרד 15% מההוצאות של בתי אב בגין שירותי בריאות, לרבות פרמיות, פטורות ממס הכנסה. בדנמרק ואנגליה אין הטבות מס על פרמיות. באיטליה אין הטבות מס על פרמיות אך ניתן לנכות הוצאות בגין שירותי בריאות ממס הכנסה אפילו אם הוצאות אלו כוסו על-ידי ביטוח. במדינות, כגון הולנד, אין הטבות מס אך יש סבסוד ממשלתי בגין ביטוח לאוכלוסיות מסוימות.

החוקים והתקנות הקובעים את התנאים לפעילות ביטוחי בריאות נוספים במדינות אירופה שונים ומשונים, אך מבטאים בצורה ברורה למדי את השקפת השלטון בכל מדינה כלפי תחום זה. ככלל, קופות-החולים רשאיות לתת ביטוחים נוספים ואף מעודדות לעשות כך בחלק מהמדינות. הן מוכרות כמבטחים אפילו במדינות בהן הן פועלות תחת גוף מפקח נפרד מזה שמפקח על חברות הביטוח המסחריות.

ניתן לומר שהחוקים והתקנות באירופה משקפים מדיניות ברורה של אפליה בין סוגים שונים של מבטחים לטובת ארגונים ללא מטרות רווח, בין אם מדובר בקופות-חולים, אגודות שיתופיות, או בחברות מסוגים שונים לביטוח הדדי.

ברוב מדינות אירופה נמצאים חוקים ותקנות אלו בבחינה מחדש, כתוצאה מהתקנות החדשות של הקהיליה האירופאית שמנסה להביא את החוקים בכל המדינות החברות בה למכנה משותף כלשהו, במגמה לשבור את הגבולות הגיאוגרפיים בין המדינות השונות. נכון לומר שהכיוון, אם כן, הוא לליברליזציה של החוקים והתקנות בגין ביטוחי בריאות במדינות אירופה. מגמה זו עשויה להשפיע במידה מסוימת על כל הסוגיות בהן דנו בפרק זה.

פרק ז: השלכות על משתנים כלכליים ותמריצים

1. עומס התשלומים בגין ביטוח נוסף על כיסו של המבוטח

בנושא זה עולה קושי רב במציאת נתונים, קביעת הבסיס להשוואה, וניתוח הנתונים. בספרות שנסקרה לא היו נתונים ספציפיים על המצב הכלכלי של המבוטחים בביטוחים הנוספים, למעט בשלוש מדינות: גרמניה, הולנד ואירלנד, בהן מוגדרת על פי חוק האוכלוסייה החייבת בביטוח ציבורי לפי גובה הכנסותיה. לפיכך, על פי הגדרה, האוכלוסייה הרוכשת ביטוח חלופי היא אוכלוסייה ברמה חברתית-כלכלית גבוהה. היכולת להסיק מסקנות בגין האוכלוסייה המבוטחת בביטוח אלטרנטיבי ומשלים, היא בעייתית יותר.

מאחר שלסוגיה זו יש חשיבות, נעשה ניסיון לקבל תמונה כלשהי של העומס על כיס המבוטח בגין ביטוח אלטרנטיבי ומשלים, בעזרת הנתונים המוגבלים שהיו ברי השגה. הנתון הנגיש ביותר לגבי ביטוחים אלו הוא סך-הכל הוצאות לשנה בעבור הביטוחים, וכן מספר המבוטחים בביטוחים אלו. ההוצאות הללו למבוטח חושבו כאחוז מהתמ"ג לנפש. תוצאות הניתוח מובאות בלוחות שלהלן.

לוח 6: המדינות לפי מדדים שונים של ביטוח משלים ואלטרנטיבי

סוג ביטוח: אלטרנטיבי (א) משלים (מ)	סך-כל האוכלוסייה (באלפים)	אחוז אוכלוסייה מבוטחת בביטוח ציבורי	אוכלוסייה עם ביטוח משלים או אלטרנטיבי כאחוז מסך-כל האוכלוסייה	אוכלוסייה עם ביטוח אלטרנטיבי או משלים (באלפים)	אחוז אוכלוסייה עם ביטוח משלים או אלטרנטיבי כאחוז מסך-כל האוכלוסייה
א	39,150	99.5%	11%	4,000	11%
א+מ	17,657	100%	42%	7416	42%
א	58,606	100%	11%	6389	11%
א+מ	3,601	100%	42%	1,489	42%
א+מ	57,283	100%	20%	11,441	20%
מ	79,364	88%	*9.3%	5,178	*9.3%
מ	57,374	99.5%	83%	47,619	83%
מ	10,116	100%	92%	9,317	92%
מ	5,205	100%	25%	1,300	25%
מ	15,608	68%	*90%	8,730	*90%
א+מ	10,161	100%	5%	508	5%

* המספרים בגרמניה והולנד הם אחוז המבוטחים בביטוח משלים מסך-הכל המבוטחים בקופות-חולים בלבד. מקור: נתוני האוכלוסייה נלקחו מנתוני ה-OECD; שאר הנתונים נלקחו מ-Hermesse (1996), מ-National Commentaries (1996) ומ-Schneider (1995).

מלוח 7 ניתן להפיק מספר מסקנות:

1. במדינות עם מערכות ממלכתיות האמורות לכסות את כלל האוכלוסייה, האוכלוסייה הרוכשת ביטוח אלטרנטיבי היא אוכלוסייה מצומצמת יחסית, ועומס הביטוח הנוסף על כיסו של המבוטח הוא גבוה יחסית. ניתן לשער, אם כן, שזאת אוכלוסייה מבוססת שיכולה להרשות לעצמה לרכוש ביטוח נוסף. כפי שרואים, ההוצאה למבוטח כאחוז מהתמ"ג לנפש ביוון היא 3.0%, באוסטרליה 2.3%, באנגליה 2.2%, באירלנד 1.4% ובאיטליה 0.8%. יש לציין שבאירלנד הביטוח בעבור חלק מהאוכלוסייה מהווה גם מעין ביטוח חלופי, אך מהנתונים שבידינו לא היה ניתן להפריד בין האלמנטים האלטרנטיביים, המשלימים והחלופיים.
2. במדינות עם ביטוח בריאות סוציאלי ציבורי, הביטוח הנוסף הינו ביטוח משלים בלבד. ככלל, ביטוח זה מהווה עומס שולי על כיסו של המבוטח, ולכן אחוז גבוה מסך-כל האוכלוסייה מבוטחים בו. דנמרק היא המדינה היחידה עם מערכת ממלכתית שבה הביטוח הנוסף הינו ביטוח משלים בעיקר. האוכלוסייה המבוטחת מהווה אמנם 25% מסך-כל האוכלוסייה בלבד, אך זאת כנראה משום ששאר האוכלוסייה אינם מרגישים צורך בכך. כפי שרואים מהלוח, העומס על כיס המבוטח הינו קטן יחסית. בשאר המדינות, בהן הביטוח המשלים ניתן בעיקר על-ידי קופות-החולים (צרפת, בלגיה והולנד), העומס על כיס המבוטח מזערי ולכן מבוטחים בו 83% בצרפת, 90% בהולנד ו-92% בבלגיה.

לוח 7: המדינות לפי סוג ביטוח והוצאות לפי מדדים שונים

סוג ביטוח: אלטרנטיבי (א) משלים (מ)	הוצאות לנפש כאחוז מהתמ"ג לנפש בביטוח ציבורי	הוצאות למבוטח כאחוז מהתמ"ג לנפש - ביטוח משלים או אלטרנטיבי	סך-הכל הוצאות לבריאות כאחוז מהתמ"ג	סך-הכל הוצאות למבוטח מהתמ"ג לנפש, ציבורי + נוסף
א+מ	3.5%	3.0%	4.2%	6.5
א+מ	5.8%	2.3%	8.5%	8.1
א	5.9%	2.2%	6.9%	8.1
א+מ	5.1%	1.4%	6.4%	6.5
א	5.7%	1.3%	7.3%	7.0
א+מ	6.3%	0.8%	7.7%	7.1
מ	7.0%	0.7%	9.4%	7.7
מ	6.8%	0.5%	8.8%	7.3
מ	5.5%	0.46%	6.6%	5.6
מ	7.0%	0.31%	8.0%	7.31

מקור: הוצאות לנפש כאחוז מהתמ"ג וסך-הכל הוצאות לבריאות כאחוז מהתמ"ג נלקחו מבסיס המידע של ה-OECD. שאר הנתונים הם תוצאה מחישובים שנעשו על-ידינו על בסיס נתונים בגין הכנסות מפרמיות והוצאות על תביעות ומספר המבוטחים שנמצאים ב-Hermesse (1996), ב-National Commentaries (1996) וב-Schneider (1995). לגבי הולנד, סופקו נתונים נוספים על-ידי Prof. Aad De Roo, שפורסמו בעיתון Algemeen Dagblad, בתאריך 21.1.99.

2. ההוצאות על ביטוח נוסף בהשוואה לסך-הכל ההוצאות לבריאות

ברוב המדינות, ההיקף הכספי של הביטוחים הנוספים ביחס להוצאה הלאומית לבריאות, ואף ביחס להוצאה הציבורית, הוא קטן יחסית. ההוצאה הגבוהה ביותר יחסית בגין ביטוח נוסף הינה באוסטרליה וזה אינו מפתיע. בשנים האחרונות ממשלת אוסטרליה נקטה בצעדים ברורים וגלויים להקטין את ההוצאות הציבוריות על-ידי העברת חלק ניכר מההוצאות לביטוח הפרטי ו/או לכיס האזרח (National Commentaries, 1996). גם באירלנד, הנתון אינו מפתיע. יש לזכור שכ-64% מהאוכלוסייה מכוסים על-ידי המערכת הממשלתית בגין טיפול רפואי בבתי-חולים ציבוריים בלבד. אוכלוסייה זו נשאת במלוא התשלום בגין השירותים והקהילה ולכן רוכשת ביטוח בריאות מה-VHI, שהוקם ונועד למטרה זו על-ידי הממשלה לכיסוי הוצאות אלו (Hermesse, 1996). המדינה השלישית בגובה ההוצאה בגין ביטוח משלים היא צרפת. שוב, הדבר נובע מאופי מערכת הבריאות הציבורית כאשר כמעט כל משקי הבית בצרפת מכוסים על-ידי ביטוח ציבורי המכסה כ-74% מסך-כל ההוצאות על בריאות של משקי הבית, אך במערכת זו נהוגות השתתפויות עצמיות גבוהות. הביטוח הציבורי מכסה כ-55% מההוצאות בגין תרופות, 58% מההוצאות בגין טיפול בקהילה ו-92% מההוצאות אשפוז. מאחר שהתפקיד העיקרי של הביטוח המשלים הוא לכסות את ההשתתפויות העצמיות הגבוהות הללו אין זה פלא שההוצאה בגין ביטוח משלים היא גבוהה יחסית. הביטוח המשלים מכסה כ-46% מההוצאות מכיסם של משקי הבית ועל-ידי כך מקטין את ההשתתפות העצמית הממוצעת ל-14%-26% (Chiappory et al., 1998).

בכל שאר המדינות, ההוצאה בגין ביטוח נוסף כאחוז מסך-כל ההוצאות הלאומיות מגיעה לפחות מ-5%. אם כן, ניתן להבין מדוע כלכלני הבריאות באירופה טוענים שביטוח הבריאות הנוסף אינו נושא ציבורי בר חשיבות (Chinitz et al., 1998).

למרות זאת, הפיקוח על ביטוחי בריאות פרטיים מהווה חלק אינטגרלי מהמדיניות הציבורית בכל המדינות באירופה, ובמיוחד במדינות, כגון גרמניה, הולנד, ואירלנד, שבהן הביטוח ה"פרטי" מהווה כיסוי ביטוחי בסיסי לחלק ניכר מהאוכלוסייה.

בו-זמנית אין אנו רואים שום מגמה לצמצום בסלי השירותים במערכות הציבוריות כתוצאה ישירה מקיומם של ביטוחי בריאות וולונטריים נוספים. למרות הלחץ האדיר על ממשלות במדינות המערב לשלוט ואף לצמצם את ההוצאות הציבוריות על בריאות, לא נתקבלו החלטות בתקופה האחרונה לאפשר לחלק מהאוכלוסייה לבחור לצאת (Opting Out) מהמערכת הציבורית; גם הוצאת שירותים מהסל הציבורי אינה תופעה שכיחה. ברוב המדינות, הסל הציבורי נשאר מקיף מספיק, כאשר ההשלכות של המגזר הפרטי על שוויון הנגישות לשירותי בריאות ממשיכות להיות שוליות (Chinitz et al., 1998).

הרפורמה במערכת הציבורית עצמה ממשיכה להיות מוקד העשייה של המדינות האירופאיות במטרה לייעל אותה על-ידי ביזור סמכויות, ותגבור התחרות. קיימת, אמנם, תופעה של העברת חלק מהנטל הכספי אל כיסו של האזרח, בעיקר על-ידי השתתפויות עצמיות, שעלולה בסופו של דבר, להשליך על ביטוחי בריאות נוספים.

לוח 8: המדינות לפי ההוצאות על ביטוח נוסף

(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
הוצאה על ביטוח נוסף כאחוז מההוצאה הציבורית לבריאות	הוצאה על ביטוח נוסף כאחוז מסך-כל ההוצאה הלאומית	הוצאה בגין ביטוח בריאות נוסף במיליוני NCU	הוצאה ציבורית לבריאות במיליוני NCU	הוצאה לאומית לבריאות במיליוני *NCU	
17.5%	11%	4,100	23,450	36,495	אוסטרליה (1993)
10.9%	9.1%	** 230	2,805	2,550	אירלנד (1995)
8.3%	6.2%	40,718	491,109	656,738	צרפת (1993)
5.7%	4.9%	30,725	535,200	624,600	בלגיה (1994)
5.3%	4.1%	** 200,000	3,794,765	4,819,000	ספרד (1994)
4.4%	3.6%	** 20,000	454,830	552,835	יוון (1990)
4.8%	3.5%	*** 2,095	43,300	66,100	הולנד (1997)
3.4%	2.9%	1,400	40,892	48,469	אנגליה (1995)
7.7%	2.1%	** 30,000	94,871,000	137,000,000	איטליה (1995)
1.6%	1.3%	1,023	65,878	76,040	דנמרק (1994)

* National Currency Units = NCU

** המספרים לגבי מדינות אלו הם הכנסות מפרמיות. מאחר שלא הצלחנו לקבל נתונים על הוצאות יש להניח שההוצאות נמוכות יותר מההכנסות, ואם כן האחוזים של הביטוח הנוסף מסך-הכל ההוצאה כפי שמופיעים בלוח הם מנופחים, אך זה בכל זאת נותן אינדיקציה.

*** המספרים לגבי הולנד מתייחסים לביטוח המשלים של קופות-החולים בלבד בגין האוכלוסייה החייבת בביטוח חובה. שאר האוכלוסייה רוכשת את הביטוח הבסיסי והמשלים מחברות הביטוח ולא ניתן להפריד בין שני סוגי הביטוח. בהוצאות ב-1995 בגין ביטוח פרטי היו 7,320 מיליון והיו כ-13.1% מסך-הכל ההוצאה הלאומית על בריאות וכ-17% מההוצאה הציבורית. יש להזכיר שמדובר על כיסוי בסיסי ומשלים של כ-31% מהאוכלוסייה.

מקור: הנתונים בטורים (1) ו-(2) נלקחו מבסיס המידע הממוחשב OECD98; הנתונים בטור (3) נלקחו ממספר מקורות: (1996) Hermesse; (1996b) Hermesse; (1995) Schneider; הנתונים על הולנד סופקו על-ידי Prof. Aad De Roo, שפורסמו בעיתון Algemeen Dagblad, בתאריך 21.1.99; הנתונים בטורים (4) ו-(5) התקבלו על-ידי חישוב.

3. תמריצים

מניתוח המצב הנוכחי בכל מדינות אירופה, ניתן לומר שהשפעה של ביטוחי בריאות נוספים על התמריצים של השחקנים השונים במערכת היא שולית. אך קיים פוטנציאל להשפעה בתחומים הבאים:

1. צמצום סלי השירותים של המערכת הציבורית ושימוש בביטוחי בריאות נוספים כאפשרות נוספת להעברת הנטל הכספי מהכיס הציבורי לכיס האזרח.
2. הגדלת היצע השירותים על-ידי ספקי השירותים, ובמקביל הגדלת הביקוש לשירותים על-ידי הצרכנים שיביא לשימוש יתר בשירותים ועלייה נוספת בהוצאה הלאומית על בריאות.
3. רכישת ביטוח בריאות נוסף בידי האוכלוסייה החולה יותר, וכן יצירת הבעיה של adverse selection.
4. נטייה של מבטחים להגן על עצמם מול adverse selection באמצעות סלקציה של סיכונים.

הסכנה הפוטנציאלית המשמעותית ביותר היא אולי הבעיה של הסכנה המוסרית (Moral Hazard). לא מצאנו מחקרים אמפיריים שפורסמו בנושא זה במדינות שנסקרו, אך קיימת ספרות ענפה בנושא לגבי הביטוחים המשלימים ל"מדיקר" בארצות-הברית (הביטוח הציבורי לאוכלוסייה הקשישה). להלן ציטוטים מתוך אחדים מהפרסומים בנידון: Bluestein (1995) הראה שהשימוש בממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד הושפע על-ידי ביטוח משלים. חשוב לציין שהמחסומים הפיננסיים לבדיקה זו ב"מדיקר" משמעותיים. Stuart & Grana (1998) מצאו שקשישים עם ביטוח משלים למדיקר השתמשו ב-6%-17% יותר בתרופות לטיפול בבעיותיהם הרפואיות. "מדיקר" אינו מכסה כלל תרופות אמבולטוריות. מחקרים שנערכו על-ידי McCall et al. (1991), Hurd & McGarry (1997) ו-Wolfe & Goddeeris (1991), מראים כולם שביטוח משלים פרטי המקטין, או מכסה השתתפויות עצמיות במדיקר, מגביר את השימוש בשירותים.

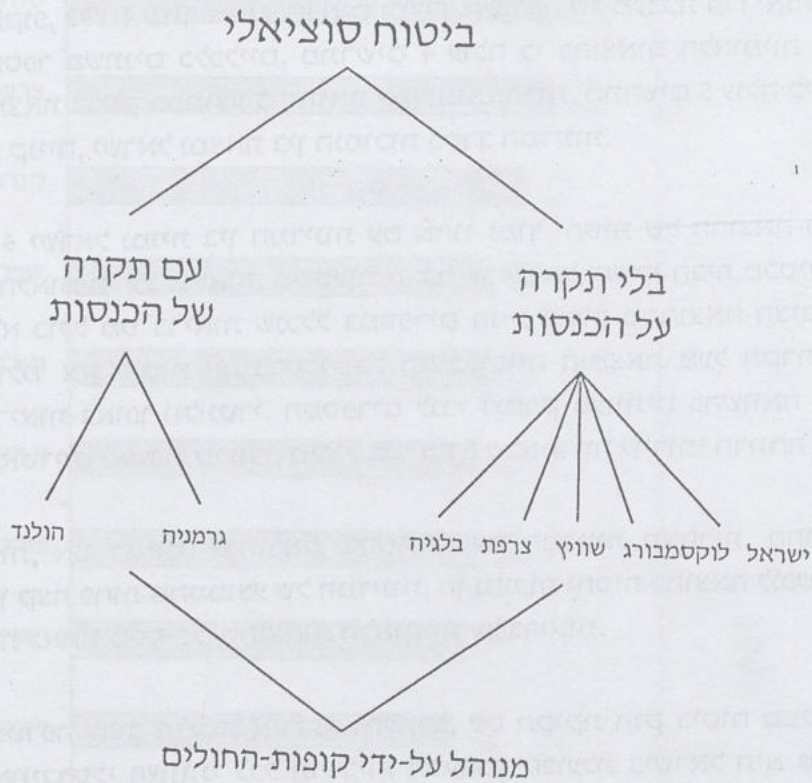
משמעות עבודות אלו היא: (1) ביטוח משלים המכסה שירותים הנתפסים על-ידי הלקוח כחיוניים, שאינם כלולים בסל הציבורי, מסיר מחסומים פיננסיים וכן מגביר את השימוש בהם; (2) ביטוח משלים המכסה השתתפויות עצמיות מנטרל את ההשפעה של אותן השתתפויות עצמיות ולכן מגביר שימוש (McCall et al., 1991).

ניתן למנוע בעיות פוטנציאליות אלו על-ידי ביטול ביטוחי בריאות וולונטריים נוספים בכל המדינות המנהיגות מערכות בריאות ציבוריות. דבר זה אינו פשוט ולא ברור אם הוא ניתן או אפילו רצוי. קשה להאמין שמשטר דמוקרטי כלשהו יהיה מוכן לנקוט בצעד דרסטי כזה. יתר על כן, גם אם האופציה של ביטוחי בריאות נוספים לא הייתה קיימת, האזרחים האמידים ימשיכו לצרוך ולהרשות לעצמם לרכוש שירותי רפואה פרטיים מעבר לאלו הניתנים על-ידי המערכת הציבורית, כאשר שאר האוכלוסייה תאלץ להסתפק במה שניתן לקבל במסגרת המערכת הציבורית - דבר שיפגע בצורה מוחלטת בשוויון נגישות השירותים. דהיינו, ביטול כל אפשרות לגשת לביטוח בריאות נוסף וולונטרי לא ימנע את הקיום של מערכת דו-רובדית. ייתכן שקיומו של ביטוח בריאות נוסף במחיר נמוך יחסית מהווה, דווקא, את הדרך המוצלחת ביותר לצמצם את חוסר השוויון שקיים ממילא, על-ידי הגדלת נגישות ביטוח זה לפלח רחב יותר של האוכלוסייה. זאת, כנראה, היא הדעה של מדינות, כגון הולנד ובלגיה, הרואות את הביטוח המשלים כחלק אינטגרלי ממערכת הבריאות כולה, וכתוצאה מכך דאגו לתת אותו בצורה המאפשרת גישה אליו לרוב האוכלוסייה.

פרק ח: ישראל בפרספקטיבה בין-לאומית

1. מערכת הבריאות הציבורית בישראל בהשוואה למדינות אירופה

מערכת הבריאות בישראל, הן לפני חוק ביטוח בריאות והן לאחר הפעלתו, נמנית עם המדינות שנהוגה בהן מערכת של ביטוח בריאות סוציאלי. בהשוואה לתרשים 1 המופיע בעמ' 7, ישראל נמצאת לצידן של גרמניה, הולנד, לוקסמבורג, שוויץ, צרפת ובלגיה (ראה תרשים 3).



תושבי המדינה משלמים מס בריאות בהתאם לגובה הכנסותיהם למוסד לביטוח לאומי, וממשלת ישראל משלימה את המימון עד ל"עלות סל שירותים" שהינו הסכום שנקבע בחוק ביטוח בריאות למימון המערכת. כספים אלו מחולקים בין ארבע קופות-החולים לפי מספר החברים היחסי בכל קופה, תוך תיקון מסוים בגין הבדלים בהרכב הגיל של החברים (קופ, 1998).

תמורת כספים אלו, חייבות ארבע קופות-החולים לספק לחבריהן את סל שירותי הבריאות המוגדר בחוק. קופות-החולים פועלות ברמה ארצית. לתושבי המדינה יש חופש בחירה בקופת-חולים, והם רשאים לעבור מקופה אחת לאחרת לאחר שנת חברות לפחות בקופתם הנוכחית.

מאז הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, נמצאת מערכת הבריאות במשבר עמוק, למרות שחוק זה היה אמור לתת פתרון, לפחות כספי, לבעיית מערכת הבריאות (קופ, 1998). ההוצאה הלאומית לבריאות

עלתה מ-7.5% באמצע שנות השמונים לכ-8.5% ב-1994. רמה זו מתקיימת למעשה מאז, עם נטייה קלה לירידה בשלוש השנים האחרונות (קופ, 1998).

בשנת 1997 מימנה הממשלה, בדרכים שונות 75% מכלל ההוצאה לבריאות ואילו משקי הבית שילמו במישרין את הרבע הנותר (קופ, 1998). בתרשימים הבאים תיערך השוואה של מערכת הבריאות בישראל עם מדינות אירופה לפי מספר משתנים כלכליים. מתרשים 4 עולה כי בהוצאות הלאומיות לבריאות כאחוז מהתמ"ג, ישראל נמצאת בדיוק בממוצע בהשוואה למדינות אחרות. מתרשים 5 עולה כי בהוצאה לבריאות לנפש במונחי כוח קנייה, ישראל נמצאת בין הנמוכות בקרב המדינות.

יש לציין שעל פי תרשים 6 ישראל נמנית בין המדינות עם אחוז נמוך יחסית של ההוצאה הציבורית כאחוז מסך-כל ההוצאות הלאומיות על בריאות. משמעות הדבר שבישראל, משקי הבית מכסים מכיסם 25% מסך-כל ההוצאה, לא כולל מס בריאות שנכלל במספרים הנ"ל כחלק מההוצאה הציבורית. יש לזכור, גם, שבגרמניה והולנד אין ביטוח אוניברסלי וכל האוכלוסייה הנמצאת מעל תקרת הכנסות מסוימת רוכשת ביטוח בריאות באופן וולונטרי. המספרים לגבי דנמרק מעוותים בהשוואה זו כי הם אינם כוללים שירותים גריאטריים (אשפוז סיעודי, טיפול בית וכד') שבאחריות שירותי הרווחה בדנמרק.

בסיכום המגמות הכלכליות, אנו רואים שבישראל, בהשוואה עם המדינות האחרות, ההוצאות על בריאות כאחוז מהתמ"ג הן קצת פחות מהממוצע של המדינות, הן נמוכות יחסית בהוצאה לנפש, ונמוכות יחסית בהוצאות הציבוריות כאחוז מסך-כל ההוצאות הלאומיות על בריאות.

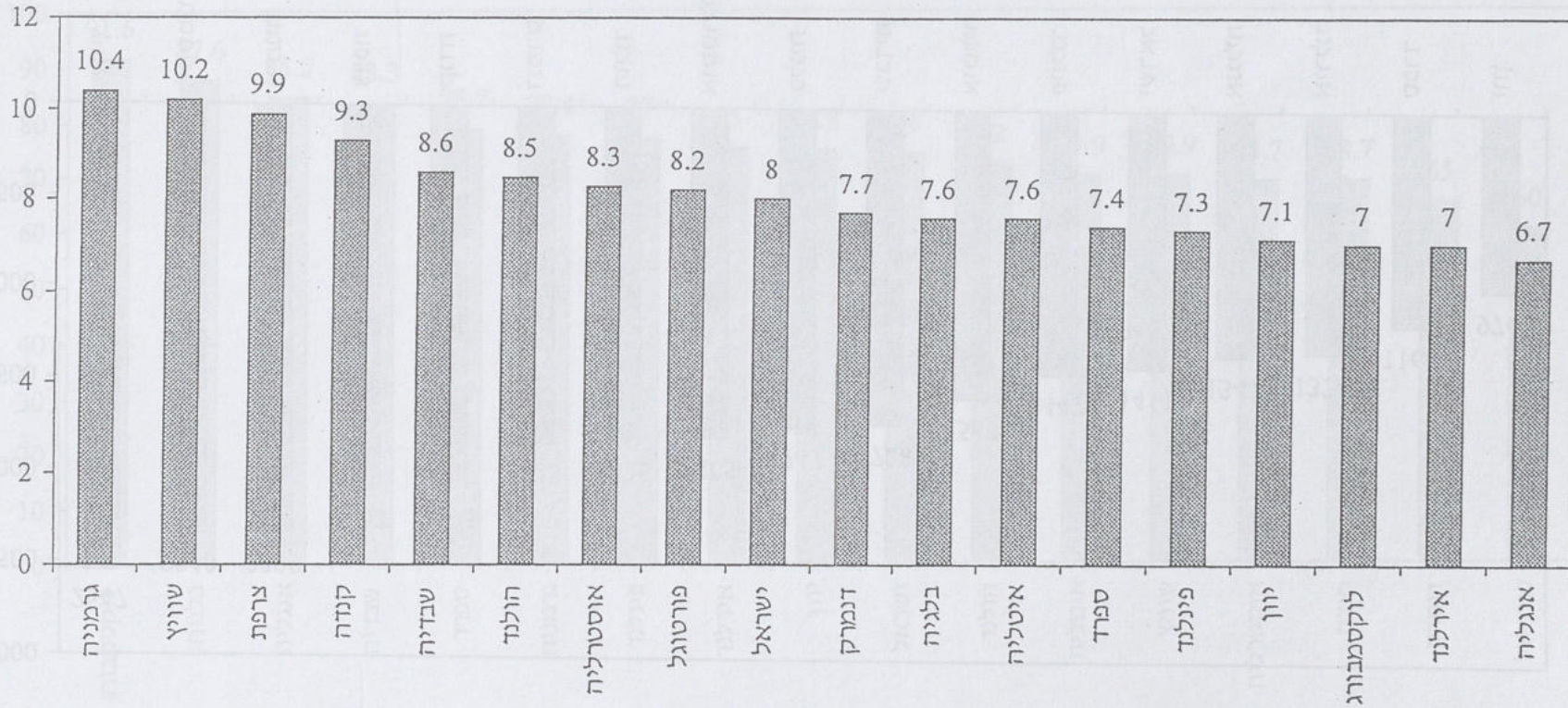
ב-1995 מדינת ישראל הצטרפה לרוב מדינות אירופה והמערב, עם חקיקת חוק ביטוח ממלכתי שבא להבטיח ביטוח בריאות אוניברסלי ושוויוני לכל תושביה. המערכת הפועלת בישראל היא מערכת של ביטוח סוציאלי בדומה לאלו הפועלות בבלגיה, צרפת, גרמניה, לוקסמבורג והולנד. אולם, קיימים הבדלים משמעותיים בין המערכת הישראלית לבין מערכות הביטוח הסוציאלי הפועלות באירופה:

1. בכל המערכות של ביטוח סוציאלי באירופה יש השתתפות של המעביד במימון ביטוח הבריאות. כך פעלה המערכת הישראלית עד לשנת 1997. בשנה זו ביטלה הכנסת בישראל את חוק מס מקביל ובכך שחררה את המעבידים בישראל מכל אחריות בגין הטיפול הבריאותי בעובדיהם. בנוסף, ביטול השתתפותם של המעבידים העמיס הוצאה ישירה גדולה יותר על תקציב המדינה.

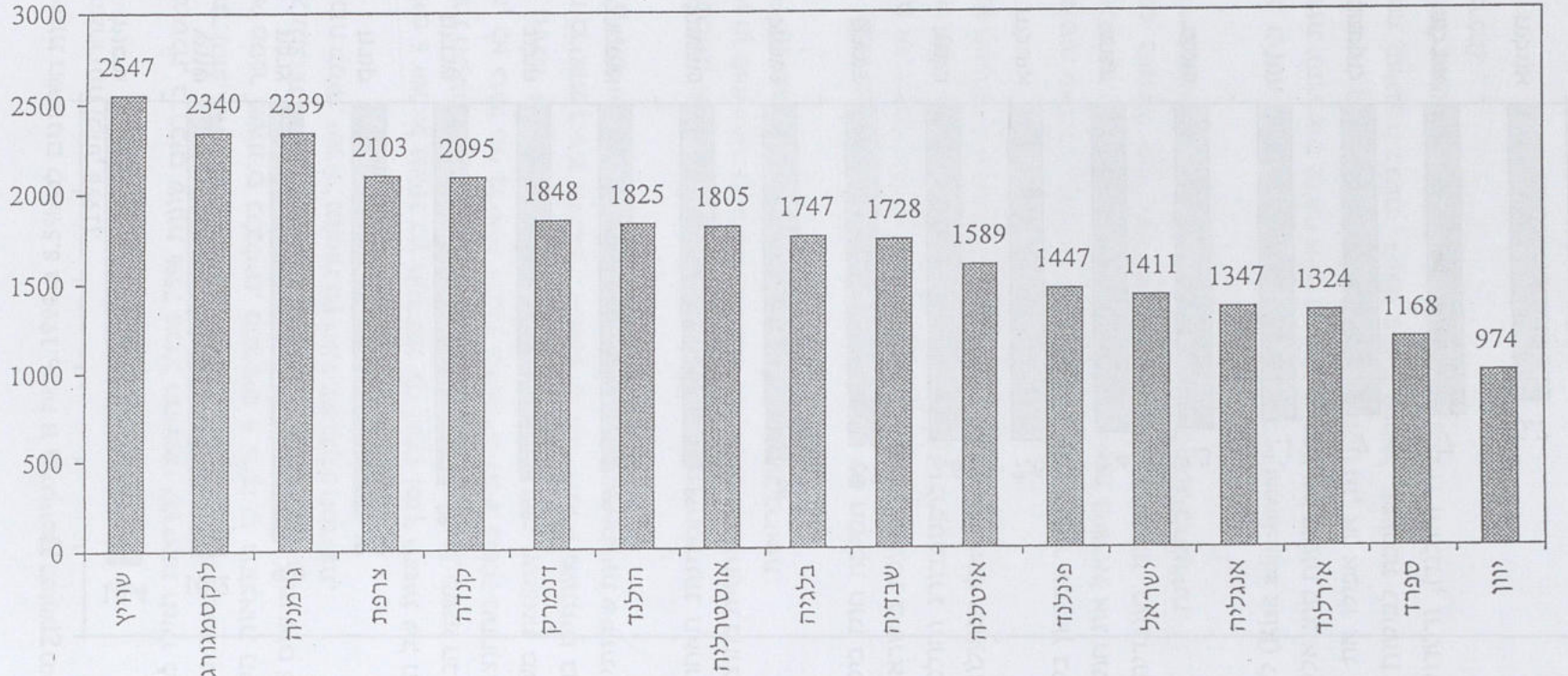
2. בכל המערכות הללו, קיימת שיטה של "פיצוי בגין סיכונים" (Risk adjustment) לקופות-החולים עם אוכלוסיות כבדות ויקרות יותר. שום מדינה אינה מפעילה מערכת של ביטוח סוציאלי באמצעות קופות-חולים או אגודות שיתופיות, המחלקת מראש את מלוא המקורות, או אפילו את הרוב, בין הקופות השונות על בסיס נוסחת קפיטציה כלשהי, למעט מדינת ישראל. במערכת לביטוח סוציאלי באירופה קיימות שתי שיטות של Risk adjustment: פרוספקטיבית (בלגיה והולנד), ורטרוספקטיבית (שוויץ, לוקסמבורג, גרמניה וצרפת).

אחוז
מהתמ"ג

1997

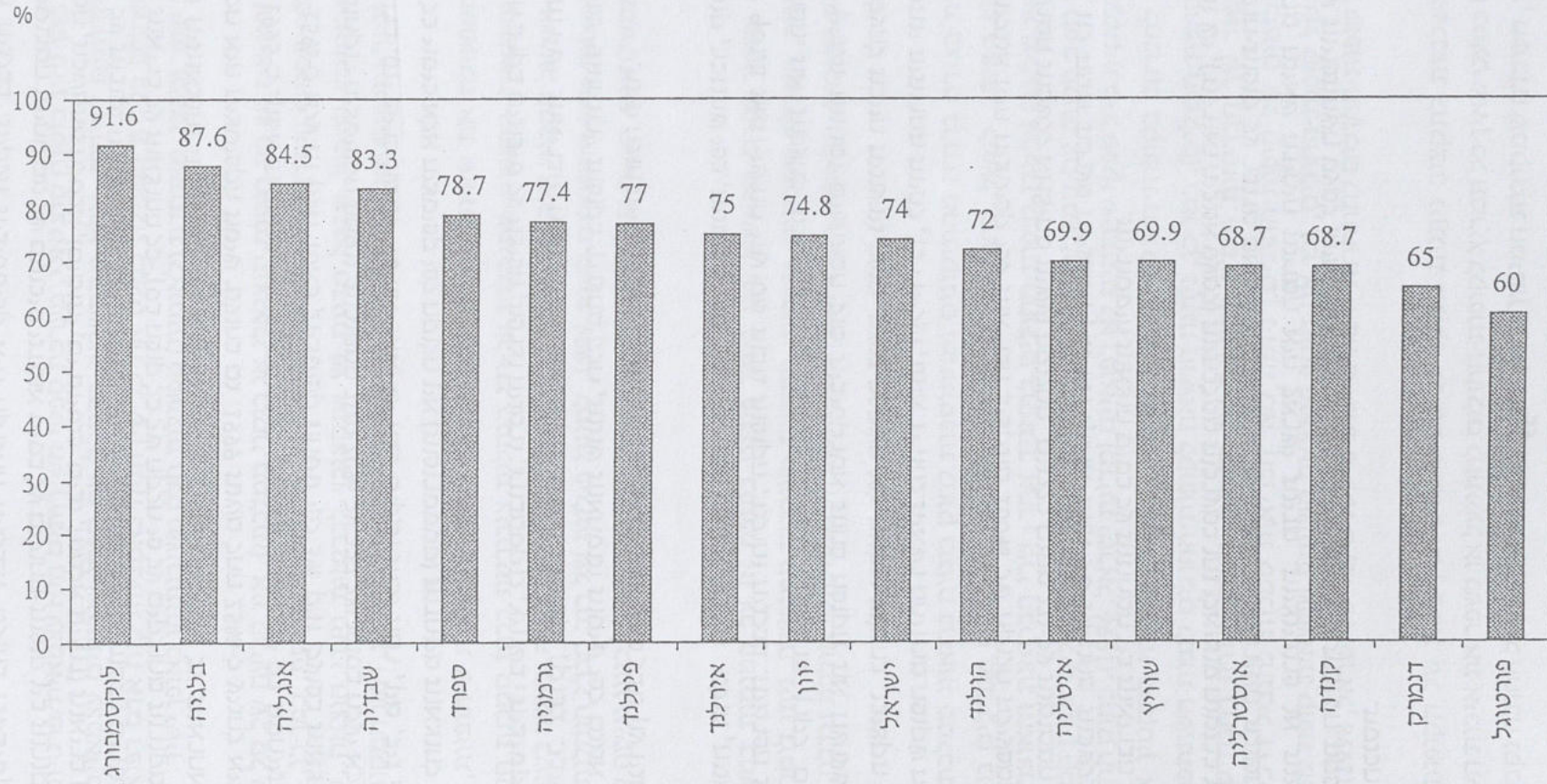


תרשים 5: הוצאות על בריאות לנפש במונחי כוח קנייה ביורו



מקור: ישראל - משרד הבריאות (בן-נון וגרינבלט, 1999)
 שאר המדינות - OECD98

תרשים 6: אחוז ההוצאה הציבורית כאחוז מסך-כל ההוצאה הלאומית על בריאות



מקור: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל
 כל שאר המדינות – OECD98

השיטה הפרוספקטיבית: בהולנד ובבלגיה החלוקה היא קפיטיבית חלקית. בבלגיה חולקו בשנת 1995-6 10% מהמקורות בין קופות-החולים על בסיס אומדני סיכונים של מבוטחיהן-המבוססים על: גיל, מין, מעמד בביטוח בריאות (דהיינו אלמנה, נכים, פנסיונרים, יתומים), אבטלה מתמשכת, הכנסות, הרכב משפחתי, מקום מגורים ותמותה. התכנית היא להגיע לחלוקה של עד 30% מהמקורות על בסיס זה עד שנת 2000. שאר המקורות מחולקים על פי חלקה של כל קופה בסך-כל ההוצאות על בריאות לאותה שנה. בנוסף, כל קופה אחראית על (וחייבת לספוג) 15% מההפרש בין הכנסותיה והוצאותיה (במידה שיש גירעון). התכנית היא להגיע ל-25% החל משנת 1999. גם בהולנד שיטת הקפיטציה היא חלקית, נכנסת באופן הדרגתי ומתייחסת רק לביטוח הסוציאלי לסיכונים רגילים ברובד הראשון. ב-1995 חולקו 97% מהמקורות לפי הוצאות בפועל, ורק 3% לפי נוסחת קפיטציה, כאשר חלק זה עלה ל-15% ב-1996 ולפי תכנית הממשלה, ולא יעלה בסופו של דבר על 70% מסך המקורות. נוסחת הקפיטציה לוקחת בחשבון את המשתנים הבאים: גיל, מין, רמת נכות ומקום מגורים (אזור אורבני לעומת פריפריה). ברובד השני של הביטוח הסוציאלי להוצאות מיוחדות (קטסטרופות) אין חלוקה לפי קפיטציה אלא כיסוי כל ההוצאות.

השיטה הרטרוספקטיבית: בשוויץ, לוקסמבורג, גרמניה וצרפת, הפיצוי על סיכונים בקרב הקופות נעשה באופן רטרוספקטיבי. בכולן, קופות-החולים גובות את דמי ביטוח הבריאות ישירות מהמבוטח ומהמעביד. בכולן, אמנם לפי שיטות ונוסחאות שונות, חלק מהעודף בקופות "רווחיות" מועבר לקופות בגירעון ובתנאי שהגירעון נובע מהעובדה שבקופה הגירעונית יש אוכלוסייה חולה יותר.

בנוסף לאלה, בגרמניה, הולנד ובלגיה, יש גם תמריצים ליעילות. בגרמניה, כפי שהוזכר, קופות-החולים קובעות וגובות את הפרמיה. בבלגיה והולנד, הקופות גובות מס עתי חודשי וזאת בנוסף לדמי ביטוח בריאות המשולמים לקרן מרכזית. בגרמניה, קופה גירעונית חייבת להעלות את הפרמיה לכסוי גירעונותיה, דבר שעושה את הקופה פחות אטרקטיבית מול המתחרים ומהווה תמריץ להתייעלות ולשמירה על איזון תקציבי. בהולנד ובלגיה לפי השקפה דומה, קופה גירעונית חייבת להעלות את המס העתי החודשי בשעה שקופה מרוויחה רשאית להוריד אותו, ועל-ידי כך, להיות תחרותית יותר.

המדינה היחידה המפעילה חלוקה של 100% מתקציב הבריאות לפי קפיטציה היא אנגליה, בה נהוגה מערכת ממשלתית הממומנת על-ידי מסים כלליים. החלוקה נעשית מה-NHS ללשכות המחוזיות. חשוב להדגיש שמדובר בלשכות מחוזיות של אותו ארגון. אירלנד, המפעילה מערכת דומה לזו של אנגליה, מחלקת את תקציב הבריאות בין המחוזות על בסיס הוצאות היסטוריות.

3. בכל המדינות, הן בביטוח סוציאלי והן במערכות ממלכתיות (למעט אנגליה ואירלנד), יש זכות וסמכות לגוף האחראי על הפעלת השירותים לגבות חלק מהכנסותיו, בין אם מדובר על קופות-חולים, רשויות אזוריות או עירוניות או פרובינציות. מדינת ישראל היא המדינה היחידה שאינה מרשה לגופים האחראיים על הספקת השירותים לגבות חלק מההכנסות ממבוטחיה, למעט השתתפויות עצמיות, וגם אלו טעונות אישור הכנסת.

4. בכל המדינות בהן נהוג ביטוח סוציאלי, מערכת ספקי השירותים היא עצמאית/פרטית. ככלל, הקופות אינן מפעילות שירותים ישירות, אלא מתקשרות בהסכם עם ספקי שירותים עצמאיים. לא כך המצב בישראל, קופת-חולים כללית מפעילה כמעט את כל שירותיה באמצעות כוח אדם רפואי שכיר, ואפילו הקופות הקטנות יותר (מכבי, מאוחדת ולאומית) מפעילות חלק משירותיהן באופן ישיר.

5. בשום מדינה (בין אם יש בה ביטוח סוציאלי או כיסוי ממלכתי), אין קביעה של סל שירותים מפורט ומפורש בחוק כפי שקיים בישראל, שניתן לשנותו רק על פי החלטת הכנסת. כמו-כן, אין מושג דומה ל"עלות סל השירותים" למרות שבכל מדינה יש "תקציב" לבריאות ויעדי הוצאה. לפיכך, במדינות האחרות קיימת יותר גמישות מאשר בישראל בהתאמת השירותים למקורות, ו/או המקורות לצרכים.

6. בכל מדינה המפעילה את שירותיה באמצעות קופות-חולים או אגודות שיתופיות, יש לגופים אלו מרווח רחב של עצמאות. הקופות מתנהלות על-ידי הנהלות ציבוריות ברות סמכות הקובעות את דרך תפעולן. במדינת ישראל סמכות הנהלות קופות-החולים נשחקת משנה לשנה, כאשר בשנת 1998 התייחס אחד הסעיפים בהצעת חוק ההסדרים לשנת 1999, למינוי פוליטי של רוב חברי הנהלות קופות-החולים על-ידי גורמים ממשלתיים. הצעה זו לא אושרה אמנם, אך היא מצביעה על כיוון וגישה של הממשל כלפי קופות-החולים.

7. לסיכום, אם עמדנו בפרק הראשון (וכן ביתר פירוט בנספח א) על המגמות במערכות הבריאות באירופה, של ביזור, האצלת סמכויות, תחרות, והקטנת מעורבות הממשלה, ניתן לומר שבארץ ישראל אנו עדים למגמות הפוכות, הלאמה, ריכוז סמכויות, התערבות ממשלתית הולכת וגדלה, ודיכוי התחרות בין המבטחים.

מגמות אלו עולות בצורה ברורה מהתיקונים ומהתוספות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי במסגרת חוקי ההסדרים ב-1997 ו-1998. למשל, בחוק ההסדרים של 1997 נקבעו כללים מגבילים בנושא אחזקה או רכישה של אמצעי שליטה על-ידי קופות-החולים בתאגיד אחר; שרי הבריאות והאוצר הוסמכו למנות לקופות-החולים חשב מלווה עם סמכויות רחבות; וכן הוחל על קופות-החולים "חוק המכרזים" המגביל אותן בפעילות העסקית מול ספקי שירותים לא רפואיים (מדינת ישראל, 1996). בחוק ההסדרים של 1998 הועבר הרישום לחברות בקופות-החולים לרשות הדואר (בכוונה מוצהרת להקטין את התחרות על החברים בקרב קופות-החולים). כמו-כן, ניתנה הרשאה לקופות-החולים לגבות השתתפויות עצמיות אך ורק בכפוף לאישור שר הבריאות וועדת הכספים של הכנסת. נחקקו שורה רחבה של מגבלות לגבי הביטוחים המשלימים של קופות-החולים; ניתנה לשר הבריאות סמכות להגביל דרכי פרסום, שיווק וקידום מכירות של קופות-החולים, וכן את היקף ההוצאה השנתית שרשאית קופה להוציא לעניין זה. לבסוף, נאסר על קופות-החולים להתחרות זו בזו ביישובים קטנים (מדינת ישראל, 1998).

יחד עם זאת, השלמות לתקציב ניתנות בעיקר על בסיס גודל הגירעונות של הקופות, כך שבמערכת הישראלית היום כמעט שאין כל תמריץ לקופות-החולים להתייעל או לשפר את איכות השירות הניתן על-ידיהן. יתר על כן, העובדה שמקורות המימון לחוק (עלות סל השירותים) וסל החובה נקבעו בחוק וניתנים

לשינוי רק על-ידי החלטת הכנסת, הכניסה את מערכת הבריאות בישראל למעין "מיטת סדום", כאשר לא ניתן, אלא בתהליך "פוליטי" מורכב מאוד, לגרום להתאמה בין המקורות והתוצרים הדרושים, דבר שאינו קיים באף מדינה אחרת. מצב זה מערפל את הסמכויות של כל השחקנים במערכת ומביא לתוצאה של חוסר בהירות ב-Accountability (Kaye & Wood, 1998).

2. הביטוחים הנוספים בישראל בהשוואה למדינות אירופה

הביטוח הנוסף בישראל דומה, בעיקרו, לביטוח הנוסף הדומיננטי במדינות אירופה שבהן יש מערכות ציבוריות של ביטוח סוציאלי, בכך שהוא בעיקר ביטוח משלים, למרות שקיימים בו אלמנטים גם של ביטוח אלטרנטיבי. כמו-כן, קיים דמיון רב בין הזכויות הניתנות במסגרת הביטוחים המשלימים בישראל לאלו הכלולות בביטוחים הנוספים באירופה ומדינות המערב. אך, כפי שמצאנו הבדלים משמעותיים בביטוחים הנוספים של המדינות האחרות, גם לביטוח הנוסף בישראל יש אלמנטים רבים וייחודיים לישראל.

2.1 גודל האוכלוסייה המבוטחת

בישראל, כ-50% מהאוכלוסייה רוכשים ביטוח משלים כלשהו, כ-40% מבוטחים במסגרות של קופות-החולים וכ-17% בעלי ביטוח מסחרי (וכ-8% רכשו את שניהם). כזכור, בכל המדינות עם מערכות ציבוריות של ביטוח סוציאלי בהן הביטוח המשלים ניתן בעיקר על-ידי קופות-החולים, אחוז האוכלוסייה המבוטחת בביטוחים נוספים נע בין 60%-92%, להבדיל מארצות עם מערכות ממלכתיות בהן גודל האוכלוסייה המבוטחת נע בין 11%-42%. אם נסתכל רק על הביטוחים המשלימים של הקופות, בישראל קיימים הבדלים משמעותיים בין הקופות השונות. כ-75% ממבוטחי מכבי וכ-60% ממבוטחי המאוחדת רוכשים ביטוח משלים מקופותיהם כאשר האחוזים נמוכים יותר בקופות האחרות (כ-22% בקופת-חולים כללית וכ-33% מקופת-חולים לאומית) (גרוס וברמלי-גרינברג, 1999). בעניין זה, המצב במכבי ובמאוחדת דומה יותר למצב בהולנד, בלגיה וצרפת, בהן אחוז גבוה מאוד אל האוכלוסייה המבוטחת בקופות-החולים רוכשים ביטוח משלים מקופת-החולים בה הם מבוטחים.

מצד שני, אחוז האוכלוסייה המבוטחת בתכניות של חברות ביטוח המסחריות בישראל גבוה יחסית (כ-17%). שוק הביטוח המסחרי בבלגיה, לדוגמה, הינו שולי ביותר, כ-2% (Hermesse, 1996b). כ-9% מהאוכלוסייה המבוטחת בקופות-החולים בגרמניה רוכשים ביטוח משלים מחברות ביטוח מסחריות (Hermesse & Lewalle, 1995). יש לזכור שקופות-החולים בגרמניה אינן רשאיות לפעול בתחום זה בכלל. בצרפת 83% מסך-כל האוכלוסייה מבוטחים אמנם בביטוח משלים; אך, מתוכם 60% מבוטחים בקופות-החולים, 25% בחברות ביטוח מסחריות ו-15% על-ידי Provident Societies באמצעות המעביד (Hermesse & Lewalle, 1995).

2.2 הטבות הביטוחים הנוספים

ההטבות השכיחות ביותר במדינות אירופה, הן שירותי "מותרות" בבתי-חולים לרבות בחירה במנתח, אשפוז בבתי-חולים פרטיים וחדר פרטי בבתי-חולים פרטיים וציבוריים; רפואת שיניים; שירותים פרה-

רפואיים; מכשירים ואבזרים רפואיים; החלמה ושיקום; שירותים בחו"ל; ובמידה קטנה יותר, רפואה משלימה. אלו גם השירותים השכיחים ביותר בתכניות הביטוחים המשלימים בישראל. הטבה שכיחה נוספת בישראל, היא התייעצות פרטית אצל רופאים בכירים, הטבה הקיימת גם במדינות כמו אנגליה, ספרד, איטליה ופורטוגל, שבהן הרופאים המקצועיים הם שכירים בעיקר, ופועלים במערכת הציבורית רק בבתי-החולים.

במדינת ישראל הביטוחים המשלימים אינם מכסים בדרך כלל את ההשתתפויות העצמיות במערכת הציבורית בדומה להולנד, בלגיה ושווייץ, ולהבדיל מצרפת ולוקסמבורג שבהם עיקר הביטוח המשלים הוא כיסוי של ההשתתפויות העצמיות במערכת הציבורית.

הביטוח הסיעודי הוא התחום יוצא הדופן ביותר בישראל. מאחר שהזכויות במערכת הציבורית בישראל לאשפוז סיעודי וטיפול סיעודי ביתי מצומצמות ביותר (ההשתתפות בהוצאות האשפוז הסיעודי ניתנת על-ידי משרד הבריאות בעיקר לאוכלוסייה במצוקה כלכלית, והזכות לטיפול סיעודי הביתי במימונו של המוסד לביטוח הלאומי היא מצומצמת, מספר מרבי של 15 שעות שבועיות), עיקר הכיסוי הוא באמצעות ביטוח משלים או מכיסה של המשפחה. במדינות אירופה הזכויות לטיפול סיעודי הן חלק אינטגרלי מהמערכת הציבורית. בהולנד, יש רובד נפרד של ביטוח סוציאלי ציבורי בעבור הוצאות מיוחדות, המכסה את מלוא ההוצאות בגין טיפול סיעודי, למעט השתתפות עצמית צנועה. בגרמניה הונהג ב-1995 ביטוח סוציאלי נפרד לטיפול סיעודי. גם בבלגיה הטיפול הסיעודי הוא חלק מסל השירותים. במדינות אלו, הביטוח המשלים מוסיף, בעיקר, ביקורי בית נוספים לאלו הניתנים במערכת הציבורית, וכן מכסה חלק מהשתתפויות העצמיות של המשפחה באשפוז סיעודי. השינוי שהונהג ב-1998 בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל בנוגע לביטוח משלים, אוסר על קופות-החולים להעניק ביטוח סיעודי, ומפקיר תחום זה באופן בלעדי לחברות הביטוח המסחריות. הפרמיה הממוצעת לפוליסה בגין ביטוח סיעודי ב-1997 בחברות הביטוח המסחריות הייתה 2,485 ש"ח לשנה. לעומת זאת, הקופות נהגו לתת ביטוח סיעודי כחלק מהחבילה. הפרמיה הממוצעת במכבי ב-1997, כולל ביטוח סיעודי, הייתה 301 ש"ח לשנה.¹ השוואה בין הזכויות שניתנו אז על-ידי חברות הביטוח וקופות-החולים, מראה שלגבי רוב השירותים המכוסים על-ידי הביטוח הנוסף, הזכויות בקופות אכן נוטות להיות נדיבות יותר מאלו שבחברות הביטוח המסחריות (ראה נספח ו'). מאז השינוי בחוק, קופות-החולים עשו הסכמים קולקטיביים לביטוח סיעודי בעבור מבוטחייהן בביטוחים המשלימים (למרות שעדיין קיים ספק אם היה מותר להן לעשות כך), למעט מכבי שהעבירה את הביטוח הסיעודי שלה לגוף נלווה "מכבי מגן", אגודה שיתופית לביטוח מחלות בע"מ.

2.3 ארגונים הנותנים ביטוח נוסף

כפי שהוזכר כבר במהלך עבודה זו, ביטוחים נוספים ניתנים באירופה בעיקר על-ידי אגודות שיתופיות ללא מטרות רווח, בין אם על-ידי קופות-חולים האחראיות למתן הביטוח הבסיסי ובין אם על-ידי

¹ הנתונים הללו מבוססים על נתונים מאיגוד חברות הביטוח בישראל והמאזנים של קרן מכבי ו"מכבי מגן" לשנת 1997.

ארגונים שאינם קשורים עם המערכת הציבורית. בנושא זה, החלטת ממשלת ישראל להרשות לקופות-החולים להמשיך ולתת ביטוח משלים, עקבית במידה מסוימת עם המדיניות הנקוטה במדינות אירופה. גם במדינות אירופה, השוק פתוח לביטוחי בריאות נוספים של חברות ביטוח מסחריות, וגם באירופה השוק שלהן קטן יותר הודות לפרמיות גבוהות יותר מקופות-החולים וסלקציה של מבוטחים על פי סיכונים אקטואריים. לעומת זאת, ישראל נמנית בין המדינות שהגבילו בצורה קפדנית את חופש הפעולה של קופות-החולים בתחום זה. בהולנד, למשל, קופות-החולים רשאיות להציע ביטוחים משלימים באמצעות גופים נלווים בדומה למתכונת שפעלה במכבי לפני 1998. ארגונים אלו מוכרים כמבטחים בתחום הבריאות בדומה למבטחים מסחריים. בכל המדינות, קופות-חולים ואגודות שיתופיות ללא מטרות רווח פועלות תחת חוקים ותקנות שונים, והפיקוח עליהן שונה מזה שחל על חברות ביטוח מסחריות. גם כאן, המצב בישראל הוא דומה. ההבדל המשמעותי הוא, אולי, שבישראל יש תקנות קפדניות ומגבילות על הביטוח המשלים הניתן על-ידי קופות-החולים, בהשוואה לחופש רב יותר הניתן לחברות הביטוח. ניתן לומר שאם באירופה, קופות-החולים ואגודות שיתופיות מופלות לטובה, בישראל הן מופלות לרעה, מבחינת חופש הפעולה בתחום הביטוחים הנוספים. עוד דבר המייחד את ישראל הוא, שביטוח משלים ניתן על-ידי קופות-החולים או על-ידי חברות ביטוח מסחריות למטרת רווח. לא קיימות בישראל בכלל אגודות שיתופיות פרטיות ללא מטרות רווח הפועלות בתחום זה.

2.4 גובה הפרמיות, הגבלות על הצטרפות ועל מימוש זכויות

בישראל המצב דומה לזה שבאירופה בכך שבקופות-החולים ובאגודות השיתופיות הפרמיות נמוכות יותר, אין כמעט הגבלות על הצטרפות, והגבלות מזעריות למימוש זכויות. זאת, להבדיל מחברות ביטוח מסחריות הגובות פרמיות גבוהות, מפעילות חיתום בעת הצטרפות בהתאם לסיכונים האקטואריים של המבוטחים, ונוהגות להגביל מימוש זכויות על-ידי תקופות אכשרה והמתנה ארוכות. הפרמיות בישראל, הן בקופות-החולים והן בחברות הביטוח המסחריות, שונות בגובהן לפי גיל המבוטח. מבנה הפרמיות בחלק ניכר מהביטוחים המשלימים באירופה דומה, אך בחלק מהמדינות יש שוני משמעותי במבנה הפרמיה. באירלנד ואוסטרליה הפרמיות מבוססות על Community Rating, דהיינו פרמיה זהה לכל חבילת הביטוח, ללא התחשבות בגיל או במצב הבריאות של המבוטח. בגרמניה, בכל התכניות לביטוח בריאות פרטי, בין אם מדובר בביטוח חלופי או בביטוח משלים, קיים סבסוד צולב בין הגילאים, כך שהאוכלוסייה המבוגרת יותר משלמת פחות מהפרמיה האקטוארית לגילה, והצעירים משלמים פרמיה גבוהה יותר. כמו-כן, חברות הביטוח בגרמניה נותנות בונוסים (מחזירות חלק מהפרמיה השנתית) למבוטחים אם הם אינם מממשים את זכויותיהם במהלך השנה. בישראל יש פרמיות אחידות רק בתחום של ביטוח קבוצתי הניתן על-ידי חברות הביטוח המסחריות בעיקר במקומות עבודה. מאז הפעלת חוק ביטוח בריאות, אין הקופות מציעות פוליסות קבוצתיות, ובעקבות השינויים בחוק ב-1998, ספק אם מותר להן להציע פרמיות שונות לקבוצות נבחרות של מבוטחים.

2.5 היקף ההוצאות בגין ביטוח נוסף

היקף ההוצאה בגין ביטוח נוסף בישראל עדיין נמוך יחסית בהשוואה למדינות אירופה, אך נמצא בעקומת עלייה. בקרב המבוטחים בביטוח נוסף כלשהו העומס על כיס המבוטח בשנת 1997 היה 0.7% מהתמ"ג לנפש בקרב המבוטחים בביטוח המשלים של הקופות, הנתון המקביל היה - 0.3% ואילו בקרב

המבוטחים בביטוח מסחרי הוא היה 1.6%.² הקשר בין המספרים אינו ברור, דהיינו, גבוה יותר מהמדינות האחרות שיש בהן מערכות בריאות של ביטוח סוציאלי, בעיקר עקב הפרמיות הגבוהות בביטוח המשלים המסחרי והיקפו הגדול יחסית, אך נמוך יותר ממדינות כמו אוסטרליה ואנגליה. העומס על כיס המבוטח בגין ביטוח משלים בקופות-החולים בישראל עדיין נמוך יותר בהשוואה לכל המדינות האחרות שנסקרו, ודומה בגובהו לבלגיה.

3. סיכום

1. למרות שיש דמיון בין מערכת ביטוח הבריאות הציבורי הפועלת בישראל, למערכות הפועלות במדינות באירופה, ובעיקר אלו עם ביטוח בריאות סוציאלי, קיימים הבדלים משמעותיים. ההבדלים הבולטים ביותר הם:

- ◆ קביעת סל חובה בחוק בישראל שאינו קיים במדינות האחרות.
- ◆ חלוקת מלוא המקורות לפי נוסחת קפיטציה המבוססת בעיקר על גיל (אחוז קטן מחולק לפי "מחלות קשות"), כאשר במדינות אחרות רק חלק קטן יחסית מהמקורות מחולקים על פי נוסחת קפיטציה והנוסחאות הן רבות-משתנים.
- ◆ היעדר השתתפות המעבידים בדמי ביטוח בריאות בישראל הוא ייחודי. בשאר המדינות, כ-50% מדמי ביטוח בריאות משולמים על-ידי המעבידים.
- ◆ המגמות לריכוז, הלאמה והתערבות הולכת וגדלה של הממשלה, והחלשת התחרות, הן מגמות ייחודיות לישראל, כאשר בכל המדינות האחרות שנסקרו המגמות הן לכיוון של ביזור, העצמה, הקטנת התערבות הממשלה, והגברת התחרות. מצד שני, לפחות לתקופה, הן אפשרו גביית השתתפות עצמית שיש בה אלמנט של תחרות. ייתכן שהמגמות ההפוכות בישראל הן כתוצאה מהעובדה שחוק ביטוח בריאות הופעל בישראל רק ב-1995 ולכן המערכת חדשה וצעירה ונמצאת עדיין בשלבי "היילדות" שלה. המערכות הציבוריות לבריאות במדינות האחרות ותיקות יותר. הספרות מעידה על כך שבעבר המצב בהן היה דומה לזה שקיים היום בישראל, והרפורמות המודרניות באו לתקן מצב זה. יש להניח שגם בישראל נעבור תהליך דומה עם התבגרות המערכת.
- ◆ אחוז האוכלוסייה המבוטחת בביטוחים המשלימים של קופות-החולים הוא קטן יחסית בהשוואה למדינות האחרות בהן הביטוח ניתן על-ידי קופות-החולים, וזאת למרות העובדה שהפרמיות בגין אותו ביטוח דומות לפרמיות במדינות אחרות, דהיינו נמוכות יחסית ומהוות עומס קטן יחסית על כיס המבוטח.
- ◆ החוקים והמגבלות על הביטוח המשלים של חברות הביטוח המסחריות בישראל הם נדיבים וליברליים יותר מאלו הפועלים ברוב מדינות אירופה, כאשר התקנות והמגבלות על הביטוח המשלים של קופות-החולים קפדניים יותר.

2. בתחום של ביטוחי בריאות נוספים, המערכת בישראל דומה דווקא יותר במהותה למדינות האחרות, ובעיקר לאלו שיש בהן מערכות ציבוריות של ביטוח סוציאלי:

² ראה נספח ו לפירוט נוסף ומקור הנתונים.

- ♦ גם בישראל רוב הביטוח הנוסף ניתן על-ידי גופים ללא מטרות רווח, כאשר חלקן של חברות הביטוח המסחריות הינו קטן יותר.
- ♦ בדומה למדינות האחרות שיש בהן ביטוח סוציאלי, הביטוח הוא בעיקר ביטוח משלים.
- ♦ בדומה למדינות כמו הולנד, בלגיה וצרפת, עיקר הביטוח המשלים ניתן על-ידי קופות-החולים האחראיות גם על ניהול המערכת הציבורית.
- ♦ בישראל יש דמיון רב בין ההטבות הניתנות על-ידי הביטוח המשלים לאלו הניתנות במסגרת הביטוחים הנוספים. התחום יוצא הדופן ביותר בישראל הוא הביטוח הסייעודי שתופס חלק נכבד משוק הביטוח הנוסף כתוצאה מהליקויים בתחום זה במערכת הציבורית. במדינות שנסקרו, תחום זה מוסדר במערכת הציבורית ולכן חלקו במסגרות הביטוחים הנוספים מזערי.
- ♦ בכל מדינות אירופה, וגם בישראל, יש דגש על ריסון ההוצאות הציבוריות לבריאות והקדשת מאמצים רבים, ובאמצעות שיטות רבות ושונות, להכניס הוצאות אלו לתוך שליטה.
- ♦ בישראל, כמו כמעט בכל המדינות שנסקרו, ההוצאות בגין ביטוח נוסף מהוות אחוז קטן יחסית מסך-כל ההוצאות הלאומיות לבריאות, אך, בדומה למדינות האחרות הן במגמת עלייה מתמדת. למרות זאת, עדיין אין עדות שמגמה זו משפיעה באופן משמעותי על ההוצאה הלאומית לבריאות.

סיכום ממצאי הסקירה על השאלות הרלוונטיות לדיון הציבורי בישראל

בתחילת עבודה זו, הוגדרו מספר סוגיות ברמה של מדיניות שיתן מתמודדים קובעי מדיניות בישראל. הסקירה על הנעשה במדינות באיחוד האירופאי עזרה לנו להבין כיצד מדינות אלו התמודדו עם אותן הסוגיות. בנוסף, הסקירה סיפקה מידע לגבי מספר שאלות אמפיריות העומדות בבסיס הדיונים על המדיניות הרצויה. להלן נציג את עיקרי הממצאים שעלו מהסקירה לגבי הסוגיות האמפיריות, ולאחך מכן נסכם את הדרך שבה מדינות אירופה והמערב מתמודדות עם הכרעות ערכיות-מדיניותיות.

1. הסוגיות האמפיריות

1. מדוע קיים ביקוש לביטוח משלים במדינה שבה לכל אזרח יש כיסוי רחב לכל השירותים החיוניים במסגרת המערכת הציבורית?

♦ ניתן להניח שאנשים רוכשים ביטוח בריאות נוסף בגלל אותן סיבות שהם רוכשים ביטוח מכל סוג שהוא. Nyman (1998), במאמרו "Theory of Health Insurance", מתייחס לשאלה זו באמצעות שתי תיאוריות שונות: "Expected Utility theory" המשערת שטבע האדם הוא להגיע לשימוש מרבי ולהימנע מסיכונים, דהיינו, אנשים רוכשים ביטוח על-מנת להקטין את הסיכון של הפסד ולחזק "ודאות"; ו"Prospect theory" המשערת שאנשים רוכשים ביטוח מאחר שקיים ערך חברתי שביטוח הוא דבר טוב ואחראי, שבאמצעותו מקבלים תקבולים (החזר הוצאות בעקבות תביעה) בתמורה להשקעה קודמת באמצעות פרמיה.

♦ בחלק מהמדינות שנסקרו, האזרח אינו מכוסה על-ידי המערכת הציבורית לגבי כל השירותים החיוניים. אנשים שהכנסותיהם מעל תקרה מסוימת אינם חייבים בביטוח סטוטורי בגרמניה ובהולנד. באירלנד, אזרחים בעלי הכנסות מעל לתקרה מכוסים בגין חלק מהשירותים בלבד. בבלגיה, עצמאיים אינם מכוסים בגין "סיכונים קטנים".

♦ במדינות רבות קיימות מגבלות על הכיסוי הציבורי על-מנת להקטין הוצאות, ועל-ידי כך להגדיל את ההוצאות מכיסו של האזרח. כפי שנאמר על-ידי Hermesse & Lewalle:

"Since the beginning of the 70s, thanks to the recession which gave rise to policies for restraining public expenditure on health, thus increasing the amounts payable by households in this area, private insurance companies have seen their annual receipts increase significantly year by year". (1995, p. 51)

♦ בחלק מהמדינות יש מגבלות על נגישות השירותים. הסיבה העיקרית לביטוחים נוספים באנגליה, למשל, היא התור לניתוחים אלקטיביים.

♦ בחלק מהמדינות יש מגבלות על חופש בחירה בספק השירות במערכת הציבורית, והביטוחים המשלימים מכסים את ההוצאות הנוספות בגין חופש הבחירה, כמו בדנמרק ואוסטרליה.

2. האם ביטוח בריאות נוסף מגביר את הסכנה המוסרית ("Moral Hazard"), הן מצדו של הצרכן והן מצדו של ספק השירותים, ובכך מגביר את השימוש בשירותי בריאות? האם קיומו של ביטוח נוסף תורם לגידול בהוצאות הלאומיות על בריאות?

לא ניתן היה למצוא עבודות אמפיריות הדנות בהשפעתן של תכניות לביטוח בריאות נוסף על "הסכנה המוסרית", וכן על דפוסי השימוש בשירותים במדינות שנסקרו. העבודות האמריקניות על הביטוח המשלים ל"מדיקר" מצביעות על הגברת השימוש בשירותים על-ידי המבוטחים בביטוח משלים, אך זאת בעיקר בגלל הכיסוי של השתתפויות עצמיות. מנתחי המדיניות בצרפת הגיעו למסקנה דומה. בניסיון להסביר את העלייה המתמדת בהוצאות על בריאות בצרפת, מעלים Pomey & Poullier את השאלה הבאה:

"Is the crux of the financial problem in health care an insatiable demand for medical services, unchecked by a ticket moderator (co-payment), which complementary insurance for over four-fifths of the population renders controls otherwise ineffective?" (1997, p. 67).

אין עדות שביטוחים נוספים מגדילים באופן משמעותי את ההוצאות הלאומיות על בריאות. בכל המדינות שנסקרו, למעט אוסטרליה, אירלנד וצרפת, הוצאות הביטוחים הנוספים מהוות פחות מ-5% מסך-כל ההוצאות על בריאות. בנוסף, אין מיתאם (למעט בצרפת) בין החלק היחסי של הוצאות הביטוחים הנוספים לבין מדדים אחרים, כגון הוצאות על בריאות כאחוז מהתמ"ג או ההוצאה הלאומית על בריאות, יחסית לנפש. באוסטרליה נמצאה ההוצאה הגבוהה ביותר בביטוחים המשלימים כאחוז מסך-כל ההוצאות, אך ההוצאה הלאומית על בריאות כאחוז מהתמ"ג הייתה 8.3% ב-1997 (קרוב לממוצע של המדינות האחרות) והיא אינה נמנית בין המדינות שההוצאות לנפש בהן הן הגבוהות ביותר. אירלנד, המדורגת במקום שני בגובה ההוצאות על ביטוח משלים כאחוז מסך-כל ההוצאות, נמצאת

בתחתית הסולם מבחינת הוצאותיה על בריאות כאחוז מהתמ"ג, ועם ההוצאה לנפש הנמוכה ביותר בקרב המדינות שנסקרו. גם בישראל, למרות תגבור מסיבי בפעילות בתחום הביטוח המשלים מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות, ירדו ההוצאות כאחוז מהתמ"ג.

המסקנה המתבקשת מנתונים אלו היא שקיימים משתנים אחרים שיש להם השפעה משמעותית יותר על סך-כל ההוצאות על בריאות. מעניין לזכור שבלוקסמבורג ובצרפת, בהן התפקיד העיקרי של ביטוח משלים הוא כיסוי ההשתתפויות העצמיות הנהוגות במערכת הציבורית, אנחנו מוצאים את ההוצאות היחסיות לנפש על בריאות הגבוהות ביותר.

3. מהי ההשפעה של ביטוח משלים על סולידריות ושוויון?

המשמעות המקובלת והשגרתית של המונח "סולידריות" היא חלוקה מחדש של הכנסות האוכלוסייה. Von Stillfried (1996) טוען שבתחום של בריאות, ההגדרה המתאימה ביותר היא ניהול של משאבים קולקטיביים שנוצרים על-ידי תרומות המבוססות על הכנסות החברים, המזכים את החברים בהטבות ברות-השגה מבחינה כלכלית, במסגרת המגבלות של אותם משאבים. לפיכך, סולידריות מהווה מאפיין שכיח של מערכות בריאות ציבוריות הממומנות על-ידי מסים או תרומות המבוססות על הכנסות. הפרמיות בגין ביטוחי בריאות נוספים ככלל אינן מבוססות על הכנסות. במקרה הטוב הן מחירים אחידים (flat-fee) או Community-rated. במקרה הרע (מנקודת המבט של הסולידריות) הן מבוססות על הסיכון האקטוארי של המבוטח. ביטוחים נוספים מתקרבים לסולידריות ככל שהביטוח נגיש ונרכש על-ידי אחוז גבוה של האוכלוסייה. לפי זה, לתכניות הביטוח המשלים המוצעות על-ידי קופות-החולים בהולנד, בלגיה וצרפת, יש יותר סולידריות פנימית מאלו המוצעות על-ידי חברות ביטוח במדינות, כגון אנגליה, אוסטרליה ודנמרק. הן פוגעות פחות בסולידריות הכללית של כלל האוכלוסייה מאחר שרוב האוכלוסייה (ולא רק חברי אותן הקופות) מבוטחים בביטוח משלים. באותה מידה, הבעיה של שוויון פחותה יותר במדינות בהן ביטוח משלים הוא בר-השגה ונרכש על-ידי רוב האוכלוסייה.

על אף האמור לעיל, נשאלת השאלה האם ערכים, כגון סולידריות ושוויון, מהווים קריטריונים רלוונטיים לגבי תכניות לביטוח בריאות נוסף. תכניות אלו, על פי הגדרה, הן וולונטריות, מבוססות על העדפות וצורכי הפרט (למעט ביטוח משלים חובה בקופות-החולים בבלגיה). המטרה המוצהרת של תכניות אלו אינה סולידריות או שוויון, אלא חופש הפרט לדאוג לצרכיו, מעל ומעבר לחובותיו כלפי החברה. השמירה על סולידריות ושוויון הינה תפקידה של מערכת הבריאות הציבורית ומושגת ככל שמערכת זו מקיפה ומסוגלת להבטיח מענה הולם לצורכי הבריאות החיוניים של כל האוכלוסייה, כך שבעלות על ביטוח נוסף של חלק מהאוכלוסייה אינה פוגעת בנגישות סבירה לשירותים באיכות סבירה לגבי כלל האוכלוסייה.

2. הסוגיות ברמת מדיניות

1. האם בכלל יש לתת לגיטימציה לקיומו של ביטוח משלים לצדו של ביטוח ציבורי מקיף?

הלגיטימיות לקיום ביטוח משלים לצד ביטוח ציבורי מקיף היא סוגיה פילוסופית וערכית. אם הכיסוי הציבורי היה כה מקיף, עד שיכול היה לתת מענה לכל הצרכים של כל האנשים, כל הזמן, אולי לא היה

קיים צורך או עניין בביטוח נוסף, אך לא כך הוא המצב. אם כן, השאלה היא מהי מידת החופש שהחברה מרשה לחבריה?

הגישה הנקוטה באירופה צוטטה כבר בתחילת דוח זה: "ההצדקה להסדרים פרטניים להבטחת צרכים עתידיים נובעת לא רק מזכות האזרח לתכנן את עתידו בלי להטיל חבויות רבות מדי על החברה, אלא גם מאי יכולתה של מערכת הגנה חברתית כלשהי לכסות את כל הצרכים של כל האזרחים... לפיכך הביטוח הרפואי המשלים הוא חלק בלתי נפרד מההגנה מפני סיכוני מחלה ונכות, הנוספת על ההגנה הבסיסית הניתנת על-ידי ביטוח הבריאות הציבורי" (Schneider, 1995, עמ' 13).

2. מה צריך להיות אופיו של הביטוח הנוסף במובנים הבאים:

- א. האם מתן ביטוח משלים צריך להיות מוגבל לקופות-החולים בלבד, לחברות ביטוח בלבד, או האם יש לאפשר לשני הגופים מתן ביטוח זה?
- ב. האם יש להתייחס לביטוח בריאות נוסף כאל חלק אינטגרלי ממערכת הבריאות הכוללת?
- ג. האם ובאיזו מידה רצוי שהתכניות לשירותים נוספים במסגרת קופות-החולים יישאו אופי חברתי?
- ד. האם הכיוון הנוכחי בישראל של הפיכת "תכנית השירותים הנוספים" למעין "סל ב" של החוק הוא הכיוון הנכון זהרצוי?

בכל המדינות שנסקרו, אגודות שיתופיות ללא מטרות רווח (בין אם הן קופות-חולים או לא) וחברות ביטוח מסחריות מתחרות אלו באלו בשוק הביטוח הבריאות הנוסף. ברוב המדינות האגודות השיתופיות ללא מטרות רווח הן הדומיננטיות בשוק.

אופי הביטוח הנוסף נקבע במידה מסוימת, על-ידי תפקידו אל מול הביטוח הציבורי. במדינות בהן הביטוח הנוסף הוא חלופי, דהיינו, מהווה ביטוח בסיסי בעבור חלק מהאוכלוסייה, הוא נתפס חלק אינטגרלי ממערכת הבריאות הבסיסית וחלים עליו חוקים ותקנות הבאים להבטיח את הרובד הבסיסי ברמה סבירה גם לאוכלוסייה שאינה חייבת בביטוח חובה סטטוטורי (כגון בגרמניה והולנד). לא זה המצב בישראל, כאשר כל האוכלוסייה הישראלית מבוטחת בביטוח ציבורי סטטוטורי חובה בגין הרובד הבסיסי.

כאשר אופי הביטוח הוא אלטרנטיבי, דהיינו מאפשר גישה לאותם השירותים המובטחים במסגרת הציבורית, אך בערוץ אלטרנטיבי, למשל רפואה פרטית, הביטוח נחשב פחות אינטגרלי וההגבלות עליו פחות מחמירות. בחלק מהמדינות קיים עידוד (באמצעות הטבות מס, ואף סבסוד ממשלתי ישיר) לאוכלוסייה שיכולה להרשות לעצמה לרוכשו, כדי להוריד עומס מהמערכת הציבורית (כגון איטליה, ספרד, פורטוגל ואפילו אנגליה).

הדילמה הגדולה היא בנוגע לביטוח משלים, דהיינו תכניות המאפשרות שירותים נוספים שאינם מכוסים כלל בביטוח הסטטוטורי או רק באופן חלקי. במדינות שנסקרו נצפו מספר גישות שונות:

- ◆ הגישה הכללית באירופה היא להעדיף מתן ביטוח משלים על-ידי ארגונים ללא מטרות רווח. זאת מתוך תפיסה שגם שירותי בריאות משלימים תורמים לבריאות הכוללת של האוכלוסייה והם צריכים לעמוד לרשות אוכלוסייה רחבה במחיר נמוך יחסית, כך שרוב האוכלוסייה שרוצה בו תוכל להרשות לעצמה לרוכשו. לכן, במדינות עם קופות-חולים (כגון בלגיה, הולנד, צרפת) מופקד ביטוח כזה בידי קופות-החולים, ונתח השוק של חברות הביטוח המסחריות הינו שולי.
 - ◆ הגישה של קופות-החולים, וכן כללי הפיקוח על ביטוח משלים מטעם הממשלה, שונים ממדינה למדינה. בבלגיה קיימים שני רבדים של ביטוח משלים: חובה ואופציונלי. ביטוח משלים חובה כולל שירותים נוספים שנחשבים כמשלימים את החסר בסל הציבורי. הקופות בבלגיה, מתוך תפיסה של סולידריות פנימית, רואות לנכון לכפות ביטוח זה על כלל מבוטחיהן תמורת תשלום פרמיה נוספת שנועדה לאפשר לקופה לתת את השירות מבחינה כלכלית. ניתן לראות זאת כ"סל ב" חובה של הקופה כשקיים שוני בין קופה לקופה. הביטוח האופציונלי נותן כיסוי נוסף לשירותים המכוסים בסל הציבורי, שהם יותר בגדר של מותרות, או "nice to have", אך אינם נחשבים חיוניים לבריאות הציבור. הקופות רשאיות לעשות סלקציה ולהגביל את ההצטרפות לביטוח האופציונלי לפי גיל. הכללים לסלקציה הם ליברליים אך לפי שיקול דעתה של הקופה.
 - ◆ בהולנד הביטוח המשלים של קופות-החולים הוא אופציונלי, ניתן בדרך כלל על-ידי גופים נלווים לקופות-החולים שהוקמו על ידן לצורך העניין. הקופות רשאיות לעשות סלקציה. העובדה היא שגם בבלגיה וגם בהולנד אין חיתום מחמיר מאחר שבשתי המדינות למעלה מ-90% מהחברים מבוטחים בתכניות הביטוח המשלים של קופות-החולים.
 - ◆ גם בצרפת הביטוח המשלים הניתן על-ידי קופות-החולים וכן על-ידי חברות הביטוח וקרנות החדידות אחרות, הוא אופציונלי, ונועד בעיקר לכיסוי ההשתתפויות העצמיות הנהוגות במערכת הציבורית, ורוב האוכלוסייה מבוטחת בו. לעומת זאת, בגרמניה ובלוקסמבורג קופות-החולים אינן רשאיות להציע ביטוח משלים למבוטחיהן. ביטוח זה הוא יקר ואחוז קטן מהאוכלוסייה מבוטח בו.
- באופן כללי ניתן לומר, אם כן, שלקופות-החולים במדינות אחרות נותרה מידה גדולה יותר של חופש פעולה בתחום הביטוחים המשלימים מאשר בישראל, אך אין לביטוח זה אופי מסחרי. הוא ניתן מתוך תפיסה של אחריות רחבה מטעם קופות-החולים לבריאותם ולרווחתם של חבריהן מעבר לחבותן במסגרת מערכת הבריאות הציבורית הסטטוטורית. יחד עם זאת, המדינות האחרות לא הפכו את הביטוחים המשלימים לביטוח סוציאלי חברתי.
- ◆ למרות שככלל, הביטוח האלטרנטיבי והמשלים מהווים נדבך פחות אינטגרלי ממערכת הבריאות הכוללת, בהולנד ביטוח משלים מופיע תמיד כחלק אינטגרלי מכל ההצעות לרפורמה במערכת. קיים ויכוח מתמשך לגבי השירותים שיש לכלול בביטוח הסטטוטורי, והשירותים שיש להשאיר כאופציונליים במסגרת הביטוח המשלים. ביטוח משלים נחשב היום, בהולנד, בלגיה וצרפת, כחלק אינטגרלי מתפקידן של קופות-החולים, ונתפס כאחד מהמנגנונים של אותן קופות המאפשרים להן לעמוד במחויבותן ובאחריותן הרחבה כלפי חבריהן.

♦ באיטליה, ספרד ופורטוגל, תופס ביטוח בריאות נוסף חלק גדל והולך במערכת הבריאות הכוללנית:
- באיטליה, בוטלה מאז 1993, זכאות המשפחות שההכנסות ברוטו שלהן הן מעל 40 מיליון לירה לשירותים, כגון רפואה ראשונית חנם, רפואה מקצועית ותרופות; והן זכאיות, במסגרת המערכת הציבורית, לשירותי בתי-חולים בלבד. דבר זה שינה את האופי של ביטוח הבריאות הנוסף הניתן על-ידי אגודות שיתופיות וולונטריות לביטוח חלופי במקום ביטוח אלטרנטיבי או משלים (Mapelli, 1995, עמ' 102).

- בספרד, חוק הבריאות של 1986 שקבע את הקווים המנחים להקמת מערכת בריאות ממשלתית אוניברסלית, קבע גם את הקריטריונים לשיתוף הפעולה בין לשכות הבריאות והמגזר הפרטי, תוך מתן עדיפות לגופים פרטיים שהם מלכ"רים. חוק זה מחייב את הרשות המנהלת את מערכת הבריאות הציבורית לקדם את הפעילות של אותם הארגונים (Rovira, 1995, עמ' 109).
- הרפורמות של 1992 בתחום הבריאות בפורטוגל כללו הקמת מערכת בריאות פרטית שתוכל לקחת על עצמה את האחריות למתן שירותי בריאות לאלו הזכאים לשירותים אלו במסגרת המערכת הממלכתית, עם מימון חלקי של הממשלה (Pinto des Reis, 1995, עמ' 176).
בכל שלוש המדינות הנ"ל, הביטוח הנוסף הופך להיות יותר ויותר אלטרנטיבה למערכת הציבורית.

למעט הדוגמאות הנ"ל, שבהן חברות פרטיות (בין אם למטרות רווח בין אם לאו) מספקות ביטוח חלופי למערכת הציבורית, תפקידו של ביטוח פרטי ו/או מסחרי במדינות שנסקרו מוגבל, וחלקו בשוק שולי. לכן, כנראה, הוא אינו נתפס כממלא תפקיד אינטגרלי במערכת הכוללנית.

3. מה צריכים להיות תפקידן והיקף אחריותן של קופות-החולים? האם הן צריכות להוות רגן זרוע של הממשלה במתן שירותי בריאות במסגרת חוק ביטוח בריאות, או שצריך שתהיה להן אחריות רחבה יותר לבריאותם ולרווחתם של חבריהן?

בכל המדינות שיש בהן מערכות ביטוח סוציאלי ציבוריות עם קופות-חולים הפועלות במסגרת החוק לביטוח סטוטורי, ממשיכות קופות-החולים לפעול במידה רבה של עצמאות, ואחריותן לבריאותם ולרווחתם של חבריהן מוגדרת בצורה ברורה בתקנותיהן. אין זה מפתיע מאחר שכולן פעלו עוד קודם לביטוח הסטוטורי וכן הוקמו כאגודות שיתופיות לטובת חבריהן ובשליטתם.

♦ בגרמניה לכל קופות-החולים תקנון משלהן, במסגרת החוק. כל קופת-חולים קובעת את גובה דמי החבר שהיא גובה אך חייבת להעניק לחבריה שירותים והטבות כמוגדר על-ידי הממשלה. לכל קופה יש הנהלה של עד 30 חברים נבחרים המחולקת לשתי קבוצות: נציגים של המבוטחים ונציגים של המעבידים (Hermesse, 1996, עמ' 56-58).

♦ ב-1996 נקבעה בבליה מסגרת חוקית חדשה לקופות-החולים. תפקידן הוגדר כדלקמן: לקדם את הרווחה הפיזית, הפסיכולוגית והסוציאלית של חבריהן, על בסיס העקרונות של חזון לעתיד, עזרה הדדית וסולידריות, וכל זה במסגרת ללא מטרת רווח. איגודי קופות-החולים והקופות עצמן מנוהלים על-ידי גופים סטוטוריים: אסיפה כללית והנהלה. חברי האסיפה הכללית נבחרים אחת לשש שנים על פי הצבעת החברים, והיא בוחרת בחברי הנהלה. קופות-החולים מנהלות את הביטוח הסטוטורי

במסגרת החוק ותקנותיו, אך בנוסף אחראיות לתקן פגמים ולגבש הצעות לשינוי בחוק ודרכי יישומו. נציגי הקופות חברים רשמיים בכל הגופים הממשלתיים המחליטים. תפקידן של קופות-החולים בביטוח בריאות וולונטרי הנעשה על בסיס עזרה הדדית, הוא להבטיח שירותים והטבות לחבריהן במענה לצורכיהם במטרה לתת הגנה ביטוחית נוספת מעבר לניתן בביטוח החובה (Hermesse, 1996, עמ' 2-3, 10).

♦ תפקידן של קופות-החולים בצרפת (על פי ה-Mutual Health Funds Code of 1995) הוא כדלקמן:

“The Mutual Health Funds are non-profit making groups which mainly by way of contributions from their members, provide providence, solidarity and assistance in the interests of their members or their families, in order to assure, above all:

- ♦ The prevention of social risks linked to the person and compensation for the consequences of these risks
- ♦ Encouraging motherhood and protecting children, the family, and elderly and handicapped people
- ♦ The cultural, moral, intellectual and physical development of their members and improvement of their living conditions”. (Hermesse, 1996, pp. 51-52)

♦ בלוקסמבורג, התפקיד העיקרי של קופות-החולים הוא מתן שירותים לחבריהן. קופות-החולים אחראיות לניהול הונו, הן עצמאיות מבחינה פיננסית ומנוהלות על-ידי שותפים חברתיים (Hermesse, 1996, עמ' 101).

♦ בבלגיה, הולנד וצרפת, ניתן ביטוח משלים על-ידי אותן קופות-החולים האחראיות ליישום הביטוח הציבורי הסטטוטורי. מתן הביטוח המשלים על ידן נתפס תפקיד חיוני המשקף את אופי חובותיהן של קופות-החולים כלפי חבריהן.

4. מה צריכים להיות כללי הפיקוח והבקרה על הביטוח המשלים? האם יש לקבוע מסגרת חקיקתית וארגונית בגין ביטוח זה?

בכל המדינות שנכללו בסקירה זו, קיימים חוקים ותקנות בנושא ביטוחי בריאות נוספים. קיימת שונות גדולה לגבי היקפם וחומרם (או מידת הקפדנות בהם). שונות זו מרמזת על כך שבחלק מהמדינות ביטוח בריאות נוסף נתפס חלק אינטגרלי ממערכת הבריאות הכוללת, כאשר באחרות הוא נחשב שולי ופחות חשוב. מדינות, כגון גרמניה, הולנד ואירלנד, שהחקיקה בהן היא הקפדנית והמקיפה ביותר הן אלו שבהן ביטוח בריאות נוסף הוא חלופי ומכסה את האוכלוסייה שאינה מכוסה על-ידי המערכת הציבורית הסטטוטורית.

התפיסה לגבי חשיבותם של ביטוחי הבריאות האלטרנטיבי והמשלים, והמידה בה הם משחקים תפקיד אינטגרלי במערכת הכוללת, עוברת היום שינויים עמוקים ומרחיקי לכת באירופה, הודות לתהליכי האיחוד, ולתפקידו ההולך וגדל של האיחוד האירופאי במגזר הבריאות. ב-1973, 1988 ו-1992 נחקקו

שלוש תקנות אירופאיות במטרה לשבור את הגבולות בין מדינות בתחום הביטוח הכללי. התקנה השלישית מהווה את התשתית המשפטית המאפשרת לארגוני ביטוח לפעול בכל אירופה על בסיס רשיון המוענק במדינת האם. על בסיס זה, המבטח חייב לפעול בהתאם לחוקים, לתקנות ולכללי הפיקוח שנקבעו במדינת האם, אך רשאי למכור ביטוח ללקוחות בכל המדינות האחרות, ולהתעלם מהכללים החלים על מבטחים במדינה בה מתגורר הלקוח. הועלו חששות שתקנה זו עלולה לפגוע ביכולתן של המדינות לאכוף כללים פנימיים משלהן, המיועדים לשמור על עיקרון הסולידריות ולמנוע Cream-Skimming על-ידי חברות ביטוח מסחריות. כתוצאה מכך נולד סעיף 54 של אותה תקנה הקובע שבמקומות בהם ביטוח בריאות פרטי מהווה תחליף, חלקי או מלא, לביטוח סטטוטורי, כל מבטח הרוצה לפעול במסגרת תקנה זו חייב להתחשב בכללים המשפטיים במדינת הלקוח שמטרתם להגן על "טובת הכללי". דבר זה אפשר להולנד, למשל, להגן על חוק המחייב את כל חברות ביטוח הבריאות הפועלות בגבולות המדינה להבטיח כיסוי במחיר סביר לקבוצות בסיכון כמו קשישים, וכן אפשר לאירלנד לחייב כל חברת ביטוח המבטחת אנשים באירלנד בביטוח בריאות משלים לשמור על העיקרון של פרמיות שהן Community-Rated. לאחרונה, עולות קריאות ממדינות רבות להרחיב את סעיף 54 ולהחיל אותו על ביטוח בריאות נוסף מכל סוג שהוא (גם אלטרנטיבי ומשלים), מאחר שלסעיף זה תפקיד חיוני בהגנה על הנגישות לשירותי הבריאות באירופה" (Belcher, 1999, עמ' 88-89).

5. האם יש לסבסד ביטוח בריאות נוסף במישרין, או בעקיפין, על-ידי ניכויים ממס הכנסה בגין הוצאות על פרמיות?

קיים סבסוד ממשלתי במישרין או בעקיפין במספר מדינות. קיימות הטבות מס על פרמיות בגין ביטוח נוסף בצרפת ובאירלנד. בבלגיה הפרמיה של העצמאיים בגין ביטוח חלופי לסיכונים קטנים נחשבת חלק מהוצאותיהם העסקיות הפטורות ממסים. בספרד 15% מההוצאות של בתי אב בגין שירותי בריאות, לרבות פרמיות, פטורים ממס הכנסה. בדנמרק ואנגליה אין הטבות מס על פרמיות. באיטליה אין הטבות מס על פרמיות, אך ניתן לנכות הוצאות בגין שירותי בריאות ממס הכנסה, אפילו אם הוצאות אלו כוסו על-ידי ביטוח. בהולנד אין הטבות מס, אך יש סבסוד ממשלתי בגין ביטוח פרטי לאוכלוסיות מסוימות כגון קשישים.

6. האם חשוב להבטיח נגישות ביטוח זה לאחוז גבוה של האוכלוסייה? אם כן, האם צריך להיות סבסוד צולב בין המערכת הציבורית והמערכת המשלימה?

ככל שביטוח בריאות נוסף נתפס כממלא תפקיד אינטגרלי במערכת הבריאות הכוללנית, כך עולה החשיבות שביטוח כזה יהיה נגיש ובמסגרת האפשרויות הכספיות של אחוז גבוה מהאוכלוסייה. ככל שביטוח שכזה נתפס כמותרות ובר-תועלת שולית, נגישותו פחות חשובה. במדינות, כגון בלגיה, הולנד, צרפת, אירלנד ואוסטרליה, נחשב ביטוח נוסף מספיק חשוב כדי לקיים מאמץ מטעם הנהלות קופות-החולים או הממשלה להבטיח שביטוח בריאות נוסף יהיה נגיש ובמסגרת האפשרויות הכספיות של כולם. לעומת זאת, באגליה וגרמניה, למשל, נושא זה כנראה, פחות חשוב מאחר שביטוח בריאות פרטי הינו יקר ורק חלק קטן מהאוכלוסייה יכולים להרשות לעצמם לרכשו.

חיוניות התפקיד של ביטוח בריאות נוסף במערכת הבריאות הלאומית משפיעה גם על הסוגיה של סבסוד צולב בין המערכת המשלימה לבין המערכת הציבורית. סוגיה זו היא יותר אקדמית ממעשית. במציאות, לא ניתן למנוע סבסוד צולב. בכל מדינה בה נהוגה מערכת ציבורית מקיפה, באות רוב הכנסותיהם של ספקי השירותים מהמערכת הציבורית והם מסוגלים לתת שירותים פרטיים בשוליים מאחר שהבסיס הפיננסי שלהם כבר מובטח. ביותר ויותר מדינות, השירותים הפרטיים מסבסדים את המערכת הציבורית ומורידים חלק מהעומס הכספי על המערכת הציבורית על-ידי מתן שירות אלטרנטיבי תמורת תשלום נוסף, שאחרת היה צריך להיות ממומן על-ידי המערכת הציבורית. כך מצאנו שבמדינות רבות יושמה מדיניות לעידוד האזרח ומשפחתו לרכוש יותר ויותר שירותים במסגרת הפרטית (בין אם ישירות מכיסו ובין אם באמצעות ביטוח נוסף) (Abel-Smith et al., 1995, עמ' xx). ההשלכות של נוהגים כגון אלו הן מעבר לתחום של ספר זה, אך זו סוגיה חשובה הדורשת בחינה מעמיקה.

7. כיצד רצוי לממן את הביטוח הנוסף: האם על-ידי פרמיות אקטואריות, מחירים אחידים לחבילת זכויות, community rating, או באמצעות פרמיות המבוססות על הכנסות? האם צריכה להיות השתתפות של המעביד במימון הפרמיה?

מבנה הפרמיה שונה ממדינה למדינה וכן בין סוגים שונים של ביטוח כך שמצאנו דוגמאות של כל הסוגים הנזכרים לעיל. בחלק מהמדינות מבנה הפרמיה נקבע על-ידי חוק, למשל, באוסטרליה ובאירלנד, בהן החוק מחייב שהפרמיות בגין ביטוח בריאות יהיו community rated. במדינות אחרות, מבנה הפרמיה נשאר לשיקול דעתו של המבטח, בכפוף לתקנות של אותה המדינה. למרות המגמה להתקרבות בקרב האיחוד האירופאי, גם בנושא של ביטוחי בריאות, המדינות השונות טרם התמודדו עם הסוגיה של בסיס אחיד למבנה הפרמיה. במידה מסוימת, קביעת מבנה הפרמיה קשורה בתפיסת המדינה לגבי חשיבותו של ביטוח בריאות נוסף, כמפורט בסעיף 6 לעיל. השתתפות המעביד בפרמיה היא שכיחה ומקובלת במספר מדינות, כגון אנגליה, צרפת, אירלנד ואיטליה, והיא ניתנת על-ידי קרנות מיוחדות או חברות ביטוח מסחריות.

8. האם רצוי להגביל את רשימת הזכויות והשירותים שמותר לכסות במסגרת ביטוח בריאות נוסף? למשל, האם רצוי לאפשר הכללת פיצוי כספי בגין אובדן הכנסות או הוצאות לא רפואיות נלוות הנגרמות כתוצאה ממחלה? האם יש לאפשר כיסוי בגין בחירת מנתח במסגרות פרטיות ו/או ציבוריות? האם יש להתיר כיסוי השתתפויות עצמיות הנהוגות במערכת הציבורית?

רוב המדינות שנסקרו אינן מגבילות בצורה מפורשת את השירותים וההטבות שניתן להציע במסגרת ביטוחי בריאות נוספים, למעט כיסוי השתתפויות העצמיות הנהוגות במערכת הציבורית.

♦ הנושא של בחירת מנתח לא עלה כנושא לוויכוח באף אחת מהמדינות שנסקרו. כאשר הזכויות הן אלטרנטיבות באופיין, דהיינו, לכל התושבים זכות לאשפוז וניתוח בבתי-החולים במסגרת הסטטוטורית, אין פסול במתן אפשרות לבחירת מנתח בערוץ האלטרנטיבי, במסגרת ביטוח הבריאות הנוסף. על אף זאת, מצאנו רק מדינה אחת המאפשרת בחירת רופא "פרטי" בבתי-חולים ציבוריים -

באוסטרליה. חולים הבוחרים את רופאיהם בבתי-חולים ציבוריים נחשבים "חולים פרטיים", והמערכת הציבורית מפחיתה את השתתפותה בעלות האשפוז, כך שהביטוח המשלים נועד לכסות את ההפרש.

♦ לא מצאנו אף מדינה שבה קיימות הגבלות על מתן פיצוי כספי כחלק מהביטוח המשלים, בין אם הוא ניתן על-ידי קופות-החולים, אגודות שיתופיות לביטוח הדדי, או על-ידי חברות ביטוח מסחריות. יתר על כן, בחלק מקופות-החולים, נועד הביטוח המשלים למתן פיצוי כספי בעת מחלה על-מנת לכסות הוצאות נלוות ואובדן הכנסות.

♦ כיסוי השתתפויות עצמיות הנהוגות במערכת הציבורית הוא בין הנושאים המהותיים ביותר העולה מהספרות. בשוויץ כיסוי השתתפויות עצמיות אסור במפורש, ובאוסטרליה קיים איסור לכסות את ההשתתפויות העצמיות בביקור אצל רופא בקהילה. במדינות אחרות לא קיים איסור מפורש אך נוהג זה אינו מעודד, וגם אינו נהוג, למעט כיסוי השתתפויות עצמיות בגין טיפול סיעודי (הן במוסדות והן בביתו של החולה). לעומת זאת, במספר קטן של מדינות, כגון צרפת ולוקסמבורג, כיסוי השתתפויות עצמיות הינו התפקיד העיקרי של הביטוחים המשלימים. נושא זה מאוד מטריד את מעצבי המדיניות בצרפת שחוששים שהביטוח המשלים, שנועד לכסות את ההשתתפויות העצמיות הנהוגות במערכת הציבורית, מנטרל את האפקט הרצוי שלהן לריסון הביקושים, ולכן מאשימים אותו כאחת הסיבות העיקריות לעלייה החדה של ההוצאה הלאומית לבריאות. במחקרים שנערכו על הביטוח המשלים של מדיקר בארצות-הברית (ראה סעיף 2 לעיל ונספח ה'), הוכחות די ברורות שכיסוי ההשתתפויות העצמיות במדיקר על-ידי הביטוח המשלים (Medigap) תורם לגידול בביקוש בשירותים ובהוצאות של מדיקר.

ביטוח מסוג זה אינו נפוץ במדינת ישראל היום, למרות שיש כמה פוליסות מסחריות שהחלו לאחרונה לכלול כיסוי השתתפויות עצמיות. נושא זה ראוי לדיון ולבחינה קפדנית.

לקחים בעבור ישראל

ההתמודדות עם ההיבטים השונים של ביטוחי בריאות נוספים הפועלים לצידה של מערכת ציבורית, מדגימה דילמה יסודית הפוקדת את מדינת ישראל מאז הקמתה. מחד, הדילמה בין הערכים החברתיים הסוציאליסטים, ומאידך, הצורך בצמיחה כלכלית הדורשת גישה קפיטליסטית יותר ויוזמות עסקיות פרטיות (Sanbar, 1990, עמ' 6). ברמה הפילוסופית יותר, זוהי הדילמה הנצחית בין טובת הכלל לבין חופש, והאיזון הנכון בין השניים. הדילמה היא דילמה של ערכים בסיסיים, כפי שזו באה לביטוי בדבריו של מדען ופילוסוף אמריקאי מוכר:

"בכל בחינה של התנהגות אנושית חייבים להתייחס לשני הצדדים: לחובות של האדם, שרק הן מאחדות את החברה, אך בחופש האדם לפעול באורח אישי, דבר שכל חברה חייבת להרשות לאנשיה" (Bronowski, 1965, עמ' 55).

ההתמודדות עם דילמה זו קיימת בחברה בכל הרמות ובכל המערכות, לרבות מערכת הבריאות, והיא רלוונטית, לא רק לגבי היחיד בחברה אלא גם לגבי הארגונים השונים הממלאים תפקידים שונים בתוך החברה.

הדילמות בנושא ביטוח הבריאות המשלים הפועל לצידה של מערכת ציבורית, מידת החופש של קופות-החולים לרצות את חבריהן בתחום זה, ומידת החופש של הפרט לבחור את המתכונות המתאימות לו מהוות רק ביטוי אחד לדילמה יסודית זו.

היבט נוסף של שאלה זו הוא, מהי מידת המעורבות הנכונה של הממשלה בכל ההיבטים של חיי אזרחיה? כיצד ממשלה כלשהי ממלאת את חבותה כלפי אזרחיה בלי להגביל את חופשיותם ואחריותם לדאוג לעצמם? מבחינה זו, הוויכוח על ביטוח הבריאות המשלים מהווה רק סימפטום אחד של בעיה יסודית יותר, ושל קונפליקט עקרוני בין ערכים שונים, החשובים כולם במשטר דמוקרטי.

הדוח הנוכחי הראה שישראל אינה עומדת לבד בהתמודדות עם הדילמות הללו ועם השלכותיהן החברתיות והכלכליות. כל המדינות המתועשות בעולם המערבי מתמודדות עם בעיות ודילמות דומות. ראינו שהגם שיש דמיון בינן לבין עצמן וכן בינן לבין ישראל בדרכי ההתמודדות, ישנם גם הבדלים רבים.

אם ניתן ללמוד, ובזהירות רבה, מניסיוןן של מדינות אחרות, עולה כי הלקחים העיקריים מסקירה זו לגבי ישראל הם כדלקמן:

(1) נראה כי נכון יהיה לחזק את-קופות-החולים במתן ביטוח בגין שירותים נוספים. מתן הביטוח המשלים על-ידי קופות-החולים מהווה חלק אינטגרלי מחבותן כלפי מבוטחיהן להיות למענם כתובת לכל צורכיהם הבריאותיים, לרבות שירותים שאינם כלולים בסל השירותים. בדרך זו מובטחים למבוטחיהן שירותים נוספים מבוקרים ברמה העומדת בסטנדרטים המקצועיים שנקבעו על-ידי קופות-החולים, תמורת פרמיות נמוכות ביותר. אגב דבר זה אינו שולל את הזכות של חברות הביטוח המסחריות להציע פוליסות פרטיות לביטוח בריאות ואת זכותו של האזרח לרכוש ביטוחים נוספים אם הוא יכול להרשות זאת לעצמו.

(2) מצד שני נשאלת שאלה לגבי אופי הביטוח המשלים של קופות-החולים, לעומת אופיו של הביטוח הניתן על-ידי חברות הביטוח המסחריות. אמנם, קיים הבדל משמעותי בין המטרות של קופות-החולים לחברות הביטוח במתן הביטוחים המשלימים אך קיים חוסר איזון במידת ההתערבות של הגופים המפקחים על שני סוגי הביטוח וכן על פירוט וחומרת הכללים המגבילים אותם. לכן, יש מקום לבחון מחדש את המגבלות הקפדניות על הביטוחים המשלימים של קופות-החולים, וכן לשקול היטב האם המגמה להפוך תכניות אלו ל"סל ב"י של חוק ביטוח בריאות היא הכיוון הנכון. מחד, האם המגבלות על תכניות אלו בנושאים, כגון מתן פיצוי כספי ומתן ביטוח סיעודי הן לטובת הכלל? מאידך, האם קיים חופש רחב מדי בידי חברות הביטוח המסחריות? האם הפיקוח עליהן קפדני דיו? מהניסיון של מדינות אחרות נראה, כי יש מקום לשקול תיקונים בשני הצדדים של המשוואה.

אם קיים צורך בהגבלה כלשהי על הביטוחים המשלימים הן של קופות החולים והן של חברות הביטוח המסחריות אזי רצוי לשקול חקיקה שתאסור על שתיהן להציע כיסוי להשתתפויות העצמיות הנהוגות במערכת הציבורית. היעילות של השתתפויות עצמיות בריסון הביקוש בשירותים מתועדת היטב. בנוסף ל-Rand Experiment (ראה את המאמר של Manning et al., 1987), אנו מפנים את הקוראים לעבודות בנידון של Pauly ו-Nyman שצוטטו כבר לעיל במחקר זה, ובנוסף מחקריהם של Van de Ven (1983) מהולנד ו-Creese (1991) משוויץ המהווים רק חלק מן העבודות המרשימות בנידון. הסיבה היחידה המצדיקה הנהגת השתתפויות עצמיות היא ריסון ותמרון ביקושים, כאשר כיסויים בביטוח משלים מנטרל את השפעתן. אם ניתן ללמוד לקח מעבודות על הביטוח המשלים למדיקר בארצות-הברית וכן מהעלייה המתמדת והמהירה בהוצאות על בריאות בצרפת, זהו הלקח העיקרי. בשתיהן עיקר הביטוח המשלים הוא כיסוי השתתפויות עצמיות.

(3) כפי שצינו כבר קודם יש מחקר אמפירי מועט ביותר על ההשלכות של ביטוחי בריאות משלימים במדינות עם מערכות בריאות ציבוריות מקיפות. לפיכך, יש לעודד מחקרים אמפיריים בתחומים כגון אלו:

(א) השפעת הביטוחים המשלימים על הביקוש והשימוש בשירותים רפואיים במדינות עם ביטוח בריאות סטטוטורי מקיף. מחקרים בתחום זה צריכים להתייחס להבדלים בהשפעה על שימוש בשירותים בין הסוגים השונים של ביטוח משלים: כיסוי השתתפויות עצמיות לעומת כיסוי שירותים שאינם כלולים כלל בסל הציבורי וכיסוי שירותים שכלולים בסל הציבורי אך ניתנים על-ידי הביטוח המשלים במסגרת "פרטית".

(ב) העדפות האוכלוסייה לגבי תוכן הביטוחים המשלימים והדרך בה הם ניתנים. מאלו סוגי ארגונים מעדיפה האוכלוסייה לרכוש ביטוח משלים? האם היא מעדיפה ביטוח המשלם ישירות לספק השירותים, או ביטוח המחזיר הוצאות?

(ג) מדוע אנשים עם ביטוח ציבורי מקיף רוכשים ביטוחי בריאות נוספים? האם הם מבינים באופן מפורט למה הם זכאים במערכת הציבורית, וכן מה חסר להם? או, האם הם ירכשו ביטוחי בריאות נוספים למען "הסדר הטוב" כהגנה נוספת כלפי "כל צרה שתבוא"?

(ד) ההשפעה של הביטוחים המשלימים על התנהגות הרופאים וספקי שירותים אחרים. האם אכן קיום ביטוח משלים מהווה תמריץ לעשיית יתר? האם ספקי שירותים מתייחסים בצורה שונה לחוליהם אם יש להם ביטוח משלים?

(ה) התנהגות חברות הביטוח בתחום ביטוחי הבריאות; לדוגמה, האם ובאיזו מידה הן נוטות להעמיס, ככל שניתן, את מרב ההוצאה על קופות-החולים על-ידי מתן בונוסים למבוטחיהן.

(ו) התנהגות קופות-החולים בתחום הביטוח המשלים והשפעת הביטוח המשלים על החלטת המבוטח להצטרף לקופה אחת ולא לקופה אחרת.

(ז) השפעת הביטוחים המשלימים על חדירת טכנולוגיות רפואיות חדשות לשוק.

(ח) יחסי הגומלין בין הביטוח המשלים והביטוח הבסיסי.

(4) כדאי יהיה למעצבי המדיניות בישראל לעקוב אחר ההתפתחויות בתחום ביטוחי בריאות נוספים באיגוד האירופאי. הניסיון האירופאי להתמודד עם הבעיות וההזדמנויות בתחום ביטוח הבריאות במסגרת השוק המאוחד מהווה ניסיון ומעבדה ראשוניים להתמודדות עם ההשלכות של מגמת הגלובליזציה - התהליך שבסופו של דבר, הודות לטכנולוגיות המחשוב והתקשורת המודרניות, יהפוך את כל העולם לכפר גלובלי אחד. ייתכן מאוד שהגלובליזציה תשבור את כל הכלים ותהפוך ללא רלוונטיים את הערכים שלפיהם קיבלנו החלטותינו עד כה וכן את כל השאלות שעומדות במרכז הוויכוחים הציבוריים.

כפי שנאמר על-ידי Steven Withers בכנס שהתקיים בבווריה באוקטובר 1992 בנושא ביטוחי בריאות נוספים: "עם שוק מאוחד אמיתי, וחופש ניידות אמיתית למנהלים ועובדים, אנו חייבים לבחון את הבעיות וההזדמנויות לתוכניות ביטוח בריאות בממד אירופאי אמיתי. לקוחותינו הרוכשים ביטוח בריאות מצפים לזה. חלקם עסקים גדולים עם שלוחות במספר מדינות, חלקם יחידים ומשפחות הנוסעים חופשי מעבר לגבולות בין המדינות לצורך עבודה, בילוי או לאחר פרישתם מעבודה. לפעמים זכויות התושב שלהם תלויות בכיסוי ביטוח בריאות מספק" (Withers, 1995, עמ' 190).

אנו עדים כבר לתחילתן של מגמות אלו גם בישראל, בין אם מדובר על בעיות הכרוכות בביטוח בריאות בגין עובדים זרים ותושבים ארעיים ומשפחותיהם, ובין אם מדובר בצורך בכיסויים של מספר הולך וגדל של טיפולים רפואיים בחו"ל. כמו-כן, מספרם של ישראלים הנוסעים לחו"ל, לא רק לחופשות קצרות אלא לצורכי עבודה, הולך וגדל. חשוב כבר להתחיל בחשיבה על מקומם של ביטוחי בריאות אלו במסגרת האתגרים שיעמדו בפנינו בעתיד.

ביבליוגרפיה

- בן-נון, ג.; גרינבלט, ש. 1999. **השוואות בינלאומיות: ארצות OECD וישראל**. משרד הבריאות, מדינת ישראל, ירושלים.
- גרוס, ר.; ברמלי-גרינברג, ש. 1999. **ביטוח בריאות משלים ומסחרי, 1998: תמורות במדיניות, תמורות פיננסיות והתנהגות הצרכנים**. דמ-349-99. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר.; ברמלי, ש. 1997. "חלופות לארגון שוק ביטוחי בריאות המשלים והמסחרי בישראל בעקבות יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי". **ביטחון סוציאלי 50: 40-48**.
- גרוס, ר.; ברמלי, ש. 1996. **ביטוחי בריאות בישראל 1996: סקירה השוואתית, ניתוח שינויים בשוק ובחינת חלופות מדיניות**. דמ-272-96, ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- המוסד לביטוח לאומי. 1994/5. **סקירה שנתית**. ירושלים.
- כהן, מ.; ברנע, ת. 1991. **התפתחות שוק ביטוח בריאות המשלים והמסחרי וביטוח הסיעוד בישראל וההשלכות על מערכת שירותי הבריאות ועל מדיניות הממשלה**. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- כהן, ש.; שטיינר, ר. 1995. "חוק ביטוח בריאות: רקע, עקרונות וביצוע". מתוך: סקירה שנתית 1994-1995. המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.
- מדינת ישראל. 1995. **חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994**. ירושלים.
- מדינת ישראל. תשנ"ז-1997. **חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי תקציב לשנת 1997)**. ספר החוקים, ירושלים.
- מדינת ישראל. תשנ"ח-1998. **חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה)**. ספר החוקים. ירושלים.
- מדינת ישראל. 1981. **חוק פיקוח על עסקי ביטוח התשמ"א-1981**. ירושלים.
- מיינרד, א. 1992. "טיפול רפואי למי – הפעלת העדפות ציבוריות". **ביטחון סוציאלי 39: 39-50**. הרצאה מס' 8 לזכרו של ריצ'רד טיטמוס. בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית, ירושלים.
- נידרלנד, ד. 1983. "השפעת הרופאים העולים מגרמניה להתפתחות הרפואה בארץ ישראל (1933-1948)". **קתדרה 60: 30-111**.
- צ'רינובסקי, ד. 1997. "סל וביטוח "משלימים" והרפורמה במערכת הבריאות הישראלית – סכנות והזדמנויות" **ביטחון סוציאלי 47: 32-47**.
- קופ, י. 1998. "שירותי בריאות". בתוך: הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1998. המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים.

ריבלין, א. 1991. רפואה ברמה פרטית בקופת-חולים ציבורית: חמישים שנה לקופת-חולים מכבי, קופת-חולים מכבי, תל אביב.

Abel-Smith, B.; Figueras, J.; Holland, W.; McKee, M.; and Mossialos, E. 1995. *Choices in Health Care Policy: An Agenda for the European Union*. The London School of Economics and Political Science and European Communities, England.

Anderson, C. 1978. "The Logic of Public Problems: Evaluation in Cooperative Policy Research". *Comparing Public Policies*.

Belcher, P. 1999. *The Role of The European Union In Healthcare*. Overview produced at the request of the Council for Health and Social Service on behalf of the Council- report Europe en de gezondheidszorg, pp. 88-9.

Ben-Sasson, H. 1976. *A History of the Jewish People*. Harvard University Press, Cambridge, MA.

Bluestein, J. 1995. "Medicare Coverage, Supplemental Insurance and the Use of Mammography by Older Women". *The New England Journal of Medicine* 332(17):1138-1143.

Bronowski, J. 1965. *Science and Human Values*. Harper and Row Publishers, Inc., New York.

Chiappori, P.; Durand, F.; and Geoffard, P. 1998. "Moral Hazard and the Demand for Physician Services: First Lessons from a French Natural Experiment". *European Economic Review* (42):499-511.

Chinitz, D.; Preker, A.; and Wasem, J. 1998. "Balancing Competition and Solidarity in Health Care Financing". *Critical Challenge for Health Care Reform In Europe* 55-77.

Chinitz, D. 1996. *Israel's Health Policy Breakthrough: The Politics of Reform and the Reform of Politics*. R-111-96. JDC-Brookdale Institute, Jerusalem.

Chinitz, D. 1994. "Reforming the Israeli Health Care Market". *Social Science and Medicine* 39 (10).

Competition And Solidarity: Can They Co-exist in Europe's Health Care Systems? Record of Proceedings of an AIM Symposium, June 13-14, 1996, Association International de la Mutualite, Brussels, Belgium.

Contandriopoulos, A.; Lauristin, M.; and Leibovich, E. 1998. "Values, Norms and the Reform of Health Care System". In: *Critical Challenges For Health Care Reform In Europe*. Saltman, R.; Figueras, J.; and Sakelarides C. (Eds.) pp. 339-343. Open University Press, Buckingham, England; Philadelphia, PA., U.S.A.

Creese, A. 1991. "User Charges for Health Care: A Review of Recent Experience". *Health Policy and Planning* 6(4):309-319.

de Meza, D. 1983 "Health Insurance and the Demand for Medical Care". *Journal of Health Economics* 2(1):47-54.

- Doron, A. 1992. "The Health Services in Israel: The Prospect of the 1990s". Translated from the original Hebrew version, published in *Social Security* (38) June.
- Enthoven, A. 1993. "The History and Principles of Managed Competition". *Health Affairs Supplement* 12:24-48.
- Enthoven, A. 1978. "Consumer Choice Health Plans". *New England Journal of Medicine* 298(12):650-658.
- Gibara, S.; and Bolduc, J. 1996. *Annual Review*. For the Consideration of L'Institute de Recherche en Politiques Publiques. London Life, Canada.
- Glaser, W. 1991. *Health Insurance in Practice: International Variations in Financing, Benefits and Problems*. Jossey-Bass Inc. Publishers, San Francisco, CA.
- Hamilton, C.J. 1996 "Competition and Solidarity". In: *Competition and Solidarity: Can They Co-exist in Europe's Health Care System? Record of Proceedings of an AIM Symposium, June 13-14, 1996*, Association International de la Mutualite, Brussels, Belgium.
- Hermesse, J. 1996. *Health Finance Systems Today: Structures and Trends in 12 European Countries*. Association International de la Mutualite, Geneva, Switzerland.
- Hermesse, J. 1996a. "Competition in Social Health Protection Risk or Opportunity?" In: *Competition and Solidarity: Can They Co-exist in Europe's Health Care Systems? Record of Proceedings of an AIM Symposium, June 13-14, 1996*, Association International de la Mutualite, Brussels, Belgium.
- Hermesse, J. 1996b. *Les Assurance Complementaires En Soins De Sante En Belgique*.
- Hermesse, J.; and Lewalle, H. 1995. "Regulation, Prices and Services Covered by Complementary Health Schemes: Status Quo and Future Needs". In: *Complementary Health Schemes In The European Union*. Schneider, M. (Ed.). BASYS, Augsburg, Germany
- Hurd, M.; and McGarry, K. 1997. "Medical Insurance and the Use of Health Care Services by the Elderly". *Journal of Health Economics* 16:129-154.
- Hurst, J. 1992 *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Organization for Economic Cooperation and Development, OECD, Paris.
- Hurst, J. 1991. "Reforming Health Care in Seven European Nation". *Health Affairs*.
- Kaye, R.; and Wood, F. 1998. "Economic Accountability in Health Services". Paper Presented before *The Second Jerusalem International Conference in Health Policy: The Changing Face of Health Systems*. Jerusalem.
- Klein, R. 1998. "Why Britain is Reorganizing its National Health Service – Yet Again". *Health Affairs* 17(4):111-125.

- Kyriopoulos, Y.; Mpoursanidis, C.; and Skoutelis, G. 1995. "Complementary Health Insurance: Problems and Prospects in Greece". In: *Complementary Health Schemes in the European Union*. Schneider, M. (Ed.). BASYS, Augsburg, Germany.
- Leat, P.; and Williams, A. 1997. "Canada". In: *Health Care and Reform in Industrialized Countries*. Raffel, M. (Ed.). University Park, PA, USA.
- Lewalle, H.; and Hermesse, J. 1995. "Private Complementary Health Schemes In The EC". In: *Complementary Health Schemes in The European Union*. Schneider, M. (Ed.) BASYS, Augsburg, Germany.
- London Life Group Benefits. Institut de Recherche en Politiques Publiques, London Life Insurance Company, London Canada. (revised 1994)
- Manning, W.; Newhouse, J.; Duan, N.; Keeler, E.; Leibowitz, A.; and Marguis, M. 1978. "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from A Randomized Experiment". *The American Economic Review* 77 (3):251-277.
- Mapelli, V. 1995. "The Private Health Insurance in Italy". In: *Complementary Health Schemes in the European Union*. Schneider, M. (Ed.) BASYS, Augsburg, Germany.
- McCall, N.; Rice, T.; Boismier, J.; and West, R. 1991. "Private Health Insurance and Medical Care Utilization: Evidence from the Medicare Population". *Inquiry* 28:276-287.
- Muller, H. 1992. "Supervision and Control of Complementary Health Schemes in the EC". *Complementary Health Schemes in the European Union*. Schnieder, M. (Ed.). Basys, Augsburg, Germany.
- 7 *National Commentaries*. 1996. International Federation of Health Funds. FHF Information No. 38, FHF Secretariat, Reading England, UK.
- Nyman, J. 1998. "Theory of Health Insurance". *The Journal of Health Administration Education* 16(1): 42-56.
- Pauly, M.V. 1974. "Over-insurance and Public Provision of Insurance: The Role of Moral Hazard and Adverse Selection.". *Quarterly Journal of Economics* 88:44-62.
- Pauly, M.V. 1968. "The Economics of Moral Hazard: Comment.". *The American Economic Review* 54: 531-536.
- Pinto dos Reis, V. 1995. "The Portuguese Health System". In: *Complementary Health Schemes in the European Union*. Schneider, M. (Ed.), BASYS , Augsburg, Germany.
- Pomey, M.; and Poullier, J. 1997. "France's Health Policy Conundrum". In: *Health Care and Reform in Industrialized Countries*. Raffel, A. (Ed.) Pennsylvania State University Press, University Park, PA.
- Raffel, M. 1997. *Health Care and Reform In Industrialized Countries*. Pennsylvania State University Park. PA.

- Rice, T.; and McCall, N. 1985. "The Extent of Ownership and the Characteristics of Medicare Supplemental Policies." *Inquiry* 22: 188-198.
- Rice, T.; McCall, N.; and Boismeir, J. 1991a. "The Effectiveness of Consumer Choice in the Medical Supplementary Insurance Market". *Health Services Research* 26 (2): 226.
- Rice, T.; McCall, N.; Boismeir, J.; and West, R. 1991b. "Private Insurance and Medical Care Utilization: Evidence from the Medicare Population". *Inquiry* 28(3): 283.
- Roter, R.; and Shamai, N. 1990. "Health Care Policy". In: *Economic and Social Policy in Israel: The First Generation*. Sanbar, M. (Ed.). The Jerusalem Center for Public Affairs of Center for Jewish Community Studies, University Press of America, Inc., Lanham, MD.
- Rovira, J. 1995. "Non-Profit Complementary Health Schemes". In: *Complementary Health Schemes in The European Union*. Schneider, M. (Ed.), BASYS, Augsburg, Germany.
- Saltman, R.; Figueras, J.; and Sakellarides, C. 1998. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Open University Press, Buckingham, England, Philadelphia, PA., U.S.A.
- Sanbar, M. 1990. "The Political Economy of Israel 1948-1992". In: *Economic and Social Policy in Israel: The First Generation*. Sanbar; M. (Ed.) The Jerusalem Center for Public Affairs of Center for Jewish Community Studies, University Press of America, Inc., Lanham, MD.
- Schneider, M. 1992. *Health Care In The EC Members States*. BASYS, Augsburg, Germany.
- Schneider, M, (Ed.) 1995. *Complementary Health Schemes in The European Union*. BASYS , Augsburg, Germany.
- Schulte, B. 1996. "Social Protection for Dependence in Old Age: The Case of Germany". In: *Long Term Care Economic Issues and Policy Solutions*. Eisen, R.; and Sloan, F. (Eds.). Kluwer Academic Publishers, Norwell, MA.
- Shmueli, A. 1998. "Supplemental Health Insurance Ownership in Israel: An Empirical Analysis and Some Implications". *Social Science Medicine* 48 (7): 821-829.
- Schvarts, S. 1996. "Kupat Holim and Jewish Health Services during the Mandate". In: *Health and Disease in the Holy Land: Studies in the History and Sociology of Medicine from Ancient Times to the Present*. Wassermon, M.; and Kottek, S. (Eds) The Edwin Mellen Press, New York.
- Shvarts, S. 1995. "Health Care System in Israel: An Historical Perspective". In: *Medicine and Health Care into the Twenty First Century*. Majumber, S.K. et al. (Eds.) Pennsylvania Academy of Science, Easton PA.
- Siebzehner, M.; and Shemer, J. 1995. "Israel's New National Health Insurance Law". In: *Reforming Health Care Systems*. Shemer, J.; and Vienonen, M. (Eds.) Gefen Publishing House, Jerusalem.

- Stuart, B.; and Grana, J. 1998. "Ability to Pay and the Decision to Medicate". *Medical Care* 36(2):202-211.
- Ubel, P.; and, Goold, S. 1998. "Does Bedside Rationing Violate Patients' Best Interests? An Exploration of Moral Hazard". *The American Journal of Medicine* (104):84.
- Van de Ven, W. 1983. "Effects of Cost-Sharing in Health Care". *Effective Health Care* 1(1).
- Graf von Stillfried, D. 1996. "The Reconcilability of Solidarity and Competition in the Health Care Sector". *Competition and Solidarity Can they Co-exist in Europe's Health Care System?* pp. 13-24.
- Von Maydell, B.; and Schulte, B. 1995. "Regulation Requirements for Complementary Health Insurance Systems Under the Aspect of Social Legislation". In: *Complementary Health Schemes in The European Union*. Schnieder, M. (Ed.) BASYS, Augsburg, Germany.
- Waserman, M. 1996. "Henrietta Szold: American Progressivism, Zionism and Modern Public Health". In: *Health and Disease in the Holy Land*. Waserman, M.; and Kotek, M. (ed.) The Edwin Mellen Press, New York.
- Wedig, G.; Mitchell, J.; and Cromwell, J. 1989. "Can Price Controls Induce Optimal Physician Behavior?" *Journal of Health Politics, Policy and Law* 14 (3):601-620.
- Withers, S. 1995. "Europe Wide Complementary Health Schemes". In: *Complementary Health Schemes in the European Union*. Schneider, M. (Ed.) BASYS , Augsburg, Germany.
- Wolfe, L.; and Goddeeris, J. 1991. "Adverse Selection, Moral Hazard and Wealth Effects in the Medigap Insurance Market". *Journal of Health Economics* 10:433-459.

נספח א: מערכות הבריאות הציבוריות באירופה

1. מדינות עם מערכות ממלכתיות

1.1 מערכות ממומנות על-ידי מסים כלליים

קנדה, פינלנד ושוודיה מפעילות מערכות ממלכתיות מבוזרות בעבור כל האוכלוסייה. האחריות להספקת שירותים לאוכלוסייה מוטלת על הרשות המקומית - בקנדה בפרובינציות, בפינלנד בעריות, ובשוודיה במועצות אזוריות (County Councils). גביית המסים נעשית ברמה מקומית, בדרך כלל עם סובסידיה מסוימת מהממשלה הארצית. גם בדנמרק המערכת היא ממלכתית מבוזרת, אך להבדיל משלוש הארצות הנ"ל, האוכלוסייה בדנמרק יכולה לבחור להיות באחת משתי קבוצות. קבוצה א' חייבת להירשם אצל רופא כללי מורשה ופעם בשנה רשאית לעבור מרופא כללי אחד לאחר. הגישה לרופא מקצועי היא על-ידי הפניה מרופא כללי בלבד. תשעים ושבעה אחוזים מהאוכלוסייה בדנמרק בחרו להיות בקבוצה זו. לקבוצה ב' יש בחירה חופשית ברופא כללי וכן גישה ישירה לרופאים מקצועיים. בתמורה לחופש זה, משלם האזרח השתתפות עצמית בכל ביקור אצל רופא מכל סוג (Hermesse, 1996, עמ' 25-28).

באנגליה ואירלנד ישנן מערכות ממלכתיות מרכזיות הממומנות על-ידי מסים כלליים ברמה ארצית. מערכות אלו מופעלות על-ידי רשויות אזוריות אך אין להן זכות לגבות מסים בעצמן. הכנסותיהן מתקבלות באמצעות חלוקת תקציבים על-ידי הממשלה הארצית. באנגליה כל האוכלוסייה מכוסה במסגרת ה-NHS (National Health Service), האחראי לארגון, ניהול והספקת השירותים וכן מהווה גם את הספק העיקרי של השירותים. מערכת הבריאות באירלנד נחשבת דומה לזו שבאנגליה, אך קיים הבדל מהותי ביניהן והוא שבאירלנד הגישה לשירותי בריאות שונה לשתי קבוצות של תושבים, על פי רמת הכנסתם. קבוצה א' (36% מהאוכלוסייה) מורכבת מתושבים שאינם מסוגלים לשלם מכיסם בגין שירותי בריאות. קבוצה זו בוחרת את הרופא הראשוני מתוך רשימת רופאים במחוז מגוריהם ויכולה להגיע לרופא מקצועי רק על-ידי הפניה של הרופא הראשוני. קבוצה ב' (64% מהאוכלוסייה) מורכבת מתושבים שהכנסתם גבוהה יותר מזו של קבוצה א', והם משלמים את מלוא המחיר בגין שירותי רפואה בקהילה ורשאים לבחור באופן חופשי ברופא הראשוני וברופאים המקצועיים. הם זכאים ליעוץ מקצועי, ושירותי בתי-חולים על חשבון המערכת הממלכתית, אך חייבים לשלם השתתפות עצמית של IEP 20 ליום עד תקרה של IEP 200 לשנה (Hermesse, 1996, עמ' 70-72).

פורטוגל מפעילה מערכת בריאות ממלכתית הממומנת על-ידי מסים כלליים, ומספקת שירותי בריאות חינם, לכאורה, לכל האוכלוסייה, כאשר בפועל פועלות לצידה כמה תת-מערכות שנשארו מהעבר וממשיכות לכסות ולספק שירותים לקבוצות ספציפיות, כגון עובדי מדינה, עובדי בנקים וכד'. לפיכך, למרות שה-NHS של פורטוגל אמור לכסות 100% מהאוכלוסייה, הרי למעלה משליש מהאוכלוסייה מכוסים על-ידי אגודות שיתופיות לביטוח הדדי (7%), תת-מערכות מיוחדות לאוכלוסיות ספציפיות (24%) וחברות ביטוח בעיקר ברמה קבוצתית (5%) (Pinto dos Reis, 1995, עמ' 172-177).

1.2 מערכות הממומנות באמצעות מסים ייעודיים לבריאות

אוסטרליה, איטליה, יוון וספרד מפעילות מערכות בריאות ממלכתיות הממומנות במלואן או בחלקן על-ידי מסים ייעודיים לבריאות, שבדרך כלל מחולקים בין העובד והמעביד. מימון המערכת באוסטרליה הוא על-ידי מס ייעודי המגיע ל-1.5% מהכנסות התושב ומקנה לכל האוכלוסייה שירותי רפואה בקהילה (עד 85% מהמחיר הממשלתי) ואשפוז בבתי-חולים ציבוריים (National Commentaries, 1996, עמ' 5-14).

באיטליה המערכת ממומנת על-ידי דמי חבר שגובהם נקבע במסגרת הסכמים עם המגזרים השונים (תעשייה, חקלאות וכד'). המערכת באיטליה מבוזרת ופועלת בשלוש רמות: ארצית, אזורת, ומקומית, כאשר לרמה האזורית זכות לגבות דמי חבר נוספים מאזרחיה. רמת ההשתתפות העצמית באיטליה גבוהה יחסית כאשר רמת ההשתתפות העצמית בגין השירותים השונים משתנה ביחס להכנסות החולה (Hermesse, 1996, עמ' 82-94).

המערכת הממלכתית בספרד התפתחה באופן הדרגתי למודל המבטיח ביטוח בריאות אוניברסלית לכל האוכלוסייה. המערכת נמצאת בתהליך ביזור כאשר הכוונה היא שהמערכת תופעל באמצעות 17 אזורים אוטונומיים. עד עכשיו 6 מתוך 17 האזורים מנוהלים בצורה עצמאית על-ידי מועצה אזורית, כאשר השאר עדיין מנוהלים בצורה מרוכזת על-ידי המוסד לביטוח לאומי לבריאות. העובדים והמעבידים משלמים דמי ביטוח סוציאלי, המממנים בריאות, נכות, שירותי רווחה ופנסיה, ולכן קשה לדעת בדיוק את ההכנסות הספציפיות לביטוח בריאות. מסי ביטוח סוציאלי מבוססים על הכנסות וסוג העבודה של המבוטח (Hermesse, 1996, עמ' 136-141; National Commentaries, 1996, עמ' 111-118).

מערכת הבריאות ביוון ממומנת על-ידי מס ייעודי ואמורה לכסות את כל האוכלוסייה. כתוצאה מבעיות כלכליות קשות מאוד, פועל ביוון שוק "שחור" גדול מאוד לשירותי בריאות, בעיקר לגבי שירותי בריאות בקהילה (Kyriopoulos et al., 1992, עמ' 139-145).

2. מדינות עם ביטוח סוציאלי

2.1 ביטוח סוציאלי חובה לכל האוכלוסייה

בארבע מתוך שש המדינות שיש בהן מערכות של ביטוח סוציאלי, המערכות הן של ביטוח חובה לגבי כל האוכלוסייה. בכולן המערכת מופעלת על-ידי קופות-חולים או אגודות שיתופיות לביטוח הדדי וספקי השירותים הם לרוב עצמאיים.

בלוקסמבורג פועלות תשע קופות-חולים - כל אחת למען קבוצה חברתית-מקצועית שונה. תשע קופות-חולים אלו, יחד עם ההסתדרות הארצית של קופות-החולים, מנהלות את ביטוח הבריאות בלוקסמבורג. רוב הקופות הן במעמד של גוף ציבורי. כל הקופות הן עצמאיות מבחינת פיננסית ואחראיות על הון. הביטוח ממומן על-ידי דמי חבר המשולמים על בסיס הכנסות - מחצית על-ידי העובד ומחצית על-ידי המעביד בגין עובדים שכירים (Hermesse, 1996, עמ' 100-108).

שוויץ עברה רפורמה ב-1996 שהפכה את מערכת הבריאות ממערכת וולונטרית למערכת לביטוח בריאות חובה לכל האוכלוסייה. בשוויץ פועלות 140 קופות-חולים שהן אגודות שיתופיות לביטוח הדדי ללא מטרות רווח. לכל תושב חופש בחירה בקופת-חולים, והקופות חייבות לקבל כל פונה. דמי ביטוח בריאות אינם מבוססים על הכנסות. כל בן משפחה חייב להיות מבוטח בפני עצמו. הרפורמה קבעה שדמי החבר למבוגרים חייבים להיות זהים בתוך אותה קופה. אנשים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה משלמים דמי חבר מסובסדים על-ידי המדינה. ילדים וסטודנטים משלמים דמי חבר נמוכים יותר ממבוגרים. חברות ביטוח פרטיות רשאיות גם הן להעניק ביטוח בריאות חובה אך חלקן בשוק הינו שולי ביותר (Hermesse, 1996, עמ' 146-153).

מערכת הבריאות בצרפת מורכבת במיוחד ועוברת כעת רפורמה משמעותית. יותר מאלף קופות-חולים ואגודות שיתופיות לביטוח הדדי פועלות בצרפת והן מנהלות את זכויותיהם של חבריהן במסגרת הביטוח הציבורי חובה. המערכת ממומנת בעיקר על-ידי דמי חבר המבוססים על הכנסות, המשולמים לקופות-החולים ולאגודות השיתופיות. המבוטח משלם בדרך כלל בעבור שירותי בריאות ומקבל החזר מקופת-החולים שלו. קיימת השתתפות עצמית לכל השירותים בממוצע של 25% (Hermesse, 1996, עמ' 38-50).

ביטוח החובה בבלגיה מנוהל על-ידי כמאה קופות-חולים (אגודות שיתופיות לביטוח הדדי) במסגרת שש מערכות או הסתדרויות של קופות-חולים (אגודות שיתופיות). יש ביטוח חובה בגין "סיכונים גדולים" לכל האוכלוסייה, וביטוח חובה "לסיכונים קטנים" המכסה את אוכלוסיית העובדים השכירים שהם 87% מהאוכלוסייה. העצמאים רשאים לבטח את עצמם באופן וולונטרי בקופות-החולים בגין "סיכונים קטנים", והרוב המכריע עושים כך. ביטוח החובה ממומן על-ידי דמי ביטוח בריאות כאחוז מההכנסה, המחולקים בין העובד והמעביד עם סובסידיה של הממשלה. דמי ביטוח סוציאלי משולמים על-ידי המעביד למוסד לאומי לביטוח סוציאלי. כספים אלו מועברים למוסד לביטוח בריאות ונכות המחלק את הכספים בין קופות-החולים, חלק על בסיס נוסחת קפיטציה (20% ב-1997), והשאר על בסיס הוצאות בפועל כאחוז מסך-כל ההוצאות של הקופות. בנוסף, הקופות חייבות לגבות ישירות מחבריהן דמי בריאות בגובה של 180 BEF לחבר (Hermesse, 1996, עמ' 2-10).

2.2 ביטוח חובה עם תקרת הכנסות

בגרמניה ובהולנד חל ביטוח חובה רק על האוכלוסייה הנמצאת מתחת לרמת הכנסה מסוימת. בגרמניה כל העובדים השכירים המשתכרים עד 72,000 (בגרמניה המערבית) ו-62,000 מרקים גרמניים (בגרמניה המזרחית)³, חייבים בביטוח חובה וחייבים לרשום את עצמם באחת מקופות-החולים. שאר האוכלוסייה רשאית להצטרף לקופות-החולים באופן וולונטרי. כ-90% מהאוכלוסייה מבוטחים באחת מקופות-החולים. יש שישה סוגים שונים של קופות-חולים והן מאורגנות על בסיס גיאוגרפי או מקצועי. הקופות הן גופים ציבוריים, והן קובעות כל אחת לעצמה, את גובה דמי החבר שהן גובות ממבוטחיהן. דמי החבר נקבעים כאחוז מהכנסות המבוטח ומחולקים בין העובד ומעבידו. קופות-החולים הן ארגונים ללא

³ נתונים אלו נכונים לשנת 1996

מטרות רווח וחייבות להיות מאוזנות מבחינה תקציבית. אם יש להן עודף הכנסות על הוצאות הן חייבות בעיקרון להקטין את גובה דמי החבר שהן גובות ממבוטחיהן. אם יש להן גירעון הן חייבות להגדיל את גובה דמי החבר (Hermesse, 1996, עמ' 56-63).

בהולנד נהוגים ביטוח בריאות חובה לכל האוכלוסייה בגין הוצאות רפואיות מיוחדות (בעיקר מצבים כרוניים הדורשים טיפול ממושך ומתמשך), וביטוח בריאות "רגיל" חובה לאוכלוסייה המשתכרת עד תקרה מסוימת (ב-1996 59,700 גילדנים לשנה למבוגר עובד ו-31,450 גילדנים לפנסיונרים), המכסה כ-62% מהאוכלוסייה. שאר האוכלוסייה חייבת לבטח את עצמה בביטוח פרטי. ביטוח החובה מנוהל על-ידי 29 קופות-חולים ויש חופש בחירה בין הקופות. דמי החבר מבוססים על הכנסות, ומשולמים לקרן הכללית של המועצה של קופות-החולים המחלקת את הכספים בין קופות-החולים באופן חלקי על בסיס נוסחת קפיטציה כאשר עד 1998 הסיכון של קופות-החולים היה מוגבל ל-15%. כספי הביטוח הממשלתי להוצאות רפואיות מיוחדות מחולקים גם הם בין קופות-החולים אך במסגרת זו מהוות הקופות רק צינור לתשלומי הביטוח ואינן משתתפות בסיכון. כל חבר מבוגר המבוטח בקופת-חולים חייב לשלם בנוסף פרמיה נומינלית ישירות לקופתו הקובעת את גובה הפרמיה עד למקסימום של 340 גילדנים ב-1996 (Hermesse, 1996, עמ' 116-124).

3. מגמות במערכות בריאות ציבוריות

3.1 עלייה מתמדת ומתמשכת בהוצאות על שירותי בריאות

אין ויכוח שהנושא הדומיננטי כמעט בכל מדינות המערב הינו העלייה המתמדת בהוצאות בגין שירותי בריאות. "מאז שנות ה-70, העלייה המתמשכת בהוצאות על בריאות, לעתים קרובות בקצב מהיר יותר מהמשאבים הלאומיים, מטרידה את המדינות בקהילה האירופאית... הגורמים המשותפים העיקריים לכל המדינות האלו הנם הזדקנות האוכלוסייה המלווה בגידול ושכיחות המחלות הכרוניות, והצורך ההולך וגדל בטיפול; אך אולי חשובה יותר היא ההתפתחות בטכנולוגיות ובעיקר אלו הגורמות לתוספת בהוצאות. ככל שהזמן עובר, הטכנולוגיה נחשבת גורם עיקרי לעלייה בהוצאות על בריאות. התמריצים לטכנולוגיות חוסכות הם מעטים. בחלק מהמדינות חשוב גם הגידול בביקוש הנגרם על-ידי ספקי השירותים ועלייה בציפיות של הלקוחות" (Abel-Smith et al., 1995, עמ' xx).

כתוצאה, עומדות בפני המדינות הללו חמש אופציות בסיסיות:

1. להגדיל את המשאבים המוקצבים לבריאות על-ידי: העברת כספים מתחומים אחרים; העלאת מסים, ו/או עידוד ליחידים ולמשפחות לשלם בגין שירותי בריאות מכיסם על-ידי מתן תמריצים לתשלומים פרטיים.
2. לנסות לשלוט על ההוצאות לבריאות על-ידי שליטה על הביקוש באמצעות השתתפות עצמית של הלקוחות, או על-ידי שליטה על הספקת השירות על-ידי תקרות תקציביות, שליטה על משאבי אנוש או על-ידי הגבלות על גובה המחירים. חשוב לציין ש"ההתייעלות הנובעת מהגבלת מקורות המימון למגזר הבריאות מהווה פתרון חד-פעמי לטווח הקצר בלבד, ואינה פותרת את הבעיה. מדיניות של

מחסור במשאבים מגבילה את כושר התמרון של מגזר הבריאות, ומדכאה את ההזדמנות לנסות דרכים חדשות ולהתמודד בצורה סבירה עם הביקושים ההולכים וגדלים כתוצאה מהגידול באוכלוסייה והזדקנותה, שיקולים של איכות החיים והיכולות החדשות הנובעות מידע חדש" (Raffel, 1997, עמ' 292).

3. לממן שירותים בצורה סלקטיבית על בסיס קריטריונים, כגון תועלת ומחירים נמוכים יותר, כדי להביא להתייעלות ועל-ידי כך לשחרר משאבים נוספים ולרסן הוצאות.
4. לערוך רפורמה יסודית במערכת הבריאות במטרה להביא לדפוסי הספקת שירותים שיהיו בעלי עלות-תועלת גבוהים יותר ובכלל זה:
 - שיפור יעילות המערכת על-ידי תחרות בין ספקי השירותים.
 - תמריצים לקוני השירותים לשים לב לתועלת הטיפול שהם קונים.
 - ניסיון להתחשב בשביעות הרצון של הלקוח על-ידי הגברת חופש הבחירה, ותחרות בין ספקי שירותים על-מנת להכריח אותם להיות רגישים יותר לרצונות ולצרכים של הלקוחות.
5. קביעת סדרי עדיפות ברמה הלאומית על-ידי הממשלות בין סוגי הטיפול השונים ואוכלוסיות היעד המקבלות את השירותים (Abel-Smith et al., 1995, עמ' xx-xxi).

בכל המדינות שנסקרו קיימת מגמה כמעט אוניברסלית של עלייה מתמדת בהוצאות לנפש על בריאות. במקביל, ההוצאה הציבורית כאחוז מסך-כל ההוצאות הולכת ומצטמצמת. בחלק מהמדינות דבר זה בא לידי ביטוי על-ידי צמצום נגישות השירותים באמצעות תורים (אנגליה); צמצום בסל השירותים (הולנד); והגבלות על חופש הבחירה באמצעות "שמירת השער" על-ידי הרופא הראשוני (דנמרק ומדינות אחרות). תוצאה נוספת הינה גידול בהשתתפות העצמית של הלקוח, כגון בהולנד ובלגיה. מגמות אלו תורמות לביקוש ההולך וגדל של הלקוח לביטוח בריאות נוסף, הן ביטוח אלטרנטיבי (אנגליה) והן ביטוח משלים (דנמרק, צרפת, הולנד ובלגיה).

3.2 ביזור והאצלת סמכויות

- כל המדינות בקהילה האירופאית ביזרו את שירותי בריאות במידה זו או אחרת. הביזור נעשה, בדרך כלל, באחת מארבע דרכים:
1. Deconcentration - ביזור ניהול הפונקציות לשכוחות מחוזיות של הממשלה הלאומית.
 2. Devolution - ביזור לרשויות המקומיות הפועלות במידה זו או אחרת של עצמאות מהממשל הלאומי.
 3. Delegation - האצלת סמכויות לארגונים שהם מחוץ לממשלה, עליהם שליטה עקיפה בלבד.
 4. הפרטה - הוצאה של פונקציות ו/או שירותים לגורמים פרטיים לחלוטין (Abel-Smith et al., 1995, עמ' 71).

באירלנד ובאנגליה הממשלה קובעת את סדרי העדיפויות המועברים ליישום באמצעות מערכת היררכית של שכבות מחוזיות ואזוריות. השינוי הרדיקלי ביותר נמצא בעיצומו באנגליה העוברת ממערכת מרכזית נשלטת ונוקשה למערכת מאוד מבוזרת המרשה לבתי-החולים להיות תאגידים עצמאיים וכן מטילה על הרופא הראשוני את התפקיד של Fund-Holder. ברפורמה המבוצעת עכשיו, עם יצירת כ-500 קבוצות של רופאים ראשוניים, כל אחת אחראית לאזור גיאוגרפי הכולל אוכלוסיות של כ-100,000 איש, אנגליה מייצרת, דה-פקטו, מערכת של Managed Care Organizations - מעין קופות-חולים (Klein, 1998), עמ' 114).

בדנמרק, בה פועלת מערכת בריאות אוניברסלית, האחריות בגין שירותי בריאות מבוזרת בעירויות וברשויות המקומיות. משרד הבריאות הממשלתי קובע קווים מנחים, וכן נותן עצות, אך הוא חייב לפעול באמצעות משא ומתן עם איגוד הרשויות המקומיות והעירויות (Abel-Smith et al., 1995, עמ' 72). באופן היסטורי, הרשויות המקומיות נושאות ברוב ההוצאות על בריאות הן בדנמרק והן בשוודיה. כיום, הן מקבלות סמכות נוספת על-מנת לתגבר את היעילות, ולהתמודד בצורה אפקטיבית יותר עם העלייה בהוצאה על בריאות. המערכת בשוודיה נאלצת להתייחס להתמרמרות האוכלוסייה לגבי הגבלות על חופש הבחירה ברופאים ובבתי-חולים (Raffel, 1997, עמ' 295). באיטליה, יש תפקיד הולך וגדל למחוזות במערכת הבריאות, לרבות עצמאות מרבית בקביעה כיצד מוצאים הכספים שהם מקבלים מהממשלה. בספרד יש ביזור חלקי למחוזות, ובפורטוגל צפוי שהקמתם של חמישה מחוזות בתחום הבריאות תביא להעמקת הביזור.

במדינות שנהוגה בהן מערכת של ביטוח בריאות סוציאלי, המבוססות על קופות-חולים, המימון והספקת השירותים מבוזרים או מופרטים. בבלגיה, שר הבריאות יכול ליישם שינויים רק באמצעות משא ומתן עם INAMI גוף סטטוטורי המייצג את קופות-החולים וספקי השירותים. בגרמניה, סדרי העדיפויות לטיפול רפואי נקבעים כתוצאה ממשא ומתן בין קופות-החולים וארגוני הרופאים ברמה אזורית (Abel-Smith et al., 1995, עמ' 72-74).

3.3 תחרות

ברוב מדינות המערב שיש בהן מערכות בריאות ציבוריות קיימת מגמה ברורה של הגברת התחרות במגזר הבריאות - בין אם תחרות בין מבטחים או תחרות בין ספקי שירותים. מגמה זו מושתתת על אמונה שתחרות מהווה תמריץ למתחרים לתת שירות באיכות ועלות/תועלת גבוהים יותר. לאור הנחת יסוד (המהווה כמעט אקסיומה) ששוק הבריאות הינו שוק מיוחד שכוחות השוק אינם פועלים בו בצורה דומה לשווקים "רגילים" (בגלל חוסר האיזון במידע בין הספק והלקוח וההשפעה החזקה של ספק השירות על הביקוש), נהוג לדבר על Managed Competition או Regulated Competition. המושג של Managed Competition מתייחס למתן שכר או תגמול לגופים (בין אם הם מבטחים או ספקים) המצליחים לשפר איכות, לרסן הוצאות ולהשביע את רצונם של לקוחותיהם במסגרת כללים המונעים מהם סלקציה בסיכונים טובים יותר ופילוג שווקים (Enthoven, 1993, עמ' 29).

הרפורמות באירופה בשנות ה-80 היו בכיוון של הגברת התערבות הממשלה במערכת הבריאות. מאז המחצית השנייה של שנות ה-80 השתנתה מגמה זו והרפורמות הלכו בכיוון של הכנסת מנגנוני שוק לתוך המערכות להגנה סוציאלית בתחום הבריאות והטלת יותר אחריות על השחקנים השונים במערכת. כיוון זה יוצר דילמות חדשות.

שאלה מרכזית הינה כיצד הכנסת שוק תחרותי לתוך מערכות בריאות משתלבת עם מטרות יסוד של הגנה סוציאלית באיגוד האירופאי, כגון שוויון, גישה שווה לשירותי בריאות של כל האוכלוסייה, וכן שמירה על איכות השירות. תחרות, בין אם בקרב ספקי השירותים (אנגליה), או בקרב מבטחים (הולנד), מהווה איום על עקרונות הסולידריות והשוויון כתוצאה מהסכנה של סלקציה של סיכונים, גישה לא שווה לטיפול, Cream Skimming, הגבלת חידושים, ירידה באיכות וכד'. לפיכך, השוק חייב לפעול במסגרת של חוקים ותקנות שמטרתם היא לשמור על מטרות היסוד של ההגנה הסוציאלית, ובמקביל, לתת את הכלים הדרושים לתמרץ את השחקנים השונים במערכת להתנהג בצורה חסכונית (Hermesse, 1996a, עמ' 27).

למרות הסיכונים, כמעט כל מדינות אירופה הכניסו תחרות, בצורה זו או אחרת, לתוך מערכות הבריאות שלהן. המהלכים באנגליה כבר תוארו לעיל. הולנד וגרמניה הרשו לקופות-החולים, שעד כה פעלו ברמה אזורית, לפעול ברמה כלל-ארצית על-מנת ליצור תחרות ביניהן. בבלגיה ובצרפת קיימת תחרות, מאז ומתמיד, בקרב קופות-החולים ובקרב ספקי השירותים. בצרפת, בלגיה והולנד הוסיפו הממשלות לאחרונה תחרות על גובה הפרמיה בין קופות-החולים. במערכות בריאות ממשלתיות מבוזרות כמו דנמרק, שוודיה וארצות סקנדינביות אחרות, מקיימים מאמצים להגברת התחרות בין ספקים על-ידי שחרור מהגבלות אזוריות. בנוסף לכל אלו, מדינות שיש בהן ביטוח בריאות סוציאלי מאפשרות לקופות-החולים להתחרות בשוק הביטוח המשלים. בחלק מהמדינות, כגון בלגיה וצרפת, הצעת ביטוח משלים על-ידי קופות-החולים, מהווה, בנוסף על היותה אלמנט תחרותי גם השלמה טבעית לתפקיד הבסיסי של קופות-החולים, שהוא לבטח ולטפח את רווחת חבריהן.

Deregulation 3.4

מגמה משותפת נוספת הינה צמצום המעורבות של הממשלה במערכת הבריאות. ג'רמי הורסט (1991, עמ' 151), בדיווח שהכין למען ה-OECD על מערכות הבריאות של שבע מדינות אירופאיות, כותב שבסוף שנות ה-80 הלכו הולנד ואנגליה בעקבותיה של גרמניה בכיוון של הפעלת self-regulation של מערכת הבריאות, במידה גדולה יותר. מאז 1992 התפשטה מגמה זו למדינות אחרות באירופה כתוצאה מהלחצים למיזוג כלכלי בקרב מדינות אירופה. התקנות השונות שהותקנו בנושא בריאות מעודדות ליברליזציה בתחום ה-Regulation על-מנת להקל על ניידות התושבים בקרב המדינות השונות באירופה.

4. מגמות כלכליות במערכות הבריאות הבסיסיות

4.1 הוצאות לאומיות לבריאות כאחוז מהתמ"ג

ההוצאות הלאומיות לבריאות כאחוז מהתמ"ג בארצות הללו בשנת 1996 (לפי ה-OECD) נעות בין 6.9% באנגליה ל-10.5% בגרמניה כפי שרואים בתרשים 1 (עמ' 73). מעניין יותר לבחון את המגמות לאורך זמן בנפרד לכל אחת מסוגי המערכות.

מתרשים 2 (עמ' 74) עולה כי יש עלייה מונוטונית, בקצב מהיר או איטי יותר, בפורטוגל ובאנגליה. אולם, במדינות כמו שוודיה ואירלנד מסתמנת ירידה מונוטונית בשנים 1981-1996, ובדנמרק, פינלנד וקנדה מסתמנת מגמת עלייה עד שנת 1991, כאשר בין השנים 1991-1996 החלה ירידה.

מתרשים 3 (עמ' 75) עולה כי המגמות בארצות אלו הומוגניות יותר. יש עלייה הדרגתית בכולן, למעט יוון, עד שנת 1991, כאשר באיטליה חלה ירידה (מ-8.1% ל-7.7%) בין 1994 ל-1996. העלייה הגדולה ביותר לאורך זמן הייתה בספרד והמתונה ביותר באוסטרליה, וזאת למרות שהמערכת הממשלתית "מדיקרי" הונהגה באוסטרליה לראשונה ב-1984. ביוון חלה עלייה חדה ביותר בין 1991-1996.

במדינות שיש בהן ביטוח סוציאלי אנו רואים שתי קבוצות: הולנד, בלגיה ולוקסמבורג, שבהן יש מגמה של יציבות; וגרמניה, שווייץ וצרפת, שבהן יש מגמות עלייה מונוטוניות. יש לציין שהעלייה החדה לאחרונה בגרמניה חלה בין 1994-1996 (תרשים 4, עמ' 76).

4.2 ההוצאות הלאומיות לבריאות לנפש, כוח קנייה ביורו

השוואות בין ארצות במונחים של הוצאות כאחוז מהתמ"ג יוצרות לפעמים תמונה מעוותת, מאחר שהשינויים באחוזים מהתמ"ג מושפעים לא רק מהעלייה בהוצאות על בריאות, אלא גם מהשינויים בתמ"ג עצמו. לכן, חשוב להסתכל על הוצאות אלו בפרספקטיבה במונחים אחידים ככל שניתן. בארצות אלו ההוצאה לנפש ב-Ecus-PPP ב-1996 נעה בין 2,320 בשווייץ ל-825 ביוון, כפי שרואים בתרשים 5 (עמ' 77).

מתרשים 6 (עמ' 78) עולה כי קיימת התכנסות (Convergence) בהוצאה הלאומית לבריאות לנפש בארבע ארצות ומגמת עלייה בקנדה, דנמרק ושוודיה. ההוצאה לנפש ב-1996 נעה בין 995 יורו בפורטוגל, ל-1,908 יורו בקנדה.

מתרשים 7 (עמ' 79) עולה כי קיימים הבדלים משמעותיים אבסולוטיים באוסטרליה, איטליה, ספרד ויוון, שההוצאה לנפש בהן ב-1996 נעה בין 825 יורו לנפש ביוון ל-1,674 באוסטרליה, אך קיימת עלייה הדרגתית בכולן.

מתרשים 8 (עמ' 80) עולה כי ההוצאה לנפש הומוגנית יותר בשוויץ, גרמניה, לוקסמבורג, צרפת, הולנד ובלגיה, ונעה בין 1,586 יורו בבלגיה ל-1,986 יורו בלוקסמבורג, וזאת למעט שוויץ שהגיעה ב-1996 ל-2,320 יורו לנפש.

יש לזכור ששוויץ אכן הייתה שונה לחלוטין מהמדינות האחרות בקבוצה זו כי עד לרפורמה בה ב-1996 מערכת הבריאות בשוויץ הייתה מערכת וולונטרית לחלוטין, ואף לא היה בה ביטוח סוציאלי במובן של דמי חבר מבוססים על הכנסות, אלא המבוטח שילם פרמיה אקטוארית.

4.3 ההוצאה הציבורית כאחוז מסך-כל ההוצאות על בריאות

בעקבות מאמצי הממשלות בכל המדינות כמעט, לרסן את ההוצאות על שירותי בריאות במגזר הציבורי, נמצאת ההוצאה הציבורית לבריאות כאחוז מסך-כל ההוצאה הלאומית לבריאות במגמה של ירידה כפי שרואים בתרשים 9 (עמ' 81).

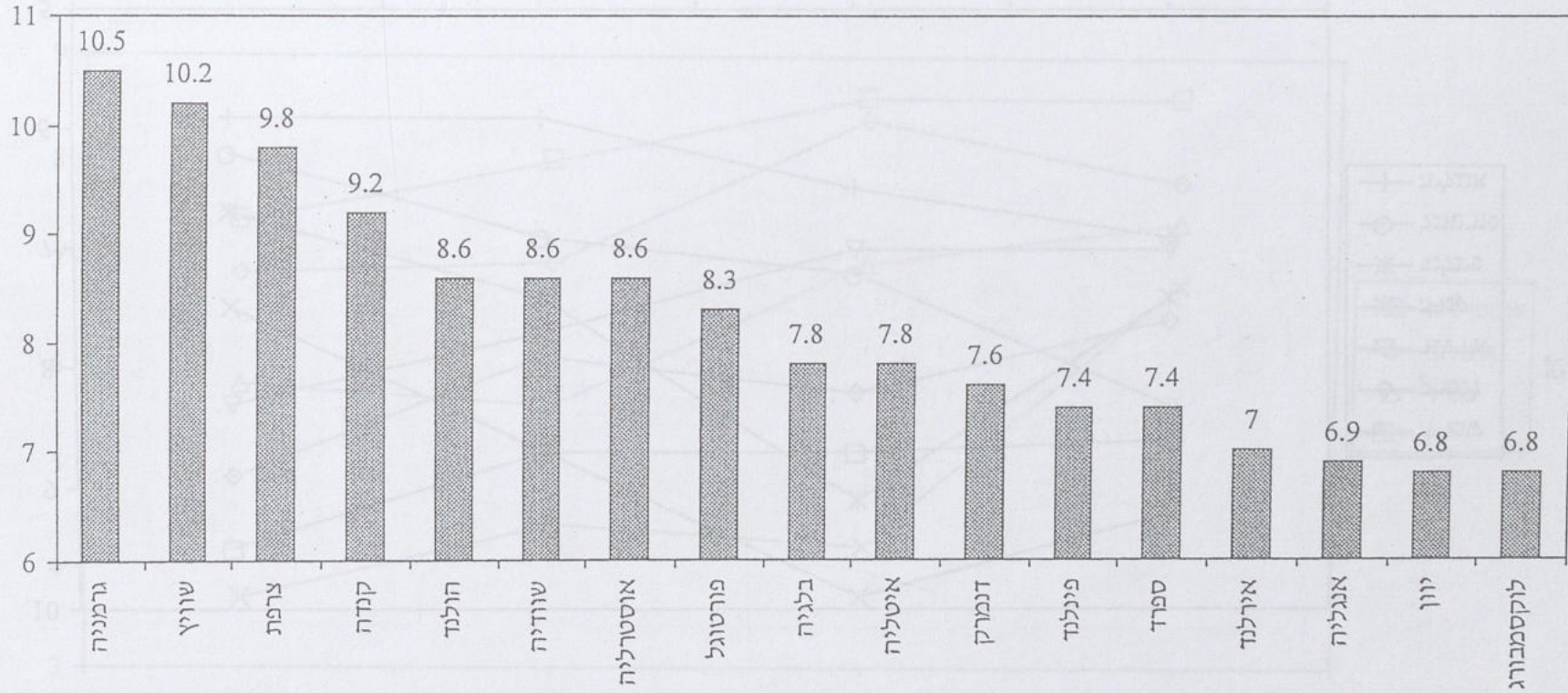
המדינות בהן חלה עלייה בהוצאה הציבורית כאחוז מסך-הכל ב-1996 לעומת 1980 הן בלגיה, שוויץ ואוסטרליה. בלוקסמבורג חל שינוי מזערי. התמונה מעניינת עוד יותר כאשר מסתכלים על המגמות במדינות הללו לפי קבוצות לאורך זמן (ראה תרשים 10, עמ' 82). קיימת מגמה די ברורה של ירידה בכל הארצות הנכללות בקבוצה זו בהוצאה הציבורית לבריאות כאחוז מסך-כל ההוצאה הלאומית על בריאות, למעט אירלנד בה חל שינוי משמעותי בין 1994 ל-1995.

מתרשים 11 (עמ' 83) עולה כי גם בספרד, יוון, איטליה ואוסטרליה, יש מגמה של ירידה. המגמה באוסטרליה מראה את ההשפעה של הנהגת "מדיקר" ב-1985 והניסיון של הממשלה מאז מאז לצמצם הוצאות.

מתרשים 12 (עמ' 84), עולה כי לעומת המערכות הממשלתיות, המגמה במדינות שבהן מערכת הבריאות ממומנת על-ידי ביטוח סוציאלי נראית יחסית יציבה כאשר קיימת אפילו עלייה במקצת בחלק מהן. ייתכן שהסיבה היא הרמה הנמוכה יותר של המעורבות הישירה של הממשלה, וכן לחץ קטן יותר על תקציב המדינה בארצות הללו.

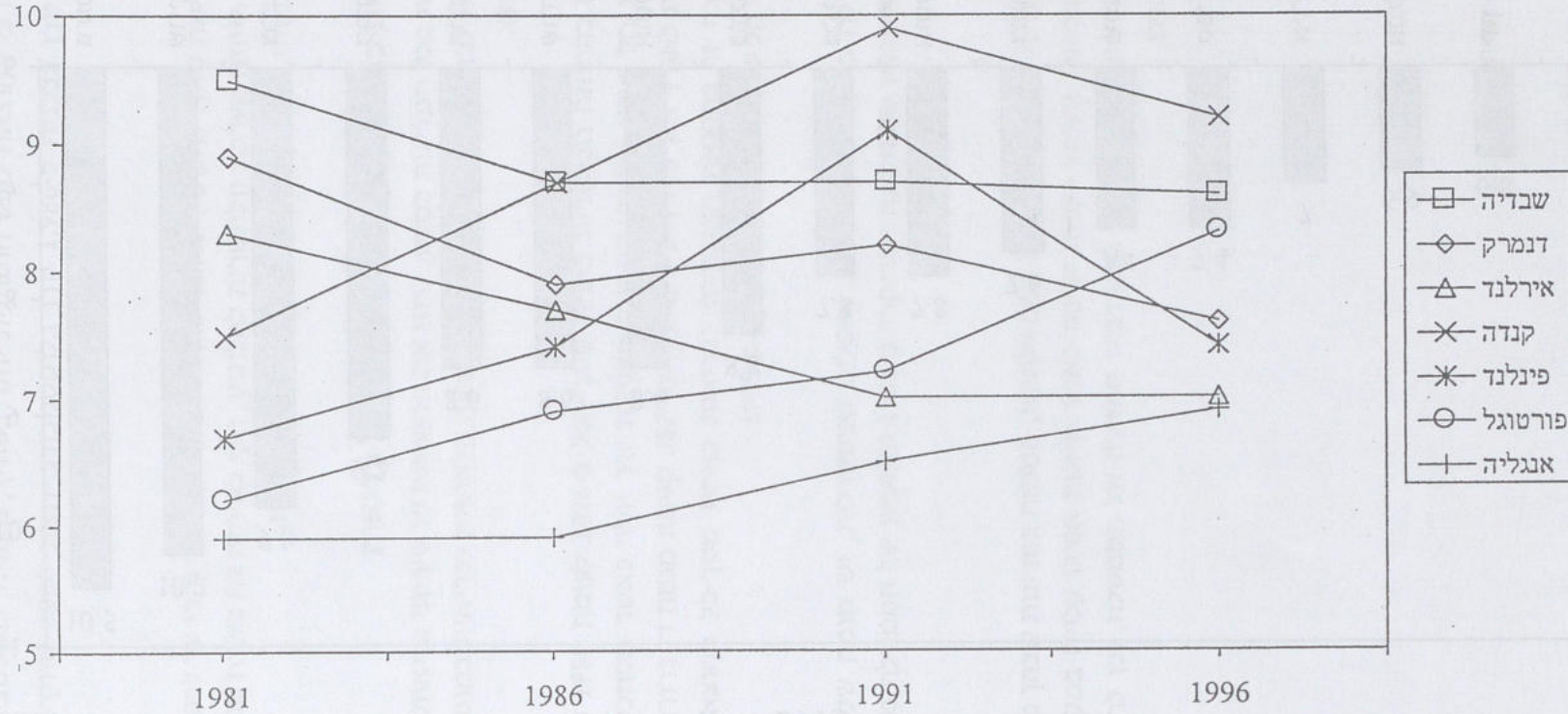
אחוז
מהתמ"ג

1996



תרשים 2: מערכות ממשלתיות הממומנות על-ידי מסים כלליים - סך-כל ההוצאות על בריאות כאחוז מהתמ"ג

אחוז
מהתמ"ג



75

מקור:
נתוני בריאות OECD98

תרשים 3: מערכות ממשלתיות הממומנות על-ידי מסים ייעודיים - סך-כל ההוצאות על בריאות כאחוז מהתמ"ג

אחוז
מהתמ"ג



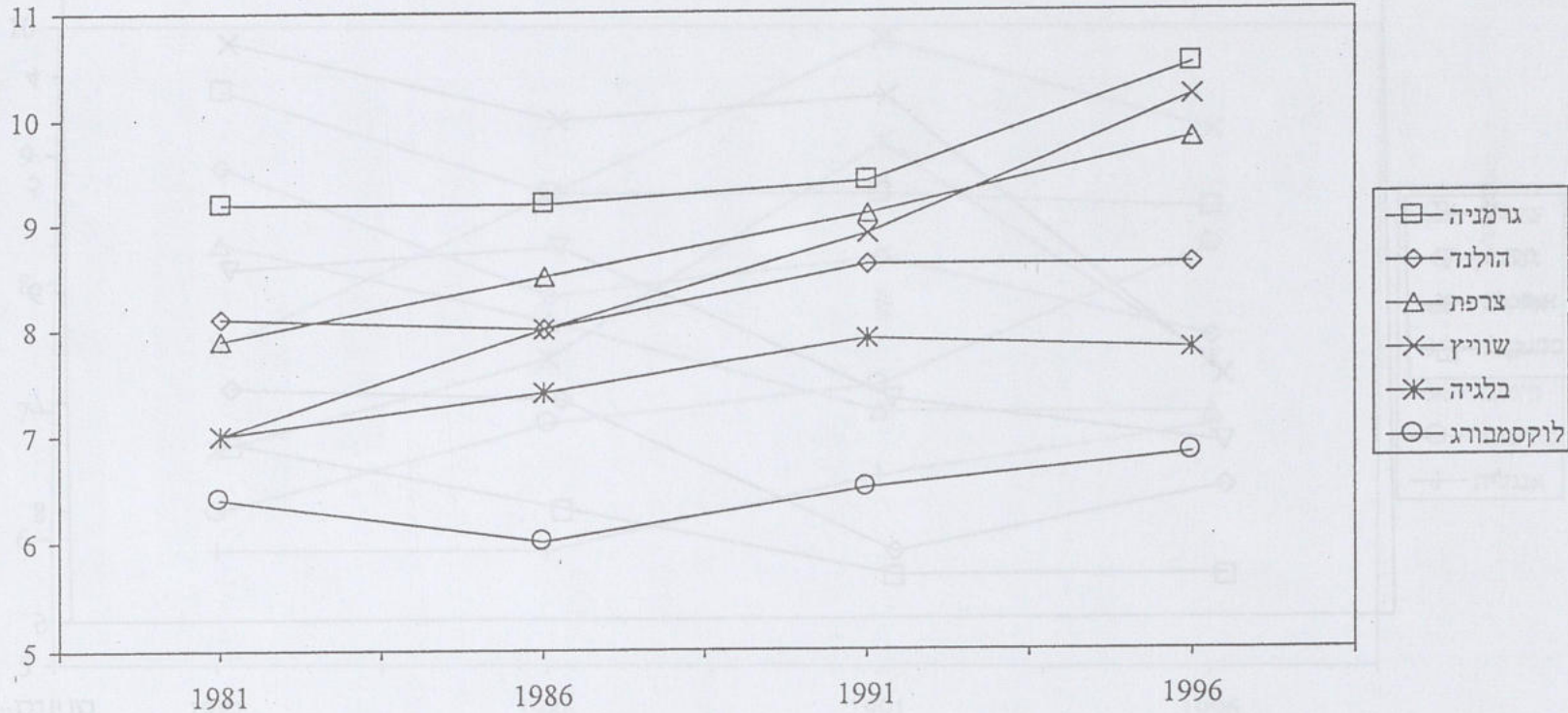
- אוסטרליה
- ◇ איטליה
- △ ספרד
- × יוון

76

מקור:
נתוני בריאות OECD98

תרשים 4: מדינות שיש בהן ביטוח סוציאלי - סך-כל ההוצאות על בריאות כאחוז מהתמ"ג

אחוז
מהתמ"ג

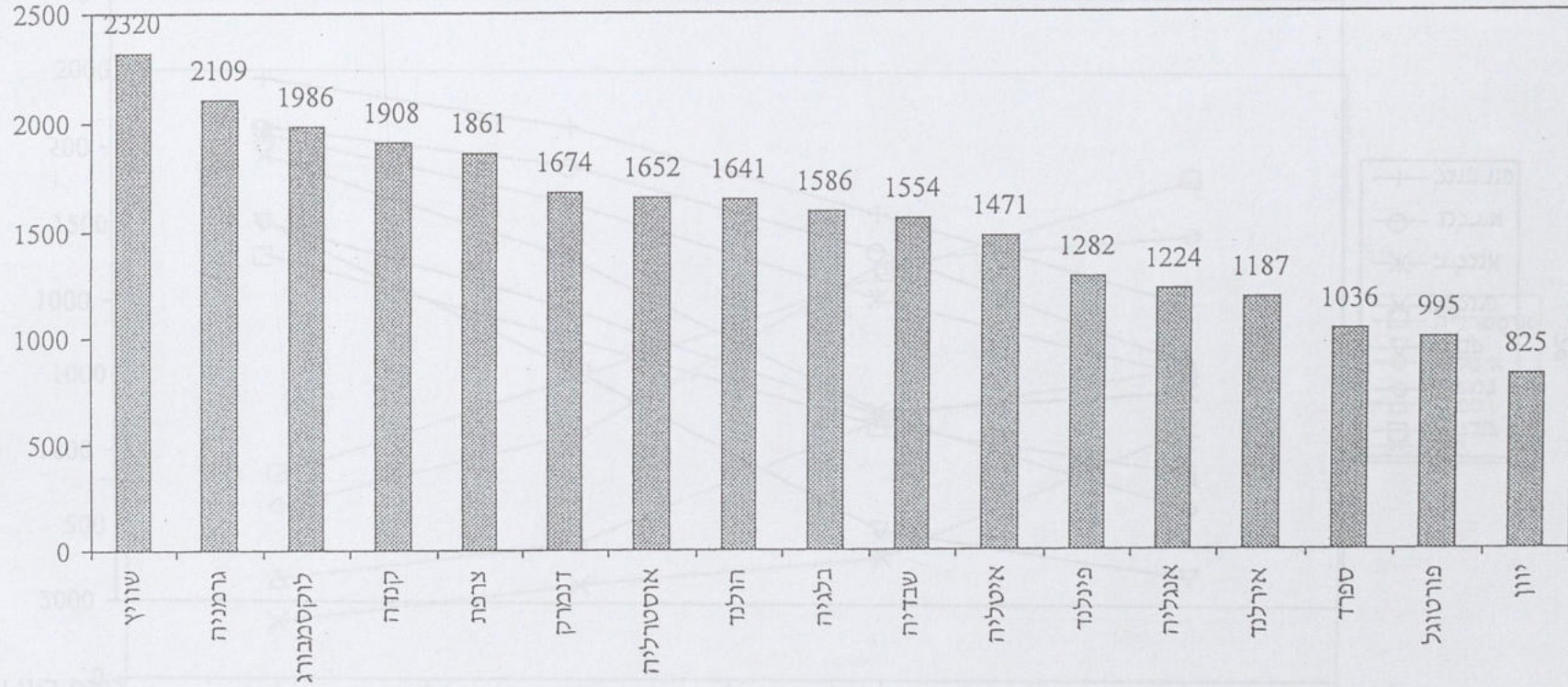


מקור:
נתוני בריאות OECD98

תרשים 5: סך-כל ההוצאה לבריאות, לפי כוח קנייה לנפש ביורו

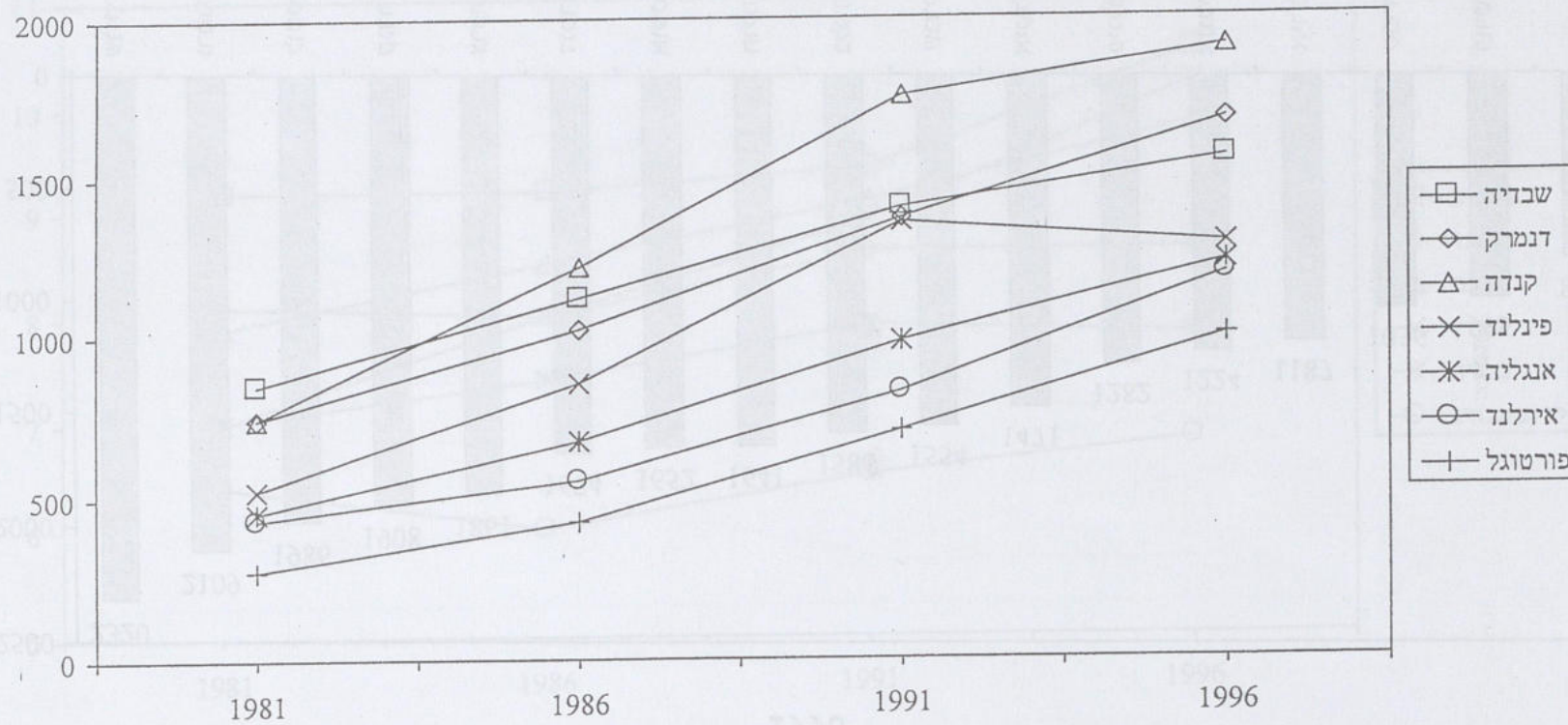
כוח קנייה
לנפש ביורו

1996



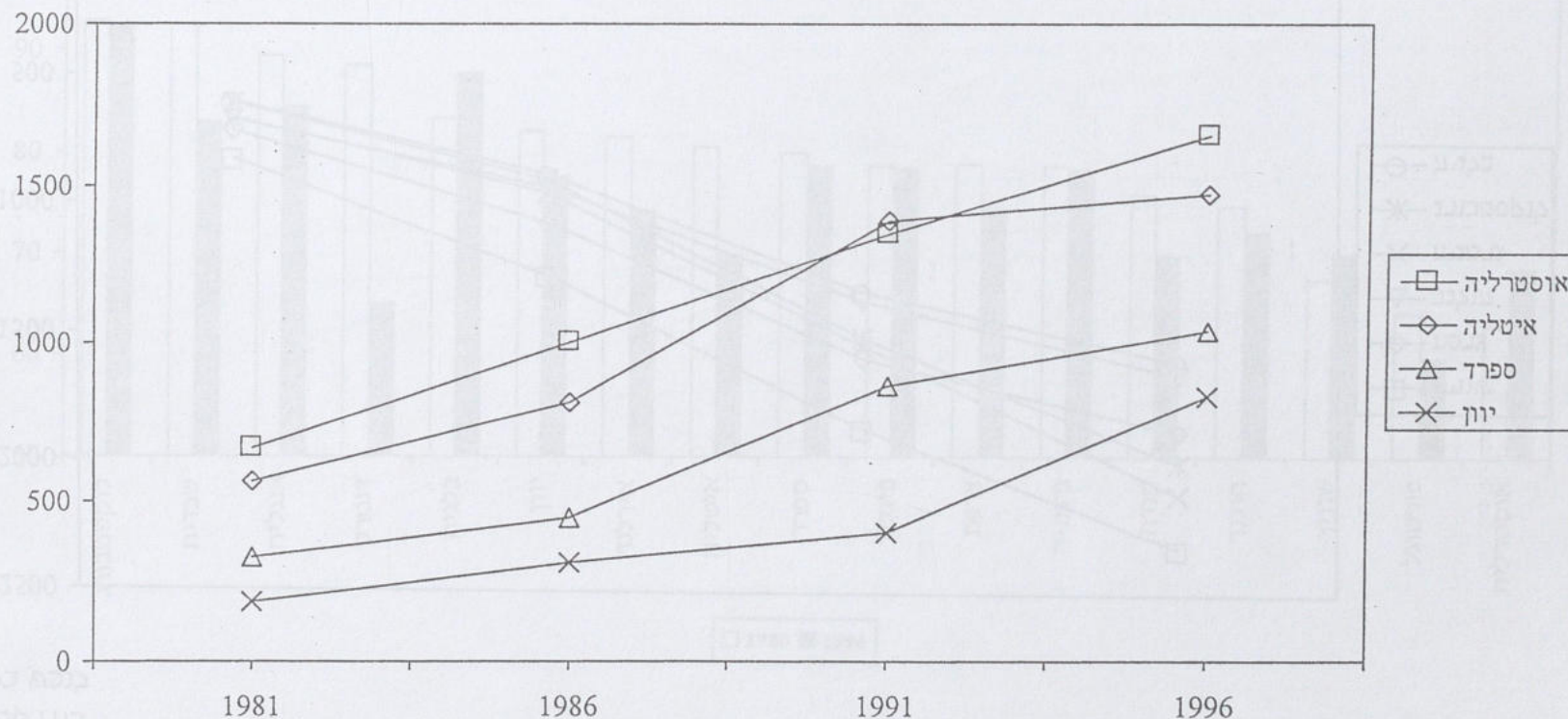
תרשים 6: מערכות ממשלתיות הממומנות על-ידי מסים כלליים - סך-כל ההוצאות על בריאות לנפש, כוח קנייה ביורו

כוח קנייה
לנפש ביורו



תרשים 7: מערכות ממשלתיות הממומנות על-ידי מסים ייעודיים - סך-כל ההוצאות על בריאות לנפש, כוח קנייה ביורו

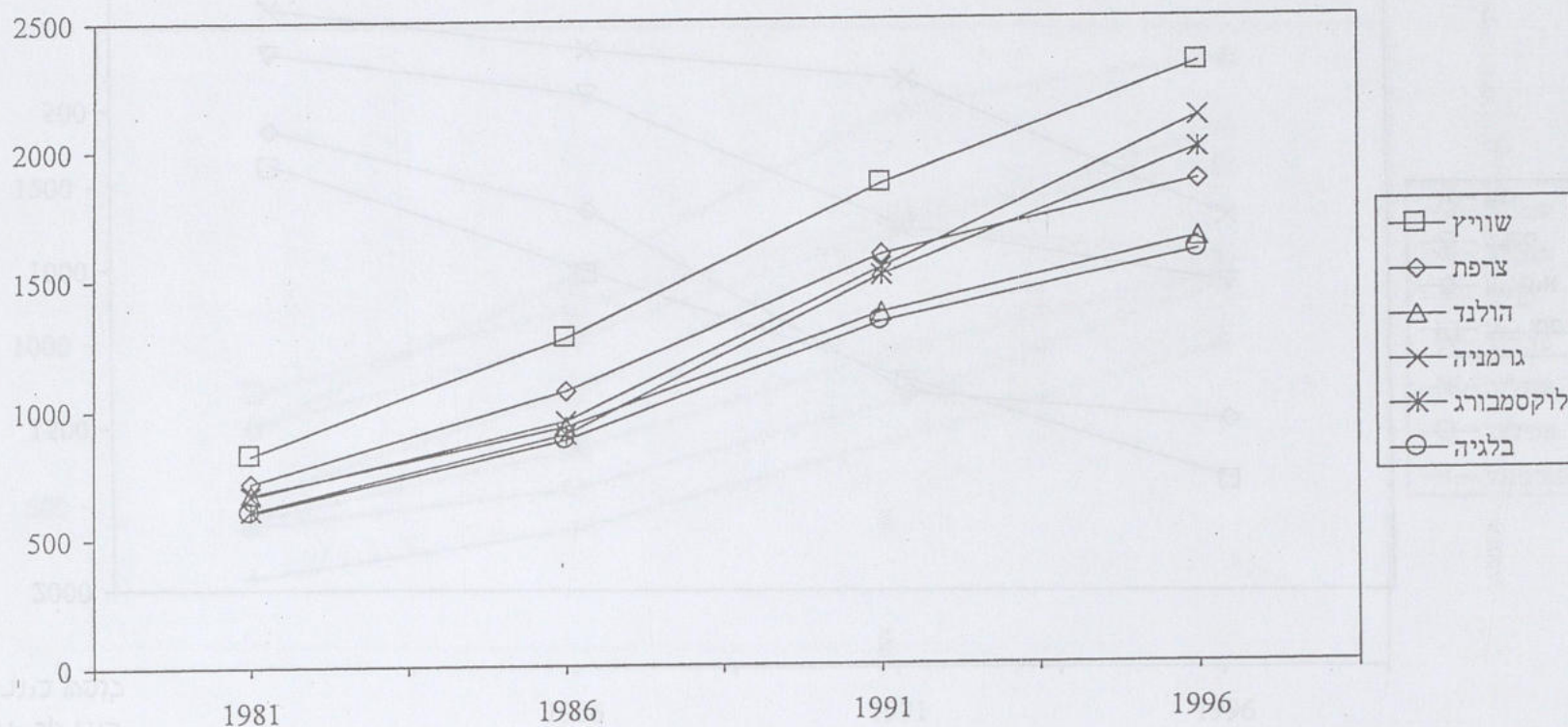
כוח קנייה
לנפש ביורו



מקור:
נתוני בריאות OECD98

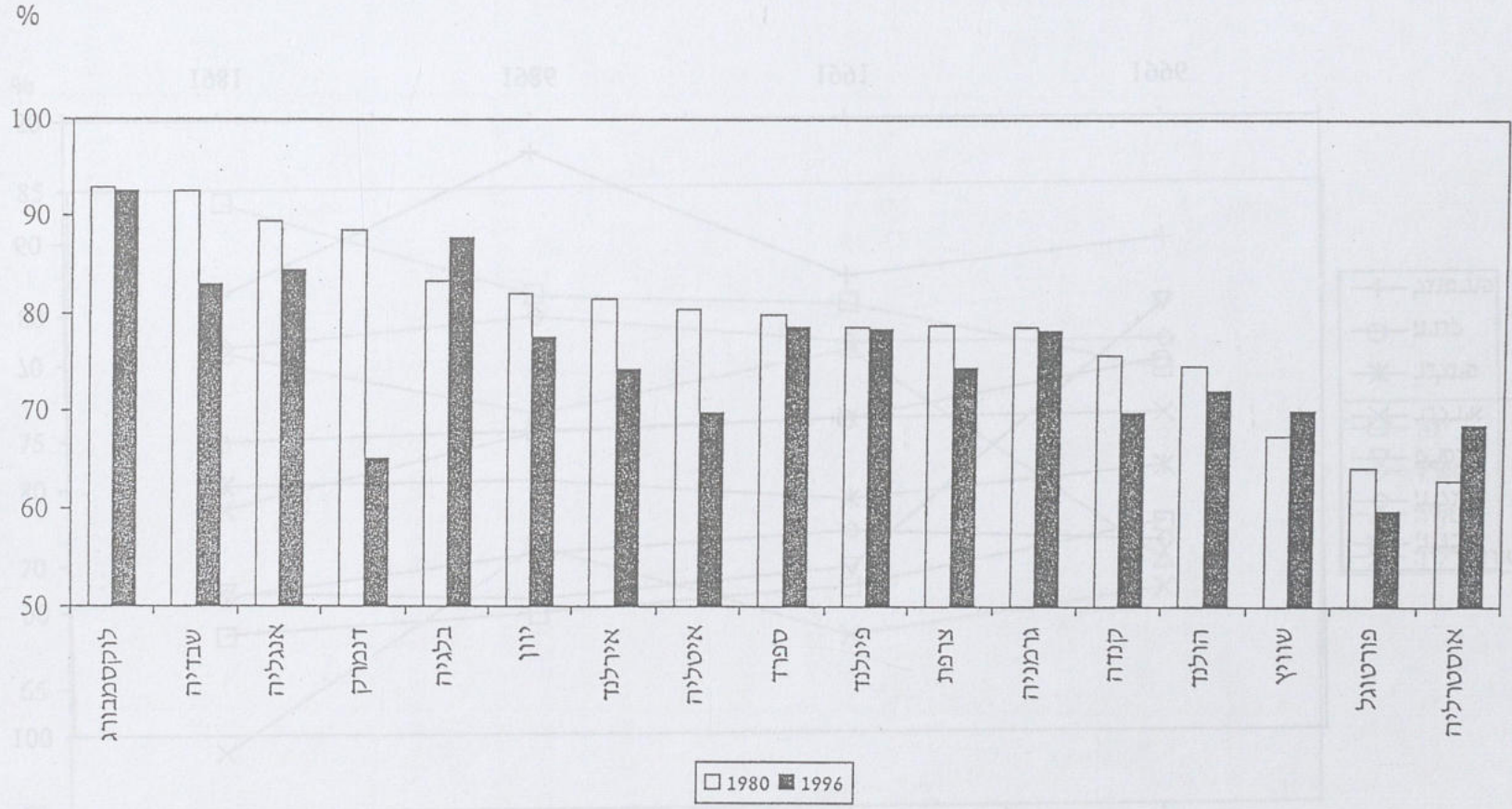
תרשים 8: מדינות שיש בהן ביטוח סוציאלי - סך-כל ההוצאות על בריאות לנפש, כוח קנייה ביורו

כוח קנייה
לנפש ביורו



מקור:
נתוני בריאות OECD98

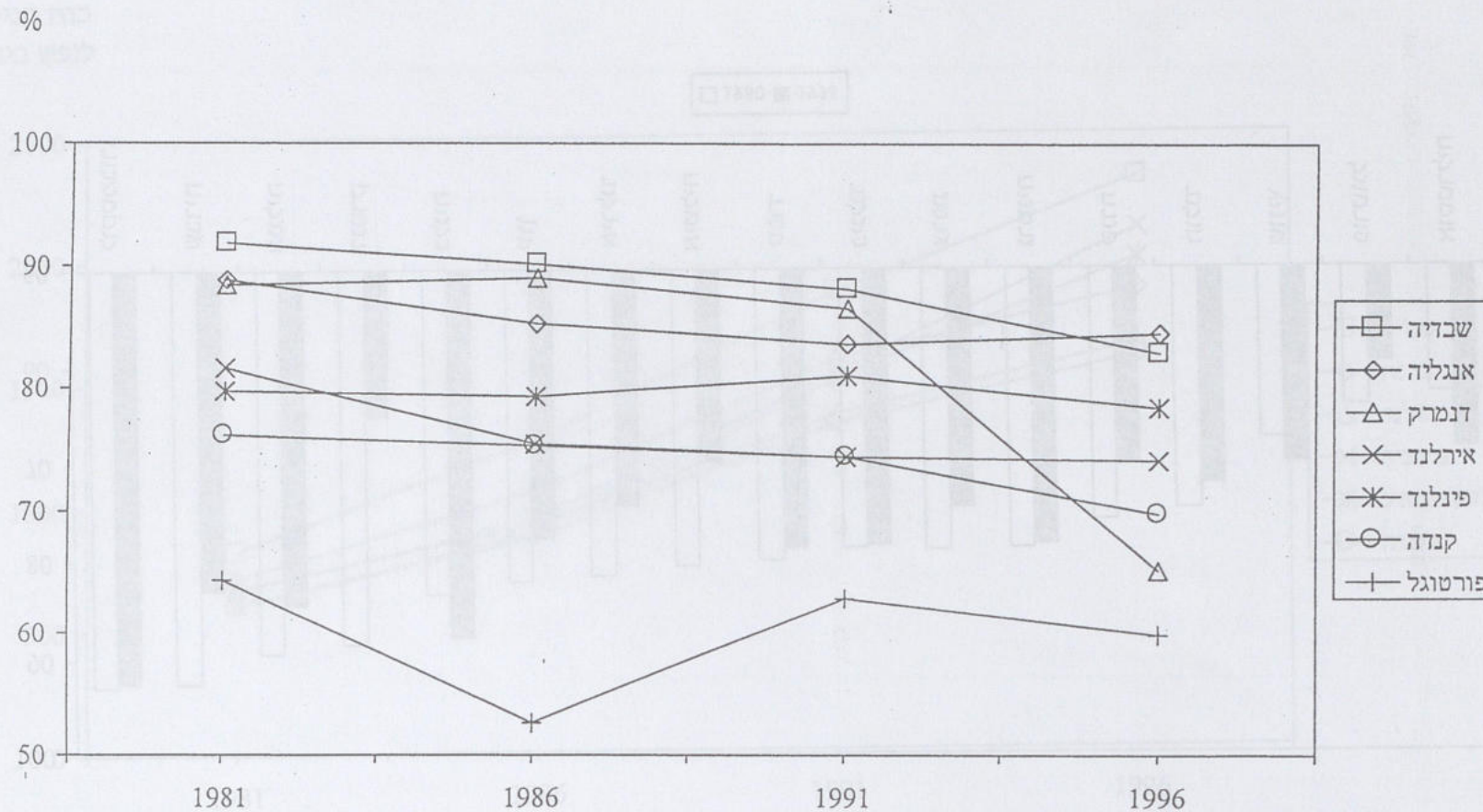
תרשים 9: ההוצאה הציבורית כאחוז מסך-כל ההוצאות לבריאות



82

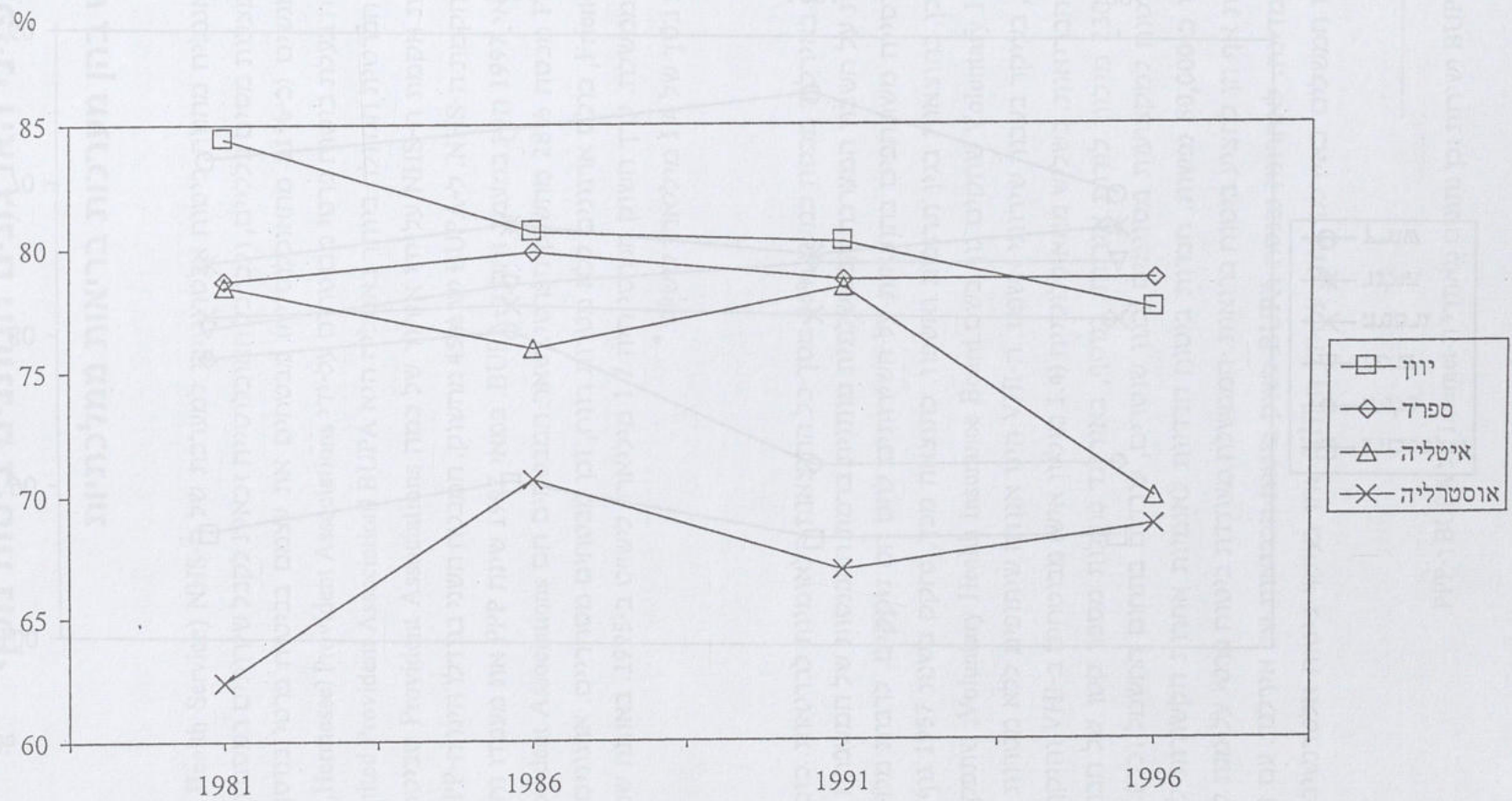
מקור: נתוני בריאות OECD98

תרשים 10: מערכות ממשלתיות הממומנות על-ידי מסים כלליים - סך-כל ההוצאות הציבוריות על בריאות כאחוז מסך-כל ההוצאות הציבוריות על בריאות



מקור:
נתוני בריאות OECD98

תרשים 11: מערכות ממשלתיות הממומנות על-ידי מסים ייעודיים - הוצאות ציבוריות על בריאות כאחוז מסך-כל ההוצאות על בריאות



מקור: נתוני בריאות OECD98

נספח ב: מאפייני הארגונים הנותנים ביטוח נוסף

1. מדינות שיש בהן מערכות בריאות ממלכתיות

1.1 אנגליה

הביטוח המשלים באנגליה מהווה ביטוח אלטרנטיבי למערכת של ה-NHS (National Health Service). ה-NHS ממומנת באמצעות מסים כלליים, ולכן כל האוכלוסייה זכאית לקבל שירותים במסגרתה. למרות זאת כ-6.5 מיליון אנשים (כ-11% מהאוכלוסייה) מבטחים את עצמם בביטוח פרטי בנוסף. שמונים אחוזים מהאוכלוסייה בעלת ביטוח פרטי מבטחים על-ידי Provident Associations (Hermesse, 1996, עמ' 164). חברת הביטוח הפרטית הגדולה ביותר באנגליה היא BUPA (British United Provident Association) שהוקמה ב-1947 בעת הקמת ה-NHS על-ידי איחוד של כמה Provident Associations שביטחו את רוב האוכלוסייה קודם להקמת ה-NHS. ל-BUPA יש 45% מהשוק. המבטח השני בגודלו הינו ה-PPP (Private Patient Plan) שעד מאי 1997 היה במעמד זהה ל-BUPA. במאי 1997 שינה PPP את מעמדו והפך לחברה למטרות רווח. ה-PPP מכסה 28% מהשוק הפרטי. שאר המבטחים הם Provident Associations קטנים יותר, ו-Friendly Societies, כולם ארגונים ללא מטרות רווח, וכן מבטחים מסחריים. ארגונים אלו אינם מסובסדים על-ידי הממשלה. ערך השוק הפרטי היה 1.7 מיליארד ליש"ט ב-1995. באותה שנה הביטוח הפרטי שילם תביעות בסך של 1.4 מיליארד ליש"ט.⁴

1.2 אירלנד

המערכת הממלכתית באירלנד מכסה כמעט 86% מסך-כל ההוצאות הלאומיות לבריאות. כזכור, הזכות לקבל שירותי בריאות על חשבון המערכת הממשלתית מותנית ברמת ההכנסות של המשפחה המבוטחת כך ש-64% מהאוכלוסייה משתתפים בהוצאות על השירותים להם הם נזקקים, לרבות מלוא התגמול לרופאים בקהילה, וכן בהוצאות בגין תרופות ואשפוז. כתוצאה מכך, נחקק בשנת 1957 גוף בשם The Voluntary Health Insurance Board, שתפקידו להציע ביטוח בריאות פרטי, בעיקר בעבור שירותי אשפוז. ה-VHI הינו אגודה שיתופית ללא מטרות רווח והוא פועל בפיקוח של שר הבריאות. כשליש מהאוכלוסייה (1.4 מיליון איש) מבטחים ב-VHI והיקף הפרמיות ב-1995 הסתכם בכ-230 מיליון לירות איריות. בנוסף, באירלנד פועלות מספר קטן של חברות ביטוח הדדיות המציעות ביטוח למקצועות מסוימים (כגון שוטרים, עובדים בתחום החשמל וכד'). בסך-הכל מבטחות חברות אלו כ-80,000 נפשות. חברות ביטוח הדדיות לאומיות אחרות הקשורות ל-Friendly Societies Act רשאיות אף הן להציע ביטוח בריאות. הממשלה מעודדת ביטוח פרטי על-מנת להוריד את העומס על תקציב המדינה. לאחרונה נכנסה BUPA לשוק ביטוח הבריאות של אירלנד. עם זאת, הרוב המכריע של הביטוח המשלים באירלנד ניתן על-ידי ה-VHI. זהו בעיקר ביטוח אלטרנטיבי למערכת

⁴ חומר שהתקבל מ-BUPA ישירות וכן נתונים מאתרי ה-Internet של BUPA ו-PPP.

הציבורית אך הוא מהווה גם ביטוח חלופי לקבוצת האוכלוסייה שממנת לעצמה שירותים בקהילה)
(Hermesse, 1996, עמ' 76-77).

1.3 דנמרק

עם הקמת מערכת הבריאות הממשלתית ב-1973, התאחדו 13 קופות-חולים פרטיות שביטחו חלק מהאוכלוסייה עד אז, והקימו אגודה שיתופית לביטוח הדדי הנקראת danmark Sygeforsikring שהוא מלכ"ר. עשרים וחמישה אחוזים מהאוכלוסייה (כ-1.4 מיליון איש) מבוטחים בה היום. התנאים להצטרפות לביטוח של "danmark" הם מצב בריאות טוב, ועד גיל 67. "danmark" מציעה ביטוח משלים שהינו בעיקר כיסוי ההוצאות שאינן מכוסות על-ידי המערכת הציבורית לרבות השתתפויות עצמיות. מאז 1990 נכנסו לשוק שלוש חברות פרטיות: Hafnia, Danica ו-Kof Brand המכסות בעיקר הוצאות אשפוז בבתי-חולים פרטיים. ביטוח זה מיועד בעיקר לאנשים בכירים במגזר המסחרי, כמו-כן, הפרמיות גבוהות מאוד. הפרמיות בגין ביטוח בריאות אינן זוכות להטבות מס מאז 1986 (Hermesse, 1996, עמ' 32).

1.4 קנדה

לרוב העובדים בקנדה יש ביטוח משלים הממומן במלואו או באופן חלקי על-ידי מעבידם. ה-Canadian Blue Cross Plans, חברות ללא מטרת רווח וכן חברות מסחריות, מציעות כיסוי משלים דומה גם ליחידים. ה-Blue Cross Plans וחברות ביטוח ללא מטרת רווח הן המבטחות העיקריות של ביטוח בריאות. לצידן פועלות כ-100 חברות מסחריות (National Commentaries, 1996, עמ' 10-11).

1.5 אוסטרליה

באוסטרליה ניתן ביטוח משלים פרטי על-ידי 49 קופות-חולים וולונטריות, כולן ללא מטרת רווח, והן מתחלקות לשני סוגים: "קופות פתוחות" המבטחות כל מי שמעוניין לבטח את עצמו; ו"קופות סגורות" המגבילות את החברות בהן למקצועות מסוימים או לעובדים אצל מעבידים מסוימים. הרוב המכריע של ביטוח "פרטי" ניתן על-ידי קופות אלו, לרבות שתי חברות ממשלתיות המכסות ביניהן 26% מהשוק. זמן קצר לאחר הנהגת "מדיק" (המערכת הממשלתית) ב-1984, נכנסו לשוק מספר חברות מסחריות עם תכניות שכללו הטבות מוגבלות ו/או הגבלות להצטרפות על בסיס גיל. שלושים ושישה אחוזים מהאוכלוסייה מבוטחים כיום בביטוח משלים בגין שירותי בתי-חולים (שהינו במידה רבה ביטוח אלטרנטיבי). אם מוסיפים לזה ביטוח בגין שירותים נלווים (שהינו ביטוח משלים), עולה כי כ-42% מהאוכלוסייה מבוטחים בביטוח משלים כלשהו (National Commentaries, 1996, עמ' 5).

1.6 ספרד

הביטוח המשלים ניתן על-ידי חברות ביטוח מסחריות וחברות לביטוח הדדי המכסות ביחד 6.7 מיליון איש. הרוב המכריע ניתן על-ידי חברות ביטוח מסחריות, כאשר אוכלוסיית המבוטחים כוללת 2 מיליון עובדי מדינה ו-4 מיליון יחידים או מעבידים. בדרך כלל אוכלוסייה זו משלמת גם דמי ביטוח סוציאלי למדינה, ולכן הביטוח הינו ביטוח אלטרנטיבי בעיקר. ביטוח בריאות פרטי פועל בהתאם לחוק מיוחד

המרשה ל-4 סוגים של חברות להציע ביטוח בריאות: חברות מסחריות, חברות לביטוח הדדי, חברות שיתופיות ומעין קופות-חולים. ב-1990 פעלו בספרד 189 חברות בע"מ, ו-92 חברות לביטוח הדדי וקופות-חולים (Hermesse, 1996, עמ' 143).

1.7 יוון

עד היום, אין תכניות מיוחדות לביטוח בריאות משלים ביוון. ביטוח בריאות נוסף ניתן, אבל, כנספח לפוליסות פרטיות לביטוח חיים. במסגרת זו הביטוח בגין שירותי בריאות הינו ביטוח אלטרנטיבי הניתן על-ידי חברות פרטיות. השוק לביטוח זה הוא הקטן ביותר בקרב כל ארצות אירופה. ב-1990 התוצר במגזר ביטוח החיים ובריאות גם יחד היה 0.45% מהתל"ג. שבעים ושניים אחוזים משוק זה נמצאים בידי חברות יוניות ו-28% בידי חברות מחו"ל (Kyriopoulos et al., 1992, עמ' 143).

1.8 פורטוגל

בפורטוגל ביטוח בריאות נוסף הוא ביטוח אלטרנטיבי ואינו מפותח למרות שמבחינת מדיניות, החוק בפורטוגל תומך ומעודד במפורש ביטוח פרטי, ובמיוחד ביוזמות של חברות ללא מטרות רווח. הממשלה מסבסדת חלק מההוצאה במישרין או בעקיפין על-ידי הטבות מס. בתחילת שנות ה-90, 7% מהאוכלוסייה היו מבוטחים על-ידי חברות לביטוח הדדי, 5% על-ידי חברות ביטוח מסחריות (90% ממנו ביטוח קבוצתי) ו-24% היו מכוסים על-ידי תת-מערכות לבריאות שהוקמו ופעלו לפני הקמת המערכת הממלטית, וממשיכות לפעול גם היום. תת-מערכות אלו מכסות את האוכלוסייה על בסיס מקצוע (כגון עובדי מדינה, אנשי צבא, עובדי הבנקים וכד'), וחלקן מתפקדות גם כספקי שירותים ולא רק כמבטחות (Pinto dos Reis, 1995, עמ' 175).

1.9 איטליה

המערכת הממשלתית הינה חובה לכל האוכלוסייה. אנשים שרוכשים ביטוח נוסף משלמים בעבורו, בנוסף למסים בעבור המערכת הממשלתית. יש השתתפויות עצמיות ברמה של כ-50% בגין תרופות, ביקורים אצל רופאים מקצועיים, בדיקות אבחנתיות ושירותים נוספים. הוצאות פרטיות מהוות כ-20% מסך-כל ההוצאה הלאומית על בריאות, כאשר ההחזרים בגין הוצאות אלו מביטוח נוסף מוערכים בשיעור של כ-10% מההוצאות הפרטיות. ביטוח נוסף הינו אלטרנטיבי וניתן על-ידי חברות ביטוח מסחריות וחברות ביטוח הדדיות וולונטריות ללא מטרות רווח. הנתונים הסטטיסטיים אינם מדויקים אך יש הערכה שכ-10% מהמבוטחים בביטוח נוסף מבוטחים באמצעות חברות מסחריות וכ-12% באמצעות חברות ביטוח הדדיות כך שבסך-הכל כ-10-11 מיליון אנשים מבוטחים בביטוח פרטי (כ-17%-18% מהאוכלוסייה); (Mapelli, 1995, עמ' 153).

2. מדינות שיש בהן ביטוח בריאות סוציאלי

2.1 לוקסמבורג

הביטוח הנוסף הוולונטרי בלוקסמבורג הינו ביטוח משלים המכסה בעיקר השתתפויות עצמיות, תשלומים נוספים בגין אשפוז פרטי ופיצוי יומי לעובדים עצמאיים שאינם מסוגלים לעבוד. באופן מסורתי, ביטוח זה הינו תחום בלעדי של אגודות שיתופיות לביטוח הדדי, למרות שבשנים האחרונות חברות מסחריות מנסות להיכנס לשוק. הגוף העיקרי המציע ביטוח משלים הוא The Mutual Medical Surgical Fund, המכסה 75% מהאוכלוסייה. השאר מבוטחים על-ידי אגודות שיתופיות קטנות יותר. התשלומים על-ידי אגודות שיתופיות אלו מהווים 2% מהתביעות בביטוח חובה. תשלומים על-ידי חברות מסחריות מהווים 1% מסך-כל התשלומים במערכת החובה. בנוסף למתן ביטוח משלים, האגודה השיתופית הגדולה משתפת פעולה עם משרד הבריאות וקופות-החולים במאמצים לקידום בריאות וחינוך לבריאות (Hermesse, 1996, עמ' 108).

2.2 שוויץ

קופות-החולים וחברות הביטוח (לרוב ללא מטרות רווח) בשוויץ מבטחות את מבוטחיהן בביטוח בסיסי חובה ובביטוחים משלימים מכל סוג למעט כיסוי ההשתתפויות העצמיות שהינו אסור. עד לרפורמה, אחוז גבוה מהאוכלוסייה ביטחו עצמם בביטוח משלים. כתוצאה מהכיסוי הרחב של ביטוח החובה, ירד היקף הכיסוי הפרטי.

2.3 בלגיה

השוק של הביטוח הפרטי בבלגיה מוגבל מאחר שהיקף הביטוח הסוציאלי רחב. ביטוחים נוספים ניתנים על-ידי קופות-חולים וחברות ביטוח שהיקף השוק של חברות ביטוח פרטיות הינו קטן, כ-2% מההוצאות של המערכת הציבורית. חלק מחברות אלו מציעות ביטוח חלופי בגין "סיכונים קטנים" לעצמאים, אך חלקן בתחום זה שולי ביותר. עיקר הביטוח המשלים והביטוח החלופי ניתנים על-ידי קופות-החולים לחבריהן. ביטוח משלים וולונטרי פתוח לכל החברים בקופותיהם. הגדולות מבין הקופות מחייבות את חבריהן לבטח את עצמם בביטוח המשלים על-מנת לתרום לסולידריות בין כל החברים באותה קופה. בקופות אלו ישנם גם ביטוחים אופציונליים. למעלה מ-90% מהאוכלוסייה מבוטחים בביטוחים המשלימים של קופות-החולים (Hermesse, 1996, עמ' 12-13; Schneider, 1995, עמ' 21).

2.4 צרפת

כ-83% מהאוכלוסייה מבוטחים בביטוח משלים. התפלגות הביטוח המשלים בין סוגי הארגונים השונים הינה כדלקמן: 60% על-ידי אגודות שיתופיות לביטוח הדדי (קופות-חולים); 25% על-ידי חברות ביטוח; 15% על-ידי Provident Societies.

א. אגודות שיתופיות בביטוח הדדי: בצרפת פועלות 6,000 אגודות שיתופיות לביטוח הדדי המבטחות יותר מ-30 מיליון איש בביטוח משלים. רובן מנהלות גם את ביטוח החובה הבסיסי בעבור חבריהן

כ-80% מפעילות אגודות אלו בביטוח המשלים היא כיסוי ההשתתפויות העצמיות של מבוטחיהן. בנוסף, הן עוסקות ברפואה מונעת ויוזמות בריאותיות וחברתיות אחרות.

ב. חברות ביטוח: בצרפת פועלות 120 חברות ביטוח המציעות ביטוח בריאות משלים; 32 מהן הן חברות לביטוח הדדי ומציעות פוליסות ליחידים ולקבוצות.

ג. Provident Societies: חברות אלה נותנות ביטוח משלים לעובדים שכירים במגזר הפרטי והן ארגונים ללא מטרות רווח (Hermesse & Lewalle, 1995, עמ' 75-79; Hermesse, 1996, עמ' 52).

2.5 גרמניה

ביטוח פרטי (PKV) בגרמניה ניתן על-ידי כ-120 חברות פרטיות, כ-50% מתוכן חברות בע"מ, ו-50% חברות שיתופיות לביטוח הדדי. כ-75 חברות מציעות ביטוח משלים בנוסף לביטוח בסיסי חלופי. קופות-החולים רשאיות להציע ביטוח חלופי לאוכלוסייה שאינה חייבת בביטוח חובה, אך אינן רשאיות להציע ביטוח משלים למבוטחיהן.

ב-1991 6.8 מיליון איש ביטחו את עצמם בביטוח חלופי בחברות ביטוח פרטיות, מתוכם 93.8% (6.38 מיליון) עשו גם ביטוח משלים בגין אשפוז. מתוך האוכלוסייה המבוטחת בקופות-החולים, 5.3 מיליון איש ביטחו את עצמם בביטוח משלים, כך שבסך-הכל ל-11.6 מיליון איש (כ-14%) היה ביטוח משלים (Hermesse & Lewalle, 1995, עמ' 68-69).

2.6 הולנד

שלושים ואחד אחוזים מהאוכלוסייה בהולנד (4.8 מיליון איש) אינם מכוסים בביטוח חובה ונאלצים לבטח את עצמם בביטוח פרטי. ביטוח פרטי ניתן, לרוב, על-ידי חברות לביטוח הדדי שאינן למטרות רווח. לפיכך, האוכלוסייה הזו מבוטחת בביטוח חלופי ורובה גם בביטוח משלים באותה מסגרת. בנוסף, כ-90% מהאוכלוסייה המבוטחת בביטוח חובה בקופות-החולים רוכשים ביטוח משלים המוצע על-ידי קופת-החולים שלהם. לרוב, קופות-החולים מפקדות ניהול ביטוח זה בידי חברות בנות שלהן המאורגנות כאגודות שיתופיות. יש לציין שההבדלים בין חברות ביטוח המבטחות את האוכלוסייה שאינה חייבת בביטוח חובה, לבין קופות-החולים, הולכים ומצטמצמים. הכוונה המוצהרת של הממשלה היא להביא למצב שלא יהיו הבדלים כלל ושהן תתחרנה זו בזו על כל האוכלוסייה, הן בגין ביטוח החובה הבסיסי והן בגין הביטוח המשלים (Hermesse, 1996, עמ' 126-127).

נספח ג: סל השירותים / הטבות בביטוחים נוספים

1. מדינות שיש בהן ביטוח סוציאלי

1.1 בלגיה

הסל הבסיסי

בבלגיה קיימת רשימה של השירותים המכוסים על-ידי הביטוח הציבורי. יש לזכור ש-87% מהאוכלוסייה מבוטחים בביטוח חובה בגין כל השירותים ברשימה, כאשר 13% מהאוכלוסייה (העצמאיים) אינם חייבים בביטוח חובה בגין סיכונים קטנים (בעיקר שירותים בקהילה), אך מבטחים את עצמם באופן וולונטרי בגין שירותים אלו בקופות-החולים.

א. **רופאים**: לחבר יש חופש בחירה ברופא הראשוני והמקצועי. הוא משלם לרופא ישירות וזכאי להחזר של 75% מהתעריף המוסכם.

ב. **בתי-חולים**: לחבר יש חופש בחירה בבית-החולים. הוא משלם השתתפות עצמית בגין כל יום אשפוז כאשר גובה התשלום נקבע בהתאם למעמד החברתי-כלכלי של החולה ואורך שהייתו, שאר ההוצאה משולמת ישירות לבית-החולים על-ידי קופות-החולים. החולה רשאי לבחור בחדר פרטי ולשלם תוספות בגינו.

ג. **תרופות**: תרופות הניתנות במסגרת הקהילה מחולקות ל-5 קבוצות המוגדרות על-ידי רמת ההשתתפות העצמית של החבר הנעה בין 0% השתתפות עצמית ל-75%. לגבי תרופות באשפוז, חל היטל קבוע של 20 פרנקים בלגיים ליום.

ד. **רפואת שיניים**: רפואה מונעת מכוסה על-ידי ביטוח חובה. רפואת משמרת ושיקומית אינן כלולות בסל השירותים. יש השתתפות באורתודונטיה ופרוטזות לפי רשימת השירותים והתעריפים שנקבעים בה.

ה. **טיפול פרה-רפואי**: פיזיותרפיה על פי הפניית רופא מכוסה חלקית ברמה של 60%-80% מהתעריף. שירותי אחות מכוסים ברמה של 75% מהתעריף המוסכם.

ו. **מכשירים ואבזרים**: ביטוח החובה מכסה 75% מהתעריפים הנקבעים ברשימת השירותים.

ז. **אשפוז סיעודי** - הביטוח מכסה את הטיפול הרפואי, והחולה נושא בהוצאות המלונאיות (דיוור ואוכל).

ח. קיימת תקרה של 15,000 פרנקים בלגיים לשנה **להשתתפות העצמית** בעבור אוכלוסיות חלשות (Hermesse, 1996, עמ' 8).

הסל המשלים

רוב הביטוח המשלים ניתן על-ידי קופות-החולים האחראיות על הביטוח הבסיסי. הקופות מפעילות שני סוגים של ביטוח משלים: ביטוח משלים חובה וביטוח משלים אופציונלי. כל קופה קובעת לעצמה את הסל המשלים וכן את השירותים שיכללו בביטוח משלים חובה ואת אלו שיכללו בביטוח אופציונלי. לרוב, הביטוח המשלים חובה מכסה שירותים, כגון טיפול בית, השאלת ציוד רפואי לחולים ונכים, עזרה לקשישים ולמשפחותיהם, תקופות בבתי החלמה, תשלומים למבוטח במקרה של אשפוז, הסעת חולים ושירותים רפואיים בחו"ל. הביטוח האופציונלי בדרך כלל מכסה תשלומים לאנשים שאינם יכולים

לעבוד מפאת מצבם הבריאותי, וכן כיסוי לתשלומים הנוספים בבת-חולים בגין חדר פרטי וכד'. כיסוי ההשתתפויות העצמיות הנהוגות במערכת הציבורית אינו מעודד (Hermess, 1996b, עמ' 3-4).

1.2 צרפת

הסל הבסיסי

א. **רופאים:** לחבר יש חופש בחירה ברופא והוא משלם לרופא ומקבל החזר של 75% מהתעריף המוסכם, למעט רופאים בהסכם המקבלים תשלום ישירות מהקופה. במקרה זה החבר משלם את ההשתתפות העצמית ישירות לרופא.

ב. **אשפוז:** יש חופש בחירה בבית-החולים. החולה משלם השתתפות קבועה ליום של 70 פרנקים צרפתיים ובנוסף משתתף ב-20% מההוצאות.

ג. **תרופות:** כרוכות בהשתתפות עצמית הנעה בין 35%-100%.

ד. **שירות אחות:** כרוך בהשתתפות עצמית של 35%.

ה. **רפואת שיניים:** כרוכה בהשתתפות עצמית של 30%.

ו. **מכשירים ואבזרים רפואיים** מכוסים ברמה של 70% למעט ציוד כבד יותר המכוסה באופן מלא.

ז. יש פטורים מהשתתפות עצמית לחולים עם מחלות (לפי רשימה) הדורשות טיפול מתמשך, כגון שחפת, סרטן, המופיליה, מחלות פסיכיאטריות, טרשת נפוצה, פרקינסון וכד'. כמו-כן, חולים המאושפזים מעל 31 ימים פטורים מהמשך השתתפות עצמית (Hermesse, 1996, עמ' 42).

הסל המשלים

הביטוח המשלים בצרפת מכסה, בעיקר, השתתפויות עצמיות הנהוגות במערכת הציבורית כמעט בכל התחומים. בנוסף, יש כיסוי להוצאות נוספות בעבור אשפוז בחדר פרטי (Hermesse, 1996, עמ' 52).

1.3 גרמניה

הסל הבסיסי

ביטוח חובה חל רק על האוכלוסייה שהכנסתה מתחת לתקרה מסוימת. שאר האוכלוסייה רשאית לבטח את עצמה בביטוח וולונטרי בגין אותם השירותים בקופות-החולים הנותנות את ביטוח החובה.

ביטוח החובה מכסה את כל השירותים שמטרתם לרפא ולשפר את מצב בריאותו של האזרח (לרבות טיפולי פריון ומניעת הריון עד גיל 20) וכן בדיקות מסוימות לגילוי מוקדם של מחלות ורשימה של חיסונים לילדים.

א. **רופאים ורופאי שיניים:** לחבר יש בחירה חופשית ברופא וברופא שיניים. הקופות משלמות ישירות לרופאים בהתאם להסכמים איתם. שירותים אלו מכוסים במלואם. יש השתתפות עצמית של 50% בגין פרוטזות דנטליות, וכן השתתפות עצמית של 20% לאורתודונטיה עד גיל 18. לאנשים מעל גיל 18 האורתודונטיה אינה מכוסה אלא במקרים חריגים. החל מיוני 1997, רפואת שיניים הוצאה מסל השירותים.

- ב. **בית-חולים**: לחולה יש חופש בחירה בבית-חולים המותנה בהפניה מראש מהרופא הראשוני. קופות-חולים משלמות ישירות לבתי-החולים. יש תשלום קבוע על-ידי החולה באשפוז של 12 מרקים גרמניים ליום עד 14 יום.
- ג. **תרופות**: אלה מכוסות על פי רשימה. לגבי חלקן הכיסוי מגיע ל-100%. לגבי אחרות נקבע תעריף קבוע לכיסוי. חולים הבוחרים בתרופה דומה משלמים את ההפרש. יש היטל קבוע בגין תרופות כדלקמן: אם המחיר פחות מ-30 מרקים גרמניים, החולה משלם 3 מרקים. אם המחיר בין 30-50 מרקים, החולה משלם 5 מרקים. אם המחיר 50 מרקים גרמניים ויותר, החולה משלם 7 מרקים.
- ד. **שירותים פרה-רפואיים** מכוסים אם עומדים בהנחיות הנקבעות לכך. יש השתתפות עצמית של החולה.
- ה. **פרוטזות ומכשירים ואבזרים**: החולה זכאי להחזר על פי תעריפים קבועים (Hermesse, 1996, עמ' 60-61).

הסל הפרטי

חברות הביטוח בגרמניה מציעות ביטוח חלופי לביטוח החובה לאוכלוסייה שאינה זכאית לביטוח חובה, וכן ביטוח משלים. קשה מאוד להבחין בין שניהם. יש פוליסות המכסות באופן מלא או חלקי את השירותים הבאים: ביטוח לשירותים אמבולטוריים; ביטוח לרפואת שיניים; ביטוח לאשפוז; תשלום יומי במקרה של אשפוז; תשלום יומי במקרה של חוסר יכולת לעבוד.

חברות הביטוח אינן משלמות ישירות לספקי השירותים. המבוטח משלם ומקבל החזר בגובה שנקבע בפוליסה שלו (Hermesse, 1996, עמ' 65).

1.4 לוקסמבורג

הסל הבסיסי

הסל הבסיסי כולל שירות רפואי, רפואת שיניים, טיפול פרה-רפואי, שירותי אבחון, פרוטזות דנטליות ואורתודונטיות, תרופות, מכשירים ואבזרים רפואיים, אשפוז, טיפול תרפויטי, החלמה והסעות. יש כיסוי במספר תחומים מוגדרים של רפואה מונעת, כגון בדיקות לפני אירוסין, בדיקות היריון, וממוגרפיה. כמו-כן, הביטוח מכסה לידות, תשלום דמי מחלה ותשלום הוצאות לוויה.

א. **שירות רפואי**: יש החזר מלא על שירותי רפואיים גם בקהילה וגם באשפוז עם השתתפות עצמית בגובה של 20% בגין ביקור ראשון תוך 28 יום ו-5% בעבור ביקורים נוספים.

ב. **רפואת שיניים**: המבוטח משלם 1,200 פרנקים בגין שירותים ברפואת שיניים ואחר-כך מכסה 80% מהמחירים המוסכמים. יש השתתפות עצמית של 20% בפרוטזה שמבוטלת אם המבוטח ביקר אצל רופא שיניים מדי שנה בשנתיים שחלפו.

ג. **תרופות**: הכיסוי הרגיל והממוצע הוא 80%. תרופות מיוחדות למחלות מתמשכות מכוסות במלואן. השתתפות מופחתת של 40% ניתנת בעבור תרופות עם אינדיקציות תרפויטיות מוגבלות. תרופות באשפוז מכוסות במלואן.

ד. **אשפוז**: המבוטח משלם השתתפות בהוצאות אשפוז ברמה של 210 פרנקים ליום (Hermesse, 1996, עמ' 103-105).

הסל המשלים

הביטוח המשלים ניתן על-ידי חברות לביטוח הדדי, ובעיקר על-ידי חברת ביטוח אחת גדולה (C.M.C.M.). ככלל, הביטוח המשלים מכסה את השירותים הבאים: השתתפויות עצמיות הנהוגות במערכת הציבורית; השתתפות בשהייה בבתי-חולים שאינה מכוסה על-ידי קופות-החולים; תוספת תשלום בגין שהייה בחדר פרטי; פרוטזות דנטליות; החלמה ושיקום; הוצאות בגין שירותים (אבחון, רופאים, ניתוחים, אשפוזים, והוצאות נלוות) בחו"ל; דמי מחלה יומיים לעובדים עצמאיים שאינם מסוגלים לעבוד מפאת מצבם הבריאותי (Hermesse, 1996, עמ' 109).

1.5 שוויץ

הסל הבסיסי

א. **רופאים:** המבוטח בוחר ברופא כללי באזור מגורים, החולה משלם השתתפות עצמית של 150 פרנקים שוויצריים לשנה בגין טיפול על-ידי רופאים ובנוסף 10% מההוצאה. הגישה לרופא מקצועי היא באמצעות הפניה של רופא כללי.

ב. **אשפוז:** המבוטח בוחר בבית-חולים מקרב בתי-החולים באזור מגוריו. במידה שהחליט ללכת לבית-חולים מחוץ לאזור, רשאי המבוטח להגביל את הכיסוי לרמת הכיסוי בבתי-החולים האזוריים. יש השתתפות עצמית של 10 פרנקים שוויצריים ליום. המבוטח מכסה טיפול באשפוז כולל רופא, תרופות, בדיקות מעבדה וכד'.

ג. **בנוסף,** יש כיסוי לתרופות על פי מרשם, טיפולים המוכרים מבחינה מדעית, שירותי אבחון וטיפול על-ידי כירורפרקטור, לידות, טיפול בית, אשפוז סיעודי, שירותים פרה-רפואיים (על פי הפניית רופא בלבד) מכשירים ואבזרים, השתתפות בהסעת חולים. סך-כל ההשתתפות המקסימלית על-ידי המבוטח מוגבלת ל-750 פרנקים שוויצריים לשנה למבוגר ו-300 פרנקים שוויצריים לשנה לילד (Hermesse, 1996, עמ' 148-149).

הסל המשלים

א. **ביטוח משלים** ניתן בעיקר על-ידי הגופים הנותנים את הביטוח הבסיסי, רובם קופות-חולים.
ב. אין כיסוי של ההשתתפויות עצמיות הנהוגות במערכת הציבורית.
ג. יש מגוון רב של תכניות לביטוח משלים. השירותים השכיחים המכוסים על-ידן הם: בחירה ברופא בבית-חולים; חדר פרטי בבית-חולים; רפואת שיניים; רפואה משלימה; השתתפות בהוצאות ריפוי; משקפיים (Hermesse, 1996, עמ' 154).

1.6 הולנד

הסל הבסיסי

בהולנד ביטוח החובה מחולק לשניים: ביטוח בגין הוצאות מיוחדות שהינו ביטוח ממלכתי שחל על כל האוכלוסייה; וביטוח רפואי רגיל הניתן על-ידי קופות-החולים לאוכלוסייה החייבת בביטוח חובה. שאר האוכלוסייה מבטחת את עצמה בביטוח פרטי. הסל המכוסה על-ידי הביטוח בגין הוצאות מיוחדות הינו: אשפוז סיעודי, ובתי אבות; מרכזים לנכים (לרבות דיור); אשפוז יום לנכים; טיפול בית; אשפוז

פסיכיאטרי; טיפול פסיכיאטרי אמבולטורי; ייעוץ פסיכולוגי; טיפול לחרשים ועיוורים; טיפול במפגרים; אשפוז כללי מעל שנה (Hermesse, 1996, עמ' 121-122).

הסל של הביטוח הרגיל כולל: רופאים כלליים (ללא השתתפות עצמית אם בוחרים ברופא ראשוני באזור); רופאים מקצועיים (ללא השתתפות עצמית אם יש הפניה מהרופא הראשוני); רופאי שיניים כולל רפואה מונעת, טיפול כירורגי והשתלות, יש כיסוי חלקי בלבד, אין כיסוי לאורתודונטיה, פרוטזות, כתרים וגשרים); פיזיותרפיה (עד 9 טיפולים לבעיה ספציפית לשנה); ריפוי בעיסוק (עד 9 טיפולים לשנה בבעיה ספציפית); ריפוי בדיבור; מעקב היריון; בתי-חולים בהסכם עם המבטח; אמבולנס; מחלקות לידה עד 10 ימים; תרופות אצל רוקחים בהסכם ובגין תרופות הכלולות ברשימה הרשמית, ללא השתתפות עצמית; מכשירים ואבזרים רפואיים על פי אישור הקופה מראש - כיסוי של 70%-100%; דיאליזה (Hermesse, 1996, עמ' 120-121).

סל משלים

- א. האוכלוסייה שאינה חייבת בביטוח חובה, רוכשת ביטוח פרטי חלופי המכסה פחות או יותר את השירותים המכוסים על-ידי קופות-החולים.
- ב. ביטוח משלים, מעבר לסל הבסיסי, ניתן על-ידי המבטח שנותן את הביטוח הבסיסי. הביטוח המשלים מכסה: שירותים שאינם מכוסים על-ידי ביטוח החובה באופן מלא או חלקי; רפואת שיניים; מכשירים ואבזרים רפואיים; סוגי ריפוי שונים; טיפול פרה-רפואי; טיפול רפואי בחו"ל; טיפול בנשים הרות; טיפול "מותרות" בבתי-חולים (Hermesse, 1996, עמ' 129).

2. מדינות שיש בהן מערכות ממשלתיות

2.1 דנמרק

הסל הבסיסי

המערכת הממלכתית מכסה את כל האוכלוסייה ומעניקה את השירותים הבאים:

- א. **רופאים:** קיימים שני סוגי כיסוי בגין שירות רופא: קבוצה א' מכסה כ-97% מהאוכלוסייה. במסגרתה חייבים להירשם אצל רופא כללי באזור עם זכות העברה לרופא אחר פעם בשנה. גישה לרופאים מקצועיים לפי הפניית הרופא הכללי בלבד. אין השתתפות עצמית. לקבוצה ב' יש חופש מוחלט לבחור ברופא כללי וגישה ישירה לרופא מקצועי ללא הפניה. תמורת חופש זה האוכלוסייה בקבוצה זו משלמת השתתפות עצמית.
- ב. **בתי-חולים:** האשפוז בבית-חולים ציבורי הוא חינם, למעט שהייה בחדר פרטי. בבתי-חולים פרטיים מורשים החולה משלם את ההפרש בין המחיר הפרטי למחיר הציבורי. בבתי-חולים פרטיים לא מורשים החולה נושא במלוא העלות אלא אם הופנה לשם על-ידי בית-חולים ציבורי.
- ג. **רפואת שיניים:** המערכת הממלכתית מכסה כ-45% מהחשבון אך אינה משתתפת כלל בכתרים של זהב ופרוטזות. הטיפול לילדים מתחת לגיל 18 ונכים חינם.
- ד. **תרופות:** המערכת הממשלתית משתתפת בתרופות הנכללות בפנקס התרופות שלה בין 70%-75%. אינסולין לחולי סוכרת מכוסה במלואו. המערכת משלמת השתתפות ישירות לרוקח.

ה. **שירותים אחרים**: השתתפות עצמית בהוצאות בגין כירורפרקטיקה. מכשירים ואבזרים ופיזיותרפיה (Hermesse, 1996, עמ' 29-30).

הסל המשלים

הביטוח המשלים מכסה: רופאים כלליים ורופאים מקצועיים (בעיקר לקבוצה ב'); אשפוז מחוץ לאזור בבתי-חולים פרטיים; הוצאות שאינן מכוסות על-ידי המערכת הממשלתית, לרבות השתתפות עצמיות בגין: רפואת שיניים, כירורפרקטיקה, פיזיותרפיה, משקפיים, עדשות מגע, תרופות, כירופודיה, מכשירים ואבזרים רפואיים, טיפול מרפא (Hermesse, 1996, עמ' 33-35).

2.2 אנגליה

הסל הבסיסי

המערכת הממשלתית (National Health Services) מכסה את כל האוכלוסייה ומהווה את הספק העיקרי של השירותים. השירותים ניתנים לרוב, חינם, הן בקהילה והן בבתי-חולים, למעט רפואת שיניים, אופתלמולוגיה ותרופות.

א. **רופאים**: לחבר יש חופש בחירה ברופא כללי שאצלו חובה להירשם. הרופא הכללי מהווה שומר סף לשאר המערכת, והגישה לשאר השירותים היא רק על-ידי הפניה מהרופא הכללי.

ב. **בתי-חולים**: האזרחים זכאים לטיפול בבתי-חולים של ה-NHS ואין השתתפות עצמית אלא אם החולה מבקש שירותים מקצועיים מיוחדים, או שהייה בחדר פרטי. יש תורים ארוכים לאשפוזים אלקטיביים בבתי-חולים אלו.

ג. **תרופות**: יש השתתפות עצמית בתרופות מחוץ לבית-חולים בסך 5.50 ליש"ט לפרט.

ד. **רפואת שיניים**: השתתפות בבדיקה שגרתית הינה 4 ליש"ט והחולה נושא ב-80% מההוצאות עד לתקרה של 325 ליש"ט לשנה, לרבות פרוטזות וכתרים.

ה. **טיפול עיניים**: החולה נושא בעלות בדיקת ראייה שעולה בין 10-15 ליש"ט. משקפיים ועדשות על חשבון החולה.

ו. **רפואה מונעת**: ניתן חינם, וכולל גילוי מוקדם של סרטן השד וסרטן צוואר הרחם (Hermesse, 1996, עמ' 160-161).

הסל המשלים

ניתן להשיג פוליסות קבוצתיות או ליחידים - 60% מהמבוטחים בביטוח פרטי מבוטחים על-ידי המעבידים שלהם, המכסים את הפרמיה באופן חלקי או במלואה. הביטוח הינו ביטוח אלטרנטיבי למערכת הציבורית. השירותים המכוסים כוללים: אשפוז בבית-חולים פרטי או בחדר פרטי בבית-חולים של ה-NHS; רופאים (כלליים ומקצועיים); הקרנות; טיפולים פרה-רפואיים; טיפולי אחות אם בבית-חולים או בבית; תרופות ותחבושות.

הפוליסות אינן מכסות את ההשתתפויות העצמיות של החולה במסגרת ה-NHS בגין טיפולי שיניים, משקפיים ומרשמים בעבור תרופות בטיפול אמבולטורי. הן כן מכסות הוצאות בגין טיפולי שיניים פרטיים (Hermesse, 1996, עמ' 166).

2.3 אירלנד

הסל הבסיסי

המערכת הממשלתית מכסה את כל האוכלוסייה באירלנד, אך יש שתי רמות של כיסוי לפי רמת ההכנסה של האוכלוסייה: סוג א' ניתן ל-36% מהאוכלוסייה שהכנסתם נמצאת מתחת לרמה מסוימת, המקבלים כיסוי מקיף חינם; וסוג ב' הניתן לשאר האוכלוסייה המקבלת טיפול בבתי-חולים ציבוריים עם השתתפות עצמית ואינם מכוסים כלל בגין הוצאות רפואיות בקהילה.

א. **רופאים:** המבוטחים בסוג א' רשאים לבחור רופא כללי מתוך רשימת רופאים באזור מגוריהם והטיפול ניתן חינם. גישה לרופא מקצועי היא על-ידי הפניה מהרופא הכללי בלבד; המבוטחים בסוג ב' משלמים את כל ההוצאות בגין הרופאים בקהילה, אך יש להם בחירה חופשית ברופא כללי וברופאים מקצועיים. בדרך כלל, גישה לרופא מקצועי היא על-ידי הפניה מרופא כללי אך אין זה הכרחי.

ב. **בתי-חולים:** אשפוז בבתי-חולים ציבוריים ניתן חינם למבוטחים סוג א'. מבוטחים סוג ב' משלמים השתתפות עצמית של 20 לירות איריות ליום ל-10 ימים הראשונים. התשלום בגין שהייה בבתי-חולים פרטיים הוא על-ידי המבוטח, למעט בתי-חולים ספציפיים בהם יש השתתפות מוגדרת של הממשלה. בתי-החולים הפרטיים מהווים חלק חשוב מאוד מהמערכת האירית, בלעדיהם המערכת הממלכתית אינה מסוגלת לתפקד ללא עיכובים רציניים ותורים ארוכים. לפיכך, בתי-החולים הציבוריים והפרטיים פועלים במקביל ללא בעיות, והממשלה מעודדת את האזרחים לנצל מוסדות פרטיים ככל שניתן. חולים הבוחרים בבתי-חולים פרטיים מקבלים סבסוד מהשלטונות המקומיים.

ג. **תרופות:** תרופות ניתנות חינם למבוטחים סוג א'. מבוטחים סוג ב' זכאים להחזר הוצאות בגין תרופות לאחר שהוצאותיהם עוברות את ה-90 לירות איריות לרבעון. החזר הינו בגובה של 32 לירות לחולים הסובלים ממחלות כרוניות. החולה אינו משתתף בהוצאות בגין תרופות פסיכיאטריות ומחלות מתמשכות מוגדרות.

ד. **רפואת שיניים:** טיפולי שיניים הינם חינם למבוטחים סוג א' וכן לילדים עד גיל 6 ותלמידים בבית-ספר יסודי. מבוטחים סוג ב' רשאים, בתנאים מיוחדים, לקבל את אותו השירות בהשתתפות עצמית מוגבלת.

ה. **פרוטזות ואבזרים רפואיים:** פרוטזות ואבזרים לראייה ולשמיעה ניתנים חינם למבוטחים סוג א', לילדים מתחת לגיל 6 ותלמידים בבית-ספר יסודי. בתנאים מיוחדים לגבי השתתפותם הכספית, מבוטחים סוג ב' זכאים לקבל שירות תוך תשלום השתתפות עצמית מוגבלת.

ו. **שירותים הניתנים חינם לכל האוכלוסייה:** מספר שירותים ניתנים חינם לכל האוכלוסייה ללא הבחנה בהכנסות, כגון: (1) טיפול במחלות מדבקות ותורשתיות; (2) הריון ולידה; (3) טיפול בתינוקות; (4) שירותי שיקום לנכים; (5) טיפול מתמשך לילדים; (6) גילוי מוקדם למחלות מסוימות; (7) בתנאים מיוחדים טיפול בית והסעה לבית-חולים (Hermesse, 1996, עמ' 72-73).

הסל המשלים

הביטוח המשלים הניתן על-ידי ה-VHI באירלנד מהווה ביטוח חלופי לשליש מהאוכלוסייה ויש בו גם אלמנטים של ביטוח משלים.

הסל המשלים מורכב מארבע מרכיבים עיקריים כדלקמן:

א. **אשפוז**: תכניות ביטוח משלים מציעות כיסוי בגין תשלומים לבתי-החולים לרבות תשלומים בגין שהייה ותוספות. הביטוח המשלים מכסה תשלומים בגין שהייה בחדר עם שתי מיטות בבתי-חולים ציבוריים, שהייה בחדר פרטי בבתי-חולים ציבוריים, חדר עם שתי מיטות בבתי-חולים פרטיים, חדר ליחיד בבתי-חולים פרטיים, וכן החזר בגין השתתפות עצמית המשולמת על-ידי מבוטחים בסוג ב'.

ב. **רופאים**: יש ביטוח בגין תשלומים לרופאים מקצועיים לפי תעריפון מוגדר. כ-93% מהרופאים המקצועיים באירלנד מכבדים את התעריפים שנקבעו על-ידי ה-VHI ואינם דורשים תוספת תשלום מהפציינטיים.

ג. **החזרים בגין שירותים אמבולטוריים**: יש תכניות שמציעות החזרים בגין שירותים רפואיים הניתנים מחוץ לבית-חולים מעבר לתקרה מסוימת. תכניות אלו מחזירות עד 2,500 לירות לשנה להוצאות העולות על 250 לירות ליחיד, ו-400 לירות למשפחה. השירותים המכוסים כוללים רנטגן, בדיקות פתולוגיות ובדיקות אבחנתיות ופיזיותרפיה. הכיסוי בגין טיפולי סיעוד בבית וחומרים רפואיים הינו מוגבל.

ד. **הטבות אחרות**: הטבות אחרות המכוסות על-ידי הביטוח המשלים כוללות כיסוי מלא להסעות באמבולנס, כיסוי בגין החלמה לתקופה של שבועיים לאחר אשפוז, וכן השתתפות בהוצאות בגין טיפול בנשים הרות (Hermesse, 1996, עמ' 77-79).

2.4 ספרד

הסל הבסיסי

הזכות לשירותי רווחה ושירותי בריאות שווה לכל האוכלוסייה בספרד. השירותים ניתנים חינם ובעת מחלה ללא הגבלה. ב-1995 פורסמה תקנה שפירטה את ההטבות בגין שירותי בריאות במערכת הממשלתית. היא כללה רפואה ראשונית ומקצועית, תרופות ושירותים נלווים וכן שירותי מודיעין ותיעוד רפואי.

רפואה ראשונית ניתנת על-ידי צוותים המורכבים מרופא כללי ואחיות באזורים גיאוגרפיים המוגדרים כ-Primary Health Care Districts.

רפואה מקצועית ניתנת הן בקהילה ובבתי-החולים בכל Health Care District. האחריות בגין שירותים אלו מוטלת על בתי-החולים ומרכזים רפואיים הנותנים שירותי ריפוי ומניעה.

א. **רופאים**: כל מבוטח רושם את עצמו אצל רופא כללי הנותן שירותים חינם וכן מנחה את הטיפול בחולים שלו במערכת הבריאות כולה, דהיינו רופאים מקצועיים וטיפול בבתי-חולים. למבוטח יש חופש בחירה ברופא כללי, כל עוד הרופא טרם הגיע לתקרה שלו. כמו-כן, חופש בחירה ברופאי ילדים

ונשים, והכל מתוך הרופאים באזור המגורים של המבוטח. ב-1996 האזורים האוטונומיים אפשרו חופש בחירה ב-12 מקצועות נוספים.

ב. **רפואת שיניים:** הטיפול בתחום זה מוגבל. שירותים למבוטחים מעל גיל 14 אינם כלולים בסל השירותים.

ג. **תרופות:** אנשים שאינם חלק מהאוכלוסייה העובדת מקבלים תרופות חינם. שאר האוכלוסייה משתתפת ב-40% מעלות התרופות, למעט מספר מוגבל של תרופות מיוחדות בגין יש השתתפות של 10% עד תקרה של 400 פזטות. תרופות נמכרות רק על-ידי רוקחים מורשים, ובמסגרת הטיפול בבתי-החולים התרופות ניתנות חינם. במטרה להקטין הוצאות, הממשלה הוציאה ב-1993 1,200 תרופות פליאטיביות מהסל.

ד. **בתי-חולים:** האשפוז בגין ניתוחים חינם. סוגים מסוימים של אשפוזים בגין מחלות מדבקות או השגחה רפואית, טעונים אישור מראש. אין בחירה חופשית בבית-חולים. החולה מוגבל לבית-חולים באזור מגוריו.

ה. **פרוטזות:** הספקת פרוטזות וחידושן, ציוד אורתופדי ומכונות לנכים ניתנים חינם. יש השתתפות עצמית בגין אבזרים לראייה, שמיעה וסוגים אחרים של פרוטזות.

ו. **שירותים אחרים ניתנים בגין עזרה ביתית, הסעת חולים ושיקום.**

יש לציין שבמסגרת הרפורמה במערכת הבריאות, מתוכננת שורה רחבה של השתתפויות עצמיות בגין השירותים, שיפור בשיתוף הפעולה בין המגזר הפרטי והמגזר הציבורי, והגדרת סל השירותים הבסיסי (Hermesse, 1996, עמ' 138-140).

הסל המשלים

קיימים שני סוגים של ביטוח משלים: ביטוח לעזרה רפואית וביטוח רפואי. ביטוח לעזרה רפואית ניתן על-ידי מעין HMO'S המשלמים ישירות לספקי שירותים. המבוטח בוחר את הספק מתוך רשימת ספקים מוגדרת על-ידי ה-HMO. במסגרת זו קיימים שלושה סוגים של כיסוי: (1) כיסוי מקיף המבטיח תשלום בגין מספר מקצועות רפואיים וכירורגיים וכן טיפול על-ידי רופא כללי. הספקים הם בדרך כלל ספקים פרטיים; (2) כיסוי מוגבל הדומה לכיסוי מקיף, אך אינו כולל טיפול הניתן בבית החולה; (3) כיסוי מצומצם הדומה לכיסוי מקיף, אך אינו כולל רופא כללי. יש פוליסות מגוונות לביטוח רפואי: פוליסות המכסות טיפול על-ידי רופאים כלליים וכן טיפולי שיניים. קיימות תקופות המתנה של 12 חודש לפסיכותרפיה וכימותרפיה, 10 חודשים בגין לידות ו-6 חודשים לניתוחים (Hermesse, 1996, עמ' 143-144).

2.5 איטליה

הסל הבסיסי

הסל הבסיסי באיטליה מוגדר בעיקר על-ידי רמת השתתפות עצמית של המבוטח. המבוטח חייב לשלם בגין שירותים. רמת ההשתתפות העצמית נקבעת לכל מבוטח ו/או משפחה מבוטחת על בסיס ההכנסות שלהם.



א. **רופאים:** כל מבוטח המשתמש במערכת הציבורית חייב להירשם אצל רופא כללי אותו הוא בוחר מתוך רשימת הרופאים באזור מגוריו. הוא זכאי להתייעצות אצל רופא מקצועי, על פי הפניית הרופא הכללי, מקרב הרופאים המקצועיים הפועלים באחת המרפאות הקהילתיות באזור מגוריו, או מתוך רשימה של רופאים מקצועיים מורשים באזור מגוריו. ברוב המקרים יש השתתפות עצמית בגין התייעצות ושירותים הניתנים על-ידי רופאים מקצועיים. אנשים מתחת לרמת הכנסה מוגדרת משלמים 15,000 לירטות בגין ביקור אצל רופא מקצועי ו-50% מהעלות בגין שירותים הניתנים על ידו עד לתקרה של 70,000 לירטות, כמו-כן, משלמים 4,000 לירטות בגין כל מרשם הנרשם על ידו. מבוטחים שמעל רמת הכנסה מוגדרת משלמים באופן מלא בגין שירותיו של רופא מקצועי עד ל-100,000 לירטות וכן 10% מהסכום הנותר מעל תקרה זו.

ב. **תרופות:** מבוטחים מתחת לרמת הכנסה מוגדרת משתתפים ב-30% או 50% מעלות תרופות הניתנות במרשם ועד לתקרה של 50,000 לירטות. כמו-כן, משלמים מ-2,000 לירטות עד 4,000 לירטות בגין תרופות ללא מרשם (over the counter). מבוטחים שרמת הכנסתם גבוהה יותר משלמים את מלוא העלות עד תקרה של 40,000 לירטות ו-10% מהסכום הנותר מעל התקרה. בעבור תרופות על פי מרשם משלמים המבוטחים 85,000 לירטות מדי שנה בגין כל בן משפחה. תרופות חיוניות לטיפול במחלות קשות ניתנות חינם לכל האוכלוסייה.

ג. **הידרותריפיה:** מבוטחים שרמת הכנסתם נמוכה משלמים 50% מהוצאות הריפוי עד תקרה של 70,000 לירטות וכן 4,000 לירטות לכל מרשם. מבוטחים שהכנסתם גבוהה יותר משלמים את מלוא העלות בגין כל מפגש טיפולי עד לתקרה של 100,000 לירטות ו-10% מהסכום הנותר מעל התקרה.

ד. **פטורים מהשתתפות עצמית:** פטורים מההשתתפויות העצמיות הנייל פנסיונרים (ובני משפחתם) בעלי הכנסות מתחת ל-16 מיליון לירטות לשנה, מבוטחים (ובני משפחתם) המקבלים פנסיה סוציאלית, נכים, עיוורים, חרשים ואנשים עם נכויות קשות כתוצאה ממלחמה, תאונות תעשייתיות ותאונות בעבודה. כמו-כן, שירותים וטיפולים רפואיים נחוצים לטיפול בפתולוגיה פטורים מהשתתפות עצמית.

ה. **בתי-חולים:** רוב בתי-החולים הם בתי-חולים ציבוריים. שבעה אחוזים מהמיטות הן בבתי-חולים פרטיים. לחולה יש חופש בחירה מבין כל בתי-החולים במדינה. אשפוז בבית-חולים ציבורי בחדר רגיל ניתן חינם.

ו. **רפואת שיניים:** רפואת שיניים חינם במרפאות ממשלתיות ואצל רופאים בהסכם (Hermesse, 1996), עמי' 86-89).

הסל המשלים

הסל המשלים כולל כיסוי בגין כל הוצאות אשפוז בגין ניתוח, הוצאות בגין רופאים מקצועיים מחוץ לבית-החולים, טיפול בית אחרי ניתוח, טיפול בלילות ל-30 יום וכן טיפול בלילה בבית-החולים, כיסוי הוצאות בגין רפואת שיניים וטיפול אורתודונטי הניתנים מחוץ למערכת הממשלתית (Hermesse, 1996), עמי' 95-96).

2.6 אוסטרליה

הסל הבסיסי

- א. **רופאים:** רוב הרופאים הם פרטיים ומקבלים תשלום על בסיס Fee-For-Service. הסל מכסה עד 85% מהתעריפים הנקבעים על-ידי הממשלה בגין שירותים של רופאים, והמבוטח משלם את ההפרש. רופאים המוכנים להסתפק בכיסוי הממשלתי מקבלים תשלום ישירות ממדיקר, ואינם רשאים לחייב את המבוטח בתשלום נוסף. רופאים שאינם מוכנים לחתום על הסכם עם מדיקר קובעים את התעריפים לעצמם ובמקרים אלו המבוטח משלם לרופא ומקבל החזר בגובה של 85% מהמחיר הממשלתי. הטיפול הניתן על-ידי רופאים בבתי-חולים ממשלתיים הינו חינם.
- ב. **בתי-חולים:** טיפול בבתי-החולים הממשלתיים הינו חינם כל עוד החולה אינו בוחר ברופא שלו. אם החולה בוחר ברופא שלו בבית-החולים הממשלתי, הוא נחשב חולה פרטי, ובמקרים אלו מדיקר משלם 75% מהתעריף הממשלתי. טיפול בבתי-חולים פרטיים אינו מכוסה כלל. יש לציין ש-25% מהמיטות נמצאות ב-314 בתי-חולים פרטיים.
- ג. **תרופות:** יש רשימה של תרופות המכוסות על-ידי מדיקר (National Commentaries, 1996, עמ' 5, 7, 10).

הסל המשלים

אסור על פי חוק להציע ביטוח משלים בגין שירותים של רופאים בקהילה. לפיכך, הסל המשלים הניתן על-ידי קופות-החולים וולונטריות מכסה: הוצאות שהייה ל"חולים פרטיים" בבתי-חולים ממשלתיים (על פי חוק ההטבה חייב להיות 25% מהמחיר הממשלתי); הוצאות אשפוז וניתוחים בבתי-חולים פרטיים; רפואת שיניים; פיזיותרפיה; כירורפטיקה; טיפול סיעודי ביתי; תרופות שאינן מכוסות על-ידי הממשלה (National Commentaries, 1996, עמ' 6-7).

2.7 קנדה

מערכת הבריאות הציבורית בקנדה, "מדיקר", היא, למעשה, אוסף של תכניות ביטוח פרובינציאליות נפרדות עם השתתפות כספית מהממשלה הפדרלית במסגרת התנאים של ה-Canada Health Act. חוק זה מקנה זכות לכל אזרחי קנדה לגישה סבירה, ללא תשלום ישיר על ידס, לשירותי בתי-חולים ושירותים רפואיים אחרים המוגדרים נחוצים מבחינה רפואית. במסגרת התנאים והכללים הללו כל פרובינציה קובעת לעצמה את סל השירותים הכלולים בתכנית ה"מדיקר" שלה.

הסל הבסיסי

- א. **רופאים:** שירותי רופאים ממומנים על-ידי הפרובינציות. לרוב, הרופאים הם רופאים פרטיים המקבלים את תגמולם לפי Fee-For-Service על פי תעריפון שנקבע במשא ומתן בינם לבין הפרובינציה. אין השתתפות עצמית ואסור לרופאים לחייב את האזרח בתשלום כלשהו מעבר לתגמולו מהממשלה. סל השירותים אינו כולל כירורגיה קוסמטית ובדיקות שגרתיות המבוקשות על-ידי צד שלישי, כגון בתי-ספר, מבטחים, לצורך רשיון נהיגה וכד'. יש לאזרחים חופש בחירה ברופאים.
- ב. **בתי-חולים:** שירותי אשפוז ממומנים על-ידי הפרובינציות. רוב בתי-החולים הם מלכ"רים ויכולים להיות בבעלות פרטית או בבעלות של כנסייה, עירייה, פרובינציה או הממשלה הפדרלית, אך כולם נחשבים לבתי-חולים ציבוריים. לכל בית חולים יש הנהלה עצמאית למחצה והם מקבלים את כספם

באמצעות תקציב גלובלי על פי משא ומתן בין בית-החולים לבין הפרובינציה. אין השתתפות עצמית באשפוז אקוטי, למעט תוספת בעבור חדר פרטי או שירותים לא רפואיים. חולים כרוניים בבתי-חולים כלליים משלמים השתתפות עצמית לכיסוי ההוצאות המלונאיות. לאזרחים יש חופש בחירה בבית-החולים, אך למעשה הם מופנים על-ידי הרופא שלהם לבית-חולים אליו הרופא קשור וזכאי לאשפוז בו את חוליו.

ג. **אשפוז סיעודי**: הממשלה משתתפת בבניית בתי-חולים סיעודיים ולכל הפרובינציות יש תכנית למימון טיפול רפואי במסגרתם, אך המטופלים משלמים את ההוצאות המלונאיות. בתי-חולים סיעודיים הם בדרך כלל פרטיים ובבעלות של חברות גדולות. התחום של טיפול סיעודי (הן במוסדות והן בקהילה) עובר כעת רפורמה משמעותית ברבות מהפרובינציות כאשר המגמה היא להשקיע יותר בשירותים בקהילה על-מנת למנוע, ככל שניתן, אשפוז סיעודי.

ד. **אחות פרטית בבית-חולים**: שירות זה מכוסה על-ידי הפרובינציה במקרים שהשירות מבוקש על-ידי הרופא המטפל ועונה לקריטריונים של נחיצות רפואית.

ה. **רפואת שיניים**: ברוב הפרובינציות ניתנים שירותי רפואת שיניים לילדים על חשבון הממשלה, כמו-כן, בחלק מהפרובינציות, משפחות המקבלות סיוע ממשלתי מפאת רמת הכנסותיהן או בגלל נכות, זכאיות לרפואת שיניים על חשבון הממשלה.

ו. **שירותים פרה-רפואיים**: יש שונות רבה בין הפרובינציות במימון שירותים פרה-רפואיים. ברוב הפרובינציות יש השתתפות באופטומטריסטים ופיזיותרפיסטים, אך קיימת השתתפות עצמית של המטופל.

ז. **תרופות**: גם בתחום זה ישנה שונות גדולה בין הפרובינציות. יש פרובינציות המכסות את מלוא ההוצאות ללא השתתפות עצמית של החולה בגין תרופות נחוצות. בחלקן יש כיסוי בגין תרופות לקשישים בלבד, ובחלק מהפרובינציות יש כיסוי חלקי עם השתתפות עצמית של המבוטח.

ח. **אבזרים רפואיים**: יש השתתפות של הפרובינציות באבזרים, כגון כיסא גלגלים, מיטות ופרוטזות, השתתפות זו מוגבלת לרוב הקשישים או לעניים (National Commentaries, 1996, Leat & Williams, 1997, עמ' 1-19, 25-29).

הסל המשלים

לאזרחים רבים בקנדה יש ביטוח משלים, לרוב המכריע באמצעות המעביד, האיגוד המקצועי או תכנית קבוצתית אחרת. הסל המשלים כולל: חדר עם שתי מיטות או חדר פרטי בבית-חולים; שיקום; כירורגיה קוסמטית; רפואת שיניים; טיפול אחות פרטית; תרופות; אבזרים רפואיים לרבות פרוטזות; תשלום במקרה של חוסר יכולת לעבוד מפאת מצב בריאות; שירותי רופאים מחוץ לפרובינציה בה מתגורר המבוטח; שירותי רופאים בחו"ל; כירופרקטיקה ופודיאטריה; פיזיותרפיה וריפוי בדיבור; בדיקות עיניים, משקפיים או עדשות מגע בהמשך לניתוח קטרקט; כיסוי ההוצאות המלונאיות של החולה באשפוז סיעודי; ביטוח רפואי לנוסעים לחו"ל. ההטבות הנ"ל משולמות ישירות לספק השירות או כחזר למבוטח ששילם את ההוצאות מכיסו (National Commentaries, 1996, Gibara & Bolduc, 1997, עמ' 29-30, London Life Group Benefits, עמ' 19-28).

נספח ד: חוקים ותקנות בנוגע לביטוחי בריאות נוספים

1. סוג הארגונים הרשאים להציע ביטוחי בריאות נוספים

באירופה, ככלל, ביטוח בריאות נכלל בענף של ביטוחים נגד נזקים (דהיינו, non life insurance). המדינה רשאית לדרוש מהמבטח למלא אחר התנאים החלים על ביטוח חיים, ואכן כך נעשה במדינות, כגון גרמניה והולנד. במדינות אלו קיים ענף נפרד לביטוח בריאות, ומבטחים העוסקים בביטוח בריאות אינם רשאים לעסוק באף תחום ביטוחי אחר. בהולנד חברות בע"מ וחברות לביטוח הדדי רשאיות להציע ביטוח נגד נזקים, כאשר עדיפות מובהקת ניתנת לחברות לביטוח הדדי שהן מלכ"רים לעסוק בביטוח בריאות. כמו-כן, קופות-החולים (המנהלות גם את ביטוח החובה הציבורי) רשאיות להציע ביטוח משלים למבוטחיהן ורובן עושות כך באמצעות גופים משפטיים נלווים שהינם אגודות שיתופיות לביטוח הדדי. בהולנד יש דמיון רב, מבחינה משפטית ותפקודית, בין חברות ביטוח פרטיות וקופות-החולים (Hermesse, 1996, עמ' 201).

גם בגרמניה רשאיות להציע ביטוח בריאות חברות העוסקות בתחום זה בלבד וזאת כדי להבטיח שהרווחים יועדו אך ורק למבוטחים בביטוח בריאות, וכן על-מנת למנוע סבסוד צולב עם סוגי ביטוח אחרים. למרות שגם חברות בע"מ רשאיות להציע ביטוח בריאות, למעלה מ-50% מהמבטחים בגרמניה הן חברות לביטוח הדדי. קופות-החולים רשאיות להציע ביטוח חלופי לאוכלוסייה שאינה חייבת בביטוח חובה, אך אינן רשאיות להציע ביטוח משלים (Von Maydell & Schulte, 1995, עמ' 217).

בצרפת רשאיות להציע ביטוח בריאות משלים חברות מסחריות, provident societies, וקופות-חולים הדדיות (אגודות שיתופיות לביטוח הדדי) המנהלות גם את הביטוח הבסיסי. הרוב המכריע של הביטוח המשלים ניתן אכן על-ידי קופות-החולים. על פי החוק, הקופות ההדדיות חייבות להיות מלכ"רים שבאמצעות דמי חבר מספקות ביטוח, סולידריות ועזרה לחבריהן ולמשפחותיהם, על-מנת להבטיח מניעת סיכונים חברתיים הקשורים בחבר וכן לתת פיצוי בעבור ההשלכות של סיכונים אלו, לעודד אמהות ולהגן על הילדים, המשפחה, הזקנים והנכים; להבטיח את ההתפתחות התרבותית, המורלית, האינטלקטואלית והפיזית של החברים ולשפר את רמת חייהם. קופות הדדיות אלו עוסקות בביטוח בסיסי, ביטוח משלים, מניעה ויוזמות בתחום הבריאות והחברה (Hermesse, 1996, עמ' 51).

בדנמרק החוק על הביטוח מאפשר אמנם לחברות מסחריות כניסה לתחום זה אך יש התייחסות מיוחדת לאגודות שיתופיות לביטוח הדדי. עד לתחילת שנות ה-90 פעלה בדנמרק חברה אחת בלבד שהינה אגודה שיתופית לביטוח הדדי, והייתה לה בלעדיות בתחום ביטוח בריאות. בשנים 1991-1992 נכנסו לתחום שלוש חברות מסחריות אך חלקן בשוק שולי ביותר.

באירלנד, החברה העיקרית הנותנת ביטוח בריאות נוסף הינה מלכ"ר ציבורי שהוקם על פי Voluntary Health Insurance Act of 1957, ונקראת Voluntary Health Insurance Board. חברה זו הינה, כאמור, מלכ"ר הפועל כאגודה שיתופית תחת הפיקוח הישיר של הממשלה. השוק נפתח לחברות ביטוח אחרות

רק לאחרונה בעקבות חקיקת Third Non-Life Insurance Directive של הקהילה האירופאית שפתח את גבולות כל המדינות לחברות "זרות" ממדינות אחרות. בינתיים, נכנסה לשוק האירי רק BUPA שהיא provident society (מלכ"ר), החברה הפרטית המבטחת הגדולה ביותר באנגליה. כמו-כן מותר למעבידים להקים ו/או להתקשר עם friendly societies (מעין אגודות שיתופיות לביטוח הדדי) לצורך מתן ביטוח בריאות לעובדיהם (Hermesse, 1996, עמ' 76).

באיטליה רשאיות להציע ביטוח בריאות חברות מסחריות וקרנות הדדיות, כאשר החקיקה מעניקה עדיפות לקרנות ההדדיות. קרנות הדדיות אלו, לעתים קרובות, רוכשות ביטוח משנה מחברות הביטוח המסחריות לכיסוי סיכוני חולי, בעיקר אשפוז וכירורגיה. עד לאחרונה, פעלו קרנות אלו רק בתחום של ביטוח משלים, אך קיים מהלך להטיל עליהן תפקיד מרכזי בניהול הסל הבסיסי המובטח לכלל האוכלוסייה ובהספקתו, ובמסגרת המערכת הממשלתית. פעילותן היא במסגרת חוק 3818, ומבחינה משפטית הן נחשבות לחברות לא מסחריות.

בבלגיה, חברות ביטוח מסחריות רשאיות אמנם להציע ביטוח משלים, אך חלקן בשוק זה הינו שולי ביותר. ביטוח הבריאות, הבסיסי והנוסף, ניתן בעיקר על-ידי קופות-החולים. חברות הביטוח הפרטיות פועלות תחת הפיקוח של המפקח על הביטוח. קופות-החולים, שהן אגודות שיתופיות לביטוח הדדי mutual benefit societies, פועלות במסגרת חוק שנחקק ב-1990 המגדיר את המבנה והתפקידים שלהן, כמו-כן, הן פועלות בפיקוחו של משרד פיקוח נפרד. מטרות החוק של 1990 הינן: לתגבר את האופי הדמוקרטי של הקופות וכן את שקיפותן הפיננסית; לפקח על השירותים הניתנים על ידן במסגרת הביטוח המשלים; לשלב את הפיקוח על פעילותן בביטוח משלים עם הפיקוח על פעולותיהן בביטוח החובה; לבחון באופן שוטף את האיתנות הפיננסית של הביטוחים המשלימים; להגדיר סטנדרטים לחישוב הרזרבות הטכניות ולדוחות השנתיים.

קופות-חולים אלו חייבות להיות מלכ"רים שמטרותיהם במסגרת הביטוח המשלים על פי החוק הן: להבטיח עזרה פיננסית לחבריהן בגין הוצאות הנובעות מטיפול במחלות ונכות ורפואה מונעת; מתן שיפוי ו/או פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה ו/או על-מנת לשפר את המצב הפיזי, הפסיכולוגי והחברתי של החבר. הקופה חייבת לקבל רשות מהמפקח על כל סוג פעילות שהיא רוצה להוסיף כאשר פעילות זאת חייבת להיות קשורה לבריאות חבריה (Hermesse, 1996, עמ' 3, 9-11, 12-13).

באוסטרליה ישנה חקיקה מחמירה מאוד בנוגע למבטחי בריאות. באופן מסורתי, ביטוח בריאות ניתן באוסטרליה על-ידי מלכ"רים, קרנות בריאות לביטוח בריאות הדדי. לאחר חקיקת "מדיקר" (מערכת בריאות ממשלתית) באמצע שנות ה-80, נכנסו לשוק כמה חברות מסחריות למטרות רווח. כתוצאה מכך נחקקו חוקים מחמירים המרשים מתן ביטוח בריאות רק לארגונים המורשים על-ידי ה- Private Health Insurance Administration. תנאי הרישום וההרשאה כוללים, בין היתר, חובה לתת סל הטבות מינימלי שהוגדר על-ידי הממשלה, הגבלות מחמירות על מבנה הפרמיה וכן איסור הפליה בהצטרפות מבוטחים (National Commentaries, 1996, עמ' 9).

בספרד, ביטוח בריאות פרטי פועל תחת חוק 33/84 המרשה ל-4 סוגים של גופים לתת ביטוח בריאות: חברות ביטוח מסחריות, חברות לביטוח הדדי, אגודות שיתופיות (insurance cooperatives) וקרנות הדדיות לביטוח בריאות (mutual health funds). כל הגופים הללו פועלים תחת פיקוח של המפקח על הביטוח של משרד האוצר. החקיקה בספרד נותנת עדיפות ברורה למלכ"רים על פני ארגונים למטרות רווח. חוק הבריאות של 1986 שהקים את מערכת הבריאות הממשלתית בספרד, מגדיר את תנאי שיתוף הפעולה בין מערכת הבריאות הציבורית לבין המגזר הפרטי, וקובע שעדיפות תינתן לארגונים ללא מטרות רווח, ואכן מחייב את הנהלת המערכת הציבורית לעודד את פעילותם (Hermesse, 1996, עמ' 142).

גם בפורטוגל מעוגנת בחקיקה העדפת ארגונים ללא מטרות רווח במתן ביטוח בריאות. למרות שבפורטוגל פועלת מערכת ממשלתית לכלל האוכלוסייה, נחקק חוק חדש ב-1990 התומך בפיתוח המגזר הפרטי בבריאות כתחרות למערכת הציבורית, ובמיוחד יוזמות של ארגונים ללא מטרות רווח. במסגרת זו מעודדת המדינה ביטוחי בריאות וכן מאפשרת ניהול ארגוני בריאות ציבוריים על-ידי המגזר הפרטי. המטרה של חקיקה זו היא להקים מערכת ביטוח בריאות אלטרנטיבית לאוכלוסיית המדינה, שתיקח על עצמה את האחריות לספק את שירותי הבריאות לאוכלוסייה, המכוסה על-ידי המערכת הממשלתית, בתמיכתה ובסבסודה של הממשלה (Pinto dos Reis, 1995, עמ' 176).

בשוויץ ניתנים ביטוח בסיסי וביטוח משלים על-ידי חברות ביטוח, קופות-חולים, מבטחים ציבוריים, אגודות שיתופיות וכד'. ככלל, אלה הם ארגונים ללא מטרות רווח.

באנגליה פועלות חברות ביטוח מסחריות למטרות רווח וכן provident associations שהן מעין אגודות שיתופיות ללא מטרות רווח. ל-provident association יש מעמד חוקי מיוחד. הן חייבות להיות חברות בערבון מוגבל, כאשר הערבות היא "אישית" וניתנת על-ידי החברים, העובדים ואחרים. אין להן בעלי מניות ואסור להן לחלק דיבידנדים. כל הכנסותיהן חייבות להיות מושקעות בפיתוח שירותים לחבריהן. הן חייבות לפעול על פי תקנות הביטוח, לשמור רזרבות ולפעול על פי כללי ניהול החלים על חברות ביטוח, אך אינן רשאיות לצבור הון עצמי (equity capital) (Hermesse, 1996, עמ' 195).

2. מבנה הפרמיה

חברות הביטוח הפועלות בתחום ביטוח הבריאות באירופה רשאיות על-פי-רוב לגבות פרמיות תמורת ביטוח על בסיס אקטוארי, דהיינו פרמיות בגובה שונה על פי גיל, מין ורמת סיכון במגבלות מסוימות. להכללה זו הרבה יוצאים מן הכלל.

בהולנד, חברות ביטוח חייבות לתת הסכם סטנדרטי לקבוצות בסיכון גבוה, כגון קשישים, שבמסגרתו היקף הכיסוי וגובה הפרמיה אחידים לכל המבוטחים ונקבעים על-ידי הממשלה. בנוסף לפרמיה שמשלמים המבוטחים בביטוח בריאות פרטי, כולם חייבים לשלם היטלים לשתי הקרנות: (1) MOOZ שהינה קרן המחלקת את כספיה בין חברות הביטוח על פי התפלגות הקשישים בהן; (2) WTZ המכסה את הוצאות היתר שנגרמו על-ידי מבוטחים מעל גיל 65 עם פוליסה סטנדרטית.

שתי הקרנות הנ"ל באות להבטיח סולידריות במסגרת הביטוח הפרטי באמצעות סבסוד צולב בין המבוטחים, כאשר כל המבוטחים בביטוח פרטי תורמים למימון המבוטחים בסיכון מוגבר. חברות הביטוח רשאיות לגבות מהאוכלוסייה הרגילה פרמיות על בסיס אקטוארי, אך מאחר שרוב הפוליסות הן קבוצתיות, תנאי הסכם הביטוח נקבעים במשא ומתן בין המעביד לבין חברות הביטוח. קופות-החולים רשאיות לגבות Flat fee, פרמיה שגובהה נקבע רק בהתאם להיקף הכיסוי (Hermesse & Lewalle, 1995, עמ' 65).

בגרמניה, הפרמיה מבוססת אמנם על גיל, מין, היקף הכיסוי ורמת הסיכון של המבוטח, אך רק בעת הצטרפותו. המבוטח אינו רשאי להעלות את הפרמיה כפונקציה של גיל המבוטח. המבוטחים הצעירים משלמים פרמיה מעבר לסיכונם ועל-ידי כך תורמים לתכנית חיסכון, רזרבה להזדקנות, המכסה את ההוצאות הגדולות יותר של המבוטחים המבוגרים (Hermesse & Lewalle, 1995, עמ' 73).

בצרפת, הפרמיה בביטוח קיבוצי מחושבת כאחוז מהשכר. בביטוח אינדיבידואלי הפרמיה נקבעת על פי משתנים אקטואריים ואכן משתנה עם הזדקנות המבוטח.

בדנמרק הפרמיה היא אחידה לכלל המבוטחים (ללא התחשבות בגיל, מין וכד') ומשתנה רק על פי היקף הכיסוי.

באירלנד ובאוסטרליה, קיימת חקיקה המחייבת את כל המבטחים בביטוח בריאות לגבות פרמיות המבוססות על community rating, דהיינו פרמיה אחידה לכל המבוטחים ללא אפליה לפי גיל או סיכונים מסוג אחר. על-מנת לחזק כלל זה, ובעקבות התקנת ה-Third Non-Life Insurance Directive של הקהילה האירופאית, נחקק חוק ביטוח בריאות ב-1994 באירלנד שמקדש עיקרון זה בחקיקה ספציפית, ומחייב את כל המבטחים, לרבות מבטחים זרים, שירצו להציע ביטוח בריאות באירלנד. חוק זה קובע שכל ארגון המציע ביטוח בריאות פרטי חייב לשמור על עקרונות ה-community rating, דהיינו מערכת של פרמיות ללא אפליה. מערכת זו מבוססת על חופש הצטרפות (עד גיל 65) ואי אפליה בגין קבוצת גיל וסיכונים נלווים, וכן כיסוי לכל החיים. באותו חוק נקבעה מערכת לאיזון הסיכונים בין המבטחים על-ידי הקמת קרן המפצה את המבוטח על פי התפלגות הקשישים המבוטחים על ידו, וזאת על-מנת להבטיח שחברות שמנסות לעשות סלקציה לא ירוויחו ממנה (Hermesse, 1996, עמ' 76).

באוסטרליה כלל זה ותיק עוד יותר. אחד התנאים לקבלת רשיון לתת ביטוח בריאות הוא שמירה על העיקרון של community rating שבמסגרתו כל המבוטחים משלמים אותה פרמיה ללא התחשבות בגיל, מין, מצב בריאות או חשיפה פוטנציאלית לסיכון. על-מנת לשמור על המבטחים בפני adverse selection, פועלת מערכת איזון.

מבטחים שהוצאותיהם בגין תביעות בעבור "חולה זכאי" הן מתחת למוצע תורמים את ההפרש בין הוצאותיהם בפועל לבין הממוצע לקרן האיזון, כאשר מבטחים שהוצאותיהם בעבור "חולה זכאי" הן

מעל הממוצע מקבלים פיצוי מהקרן. "חולה זכאיי" מוגדר כחולה המאושפז מעל 35 ימים בשנה וכן מבוטח מעל גיל 65 (National Commentaries, 1996, עמ' 11).

בבלגיה, הפרמיה לביטוח משלים חובה במסגרת קופות-החולים היא אחידה לכל המבוטחים, כאשר הפרמיה לביטוח אופציונלי מבוטסת על גיל, ומבנה המשפחה. בחברת הביטוח, הפרמיה מחושבת בהתחשב בגיל, מין ורמת הסיכון של המבוטח בעת הצטרפותו, אך אינה משתנה עם הזדקנות המבוטח.

בספרד פועלת המדיניות לתמחור הפוליסות תחת פיקוח. קביעת גובה הפרמיה שונה לפי סוג הפוליסה. קיימים שני סוגים של פוליסות: health insurance contracts ו-health assistance contracts. בדרך כלל health assistance contracts ניתנים על-ידי מעין HMO. הפרמיה נקבעת בהתאם להיקף הכיסוי. health insurance contracts ניתנים במסגרת indemnity insurance על-ידי חברות הביטוח. הפרמיה נקבעת על בסיס משתנים אקטואריים.

בפורטוגל, בדומה לספרד, חברות ביטוח מסחריות (המכסות כ-5% מהאוכלוסייה) גובות פרמיות על בסיס אקטוארי. רוב הפוליסות (90%) הן פוליסות קבוצתיות. עשרים וארבעה אחוזים מהאוכלוסייה מבוטחים בתת-מערכות שפועלות כמעין קופות-חולים, שבדרך כלל קשורות למקום העבודה, ועוד כ-7% מהאוכלוסייה מבוטחים באמצעות אגודות שיתופיות. על פי החוק של 1993 שבמסגרתו קיים עידוד לאוכלוסייה לעבור למבטחים פרטיים, נקבע שמבטחים אלו יקבלו "פרמיה" ותשלום מהממשלה בעבור כל מבוטח שנקבע כפחות מההוצאה הממוצעת לנפש של מערכת הבריאות הממשלתית. קיים משא ומתן בין המבטחים לממשלה על גובה הפרמיה. כנראה אין בכוונת הממשלה לדרוש פרמיה שהיא community rated, אך היא כן תדרוש שברגע שהאזרח מבוטח, המבטח יהיה חייב לספק לו שירותים לאורך חייו.

בשוויץ הפרמיה נקבעת בדרך כלל על פי רמת הסיכון של המבוטח.

באנגליה, רוב הפוליסות הן פוליסות קבוצתיות עם פרמיה אחידה למעט תוספות בגין בני משפחה וסוג בית-חולים שנבחר. פרמיות ליחיד מבוטסות על גיל המבוטח.

3. חיתום

קיימים חוקים ותקנות בחלק מהמדינות בנוגע להגבלות בעת הצטרפות לביטוחי בריאות.

בהולנד, אסור לחברות ביטוח לסרב לבטח קבוצות מוגדרות, כגון אלו שהיו בעבר מבוטחים במסגרת ביטוח חובה, אך מפאת עלייה בהכנסות אינם רשאים להמשיך בו, אזרחים שהתגוררו בחו"ל, וכן אזרחים מעל גיל 65 שאינם מכוסים על-ידי ביטוח חובה.

בגרמניה קיים "חיתום" מאחר שמותר לאזרח שאינו חייב בביטוח חובה להצטרף באופן וולונטרי לקופות-החולים. הסכמי ביטוח יכולים לכלול מגבלות על בסיס מחלות קיימות ו/או סיכון מוגבר למחלות מסוימות; כמו-כן, בן אדם שהוא מעל גיל 65 או 70 לא יתקבל לביטוח בדרך כלל.

בצרפת, במסגרת הרפורמה של חוקי הביטוח מ-1989, נחקק חוק 89-1009 שחל על כל הגופים הנותנים ביטוח בריאות, כאשר מטרת החוק היא לחזק את ההגנה על המבוטח. לגבי ביטוח של יחידים, הוגבלה יכולתו של המבטח לקבוע מגבלות בנוגע למחלות קודמות, למעט מצבים עליהם הצהיר המבוטח, הנוכחים בצורה ברורה ומפורשת בהסכם הביטוח. לגבי ביטוח קבוצתי, אסור למבטח של קבוצות (שבהן הצטרפות היחיד הינה חובה) לעשות סלקציה ו/או להגביל את הביטוח בגלל מחלות קודמות או בעיות בריאות כל שהן.

בספרד אין הגבלת גיל להצטרפות לקרנות החדיות אך מבוטח בן +60 נדרש לשלם סכום מסוים מראש. חברות הביטוח, ההצטרפות מוגבלת לגיל 65.

גם בדנמרק וגם באירלנד יש הגבלות להצטרפות על פי גיל. חברות הביטוח אינן חייבות לקבל אנשים מעל גיל 65.

בבלגיה מפעילות קופות-החולים שני סוגים של ביטוח משלים: ביטוח משלים חובה וביטוח משלים אופציונלי. לביטוח משלים החובה אין חיתום, כל מבוטח חייב להצטרף אליו. גם לביטוחים האופציונליים לא נעשתה סלקציה ובדרך כלל מעט מאוד הגבלות. לעומת זאת, חברות הביטוח פועלות עם חיתום די מלא. יש הגבלת גיל להצטרפות וכן נקבעות מגבלות בהתאם למחלות קודמות.

באוסטרליה למבטח אסור על פי חוק לסרב לתת ביטוח ולעשות חיתום. הוא חייב לקבל את כולם ללא התחשבות בגיל, מין או מצב בריאות.

באנגליה מבטחים פרטיים אינם חייבים לקבל כל פונה המעוניין לרכוש ביטוח בריאות כיחיד, אך 60% מהמבוטחים מכוסים על-ידי תכניות קבוצתיות באמצעות מעבידים ואין חיתום בפוליסות קבוצתיות. ככלל, גם בפוליסות ליחידים אין מגבלות כתוצאה ממחלות קודמות.

4. תוכן ההטבות, זכויות או סל השירותים

ברוב המדינות באירופה אין החוק מתייחס לתוכן הביטוח, דהיינו להטבות, למעט בדיקה להבטיח שהפרמיות תכסנה את ההוצאות הצפויות כתוצאה מזכויות שמוענקות על-ידי הביטוח, אך בכמה מדינות קיימת חקיקה המגדירה בצורה די ברורה סל הטבות מינימלי או סל חובה לאוכלוסיות מסוימות.

בהולנד, כפי שהוזכר כבר, הכיסוי של קבוצות ב"סיכון" על-ידי חברות הביטוח פועל תחת חקיקה המגדירה את הזכויות בצורה מפורטת ואת היקף הכיסוי.

המפקח על הביטוח בגרמניה הגדיר 4 סוגים של כיסוי: (1) כיסוי בגין טיפול רפואי; (2) פיצוי בעת אשפוז; (3) ביטוח חלקי לעצמאיים; (4) פיצוי יומי בגין אובדן הכנסה. המבטח חייב לספק את כל הזכויות שהוגדרו בפוליסה רק בתנאי שהם נחוצים מבחינה רפואית כדי לטפל במחלה או פגיעה כתוצאה מתאונה. המבטח רשאי להגביל את הכיסוי אם וכאשר הטיפול אינו נחוץ מבחינה רפואית.

בצרפת, במיוחד בביטוח קבוצתי, המבטח חייב לכסות, באופן חלקי או במלואו, את הפרש ההוצאה שאינה מכוסה על-ידי הביטוח הציבורי.

באיטליה, חוק 3818 מגדיר במדויק את גובה ההחזר שהקרנות ההדדיות חייבות להחזיר לחבריהן.

באוסטרליה, על פי החוק, אסור למבטחים לכסות השתתפות עצמית המשולמת על-ידי המבוטח במערכת הציבורית בגין שירות רופא. לעומת זאת, אם המבוטח מקבל שירותי אשפוז כ"חולה פרטי" (דהיינו, הוא בוחר ברופאו, בבית-חולים) אזי המבטח חייב לכסות את הפרש שלא שולם על-ידי מדיקר, דהיינו 25% מהתעריף ליום אשפוז.

בשוויץ, אסור לקופות-חולים וחברות ביטוח המנהלות את הביטוח הבסיסי לכסות, בביטוח משלים, את ההשתתפויות העצמיות של מבוטחיהן.

ככלל, כיסוי השתתפויות עצמיות במערכת הציבורית על-ידי ביטוחים משלימים מותר וקיים באיטליה, בלגיה, צרפת, דנמרק, ואירלנד. כפי שהוזכר כבר, כיסוי השתתפויות עצמיות בגין שירותי רופאים אסור בשוויץ ובאוסטרליה. באנגליה, ככלל, הביטוח האלטרנטיבי אינו מכסה השתתפויות עצמיות הנהוגות במערכת הממלכתית.

5. אופן מימוש הזכויות

ככלל, מימוש הזכויות מתבצע באחת משתי דרכים: החזר הוצאות למבוטח או תשלום ישירות לספק. ברוב המדינות קופות-החולים שנותנות ביטוח בסיסי וביטוח משלים, כורתות הסכמים עם ספקי השירותים ומשלמות להם ישירות הן בעבור שירותים בסל הבסיסי והן בעבור שירותים נוספים או משלימים. לעומת זאת, חברות ביטוח נוטות להחזיר הוצאות למבוטחיהן. בהולנד, חברות הביטוח מתנהגות בצורה דומה יותר לקופות-החולים, ומשתתפות במשא ומתן מול ספקי השירותים ומשלמות להם ישירות. לעומת זאת, בגרמניה חברות הביטוח חייבות להחזיר הוצאות למבוטחיהן. כמו-כן, בגרמניה, המבוטח חייב להודיע למבטחים על אשפוזו תוך 10 ימים וכן לספק את כל האינפורמציה הדרושה לאפשר למבטח לקבוע את היקף התביעה. במידה שהחבר אינו מנצל את זכויותיו במהלך השנה. רשאי המבטח להחזיר לו חלק מהפרמיה.

בצרפת היה נהוג להחזיר הוצאות למבוטח המשלם לספק מכיסו, הן בביטוח הבסיסי והן בביטוח המשלים. בשנים האחרונות קיימת מגמה לשנות נוהג זה. מבטחים נכנסים להסכמים עם ספקי שירותים ומשלמים להם ישירות גם בביטוח המשלים.

באוסטרליה, המבטחים משלמים ישירות לבתי-חולים איתם יש להם הסכם, אך אם המבוטח בוחר להתאשפז בבית-חולים שאינו בהסכם, המבטח חייב לשלם את החזר ה"מינימום" שנקבע על-ידי הממשלה.

בספרד, חברות הביטוח מחזירות הוצאות כאשר הקרנות ההדדיות משלמות ישירות לספק השירותים.

6. תקופות הביטוח

בגרמניה, הסכם הביטוח מחייב את שני הצדדים. המבטח אינו רשאי לבטל את ההסכם. המבוטח רשאי לבטל רק אחרי תקופה ראשונה מוגדרת ובעקבות מתן הודעה 3 חודשים מראש. בהמשך הוא רשאי לבטל את ההסכם אחת לשנה, או בעקבות העלאה בפרמיה או צמצום בזכויות.

על פי החוק החדש בצרפת, חובה על המבטח (גם המבטח יחידים) להבטיח ביטוח לכל החיים של המבוטח במסגרת הסכם הביטוח. אסור למבטח לבטל את ההסכם הביטוח אחרי תקופת ניסיון של שנתיים. לגבי ביטוח של קבוצות שהן בדרך כלל במקום עבודה, החוקים עוד יותר מחמירים: (1) המבטח חייב להמשיך את הכיסוי לפנסיונרים והתלויים בהם; (2) הכיסוי חייב להיות בהתאם לתעריפים שנקבעים על-ידי חוק; (3) במידה שהסכם הביטוח בוטל, המבטח חייב להמשיך ולהעניק את הזכויות באותה רמה שנתנו לפני הביטול.

בספרד תקופת ההסכם הביטוח הינה לשנה. הסכם הביטוח עם קרנות הדדיות המשלמות ישירות לספקים מתחדש באופן אוטומטי מדי שנה. ככלל, אסור לחדש הסכמים באופן אוטומטי ליותר מ-10 שנים. כל צד רשאי לבטל את ההסכם בכתב, לאחר הסדרת תביעות, חודשיים לפני סוף תקופת ההסכם.

7. הטבות מס

מתן הטבות מס למבוטחים על הפרמיות שהם משלמים בגין ביטוחים נוספים, מבטא, במידת-מה, עד כמה השלטון רואה בביטוחים הנוספים חלק אינטגרלי פחות או יותר של ההגנה החברתית נגד סיכוני מחלה.

קיימות הטבות מס על פרמיות בצרפת ואירלנד. בבלגיה הפרמיה של העצמאיים בגין ביטוח חלופי לסיכונים קטנים נחשבת חלק מהוצאותיו העסקיות הפטורות ממסים. בספרד 15% מההוצאות של בתי אב בגין שירותי בריאות, לרבות פרמיות, פטורות ממס הכנסה. בדנמרק ואנגליה אין הטבות מס על פרמיות. באיטליה אין הטבות מס על פרמיות אך ניתן לנכות הוצאות בגין שירותי בריאות ממס הכנסה, אפילו אם הוצאות אלו כוסו על-ידי ביטוח. במדינות כמו הולנד, אין הטבות מס אך יש סבסוד ממשלתי בגין ביטוח לאוכלוסיות מסוימות, כפי שהוזכר לעיל.

נספח ה: השלכות על ערכים חברתיים, משתנים כלכליים ותמריצים

הזדקנות האוכלוסייה, הארכת תוחלת החיים, טכנולוגיות רפואיות חדשות וציפיות לנוחיות מרבית מלקוחות שירותי הבריאות, תורמים כולם לגידול בביקוש לשירותי בריאות. האטת הצמיחה הכלכלית באירופה, הקריטריונים לכניסה לאיגוד הכלכלי והממוני, ומעל הכל הניסיונות להקטין הוצאות השכר כדי לטפח תחרות ולהגן על מקומות עבודה, מהווים בלם חזק על הגידול בהקצאת המשאבים למימון הציבורי של שירותי הבריאות. ממשלות מחפשות דרכים לייצב ואף לצמצם את האחוז מהתמ"ג המוקצה להוצאות על הגנה סוציאלית. על-מנת להתמודד עם המגבלות התקציביות הקשות, משתמשות רוב הממשלות בפתרון המסורתי של העברת הנטל הכספי של ההגנה הסוציאלית לכיסו של האזרח. לפיכך, נפגע העיקרון של מתן כיסוי לשירותי בריאות על בסיס סולידריות בין הבריאים והחולים, הצעירים והזקנים, העשירים והעניים. כתוצאה, קופות-החולים ואגודות שיתופיות נאלצות לפתח תכניות לביטוח משלים. נשאלת השאלה כיצד ניתן להבטיח את העיקרון של סולידריות בתחום הביטוחים המשלמים." (Hermesse, 1996, עמ' 1).

בגלל חשיבות, ואף חיוניות, הנושא הוקדש כנס שלם, שנערך באמצע 1996 על-ידי ה- Association Internationale de la Mutualite, לנושא: "תחרות וסולידריות: האם הן יכולות להתקיים במשותף במערכת הבריאות באירופה?" (International Competition and Solidarity: Can They Co-Exist in Europe's Health Care System?).

בפתיחת הכנס העיר נשיא הארגון: "באופן הדרגתי, בגלל בעיות כספיות אך גם כתוצאה מהערכה מחודשת של אחריות הפרט, הצטמצם היקף מערכת הבריאות הציבורית במספר מדינות, דבר המשאיר מרווח גדול יותר למימון וולונטרי של שירותי בריאות, בין אם מכיסו של החולה, או באמצעות ביטוח פרטי הניתן על-ידי אגודות שיתופיות או גופים אחרים. האם לכל אזרח יש גישה שווה לביטוח בריאות ציבורי או פרטי? האם מופעלות מגבלות כתוצאה מסלקציה של סיכונים? ... מסיבות כלכליות, הממשלות השונות רוצות ליישם את הגישות היעילות ביותר, והן מאמינות שמבטחי בריאות הם הגופים עם היכולת הטובה ביותר להביא להתנהגות יעילה של ספקי השירותים. לפיכך, קופות-החולים הופכות להיות גופים עסקיים יותר ומעורבים יותר בתחרות. תחרות נתפסת ככלי להתייעלות בשירותי בריאות. יש צורך בהתייעלות על-מנת לשלוט בהוצאות על בריאות. השליטה על ההוצאות חיונית להבטיח ששירותי בריאות יהיו ברי השגה מבחינה כספית לכולם. רק בדרך זו ניתן להביא לפרמיות נמוכות ועל-ידי כך לשמור על סולידריות" (Hamilton, 1996, עמ' 3).

המונחים "שוויון" ו"סולידריות" חוזרים על עצמם בכל הספרות המתייחסת למערכות הבריאות ולרפורמות בהן. הם נלקחים כמובנים מאליהם ונתפסים כערכים העלולים להיפגע על-ידי תחרות, ביזור, והקטנת מעורבות הממשלה. באופן מפתיע, הספרות "האקדמית" העוסקת בבעיות וברפורמות במערכות בריאות, אינה מתייחסת כלל למגמות בביטוחי בריאות נוספים. לעומת זאת, נושא זה מעסיק ומטריד

את אלו העוסקים בניהול היומיומי של המערכת, המנהלים את הארגונים האחראיים לביטוח ולהספקת שירותי בריאות לחברים.

במאמרו על "The Reconcilability of Solidarity and Competition", מתאר Dr. Graf von Stillfried את ההיסטוריה וההתפתחות של הסולידריות במערכת הבריאות הגרמנית. לדבריו, הקונספט המקורי כפי שנוצר בהקמת איגודי בעלי מלאכה היה "עזרה הדדית בקרב קבוצה של אנשים עם ערכים משותפים, המסוגלים להביא לשינוי לטוב במצבם רק על-ידי התנהגותם כקבוצה". במסגרת קונספציה זו, הקימו האיגודים הללו קופות-חולים שגבו תרומה אחידה לנפש מכל חבריהם ליצירת משאבים קבוצתיים עם זכויות שוות לניצולם בקרב החברים. מגוון ההטבות הוגדר באופן סטנדרטי, עם קריטריונים סטנדרטיים לזכאות להטבות אלו. עם הקמת המערכת הציבורית הסטטוטורית, השתנתה הקונספציה של סולידריות על-ידי יצירת מבנה סיכונים הטרונגי והרס טוטלי של היחס בין הפרמיה וההטבות. במסגרת זו, המשמעות של סולידריות הפכה להיות "שילוב של מימון על-ידי פרמיות מבוססות על הכנסות וזכאות להטבות בלי שום קשר לגובה הפרמיה". במילים אחרות, העובדים ייצרו את המשאבים הפיננסיים למימון המערכת בהתאם לגובה שכרם כדי שכל מי שהזדקק לשירותי רפואה היה יכול לקבלם. בקיצור, הסולידריות הצטמצמה לחלוקה מחדש של ההכנסות (income redistribution). הבעיה היא שמערכת המושתתת על עיקרון זה מייצרת תביעות חדשות באופן שוטף. ההתפתחות ברפואה מרחיבה באופן מתמיד את האפשרויות וכן את מספר המקרים הזכאים לטיפול, שגדל גם הוא באופן מתמיד. בעידן של מחסור במשאבים וצמצום הוצאות, הבעיה היא כיצד להתמודד עם תביעות מתחרות על אותם המשאבים. לפיכך, סולידריות אינה יכולה להיות רק מימון על בסיס הכנסות, אלא חייבת להתייחס לניהול המשאבים הקולקטיביים במתן שירותים לחולים.

המסקנה מסקירת הספרות היא שיש מדינות שנתנו דעתן לגבי הנושא של ביטוח בריאות נוסף והשפעתו על ערכים, כגון "שוויון" ו"סולידריות", בעוד אחרות מעלימות עין במידה מסוימת.

הרפורמות באנגליה אינן מתייחסות כלל לתחום של ביטוח בריאות נוסף, אלא מתמקדות בשיפור המערכת הציבורית. ביטוח נוסף ממשיך להתקיים כהזדמנות לאוכלוסייה שיכולה להרשות לעצמה לרכוש שירותים ברמה טובה יותר, שיהיו יותר נגישים ויותר זמינים. כך, 11% מהאוכלוסייה ימשיכו ליהנות מהטבות יתר. לא קיימת תכנית כלשהי להרחיב את הנגישות לביטוח זה לפלחים נוספים של האוכלוסייה. באירלנד, לעומת זאת, הגישה שונה. כמעט בו-זמנית להקמת המערכת הציבורית, נחקק חוק שהקים ארגון בפיקוח הממשלה, שתפקידו הוא מתן ביטוח בריאות וולונטרי נוסף. בהתאם לעקרונות השוויון והסולידריות נחקק לאחרונה חוק במדינה המחייב כל ארגון שירצה להציע ביטוח בריאות נוסף לגבות פרמיות על בסיס Community Rating, נמוכות מספיק כך שחלק ניכר מהאוכלוסייה יוכל להרשות לעצמו לרוכשו.

לפיכך, זוהי שאלה של אסטרטגיה: האם למקד את המאמצים בהרחבת היקף המערכת הציבורית והתייעלותה, כך שהיא תכסה את הכל ולא יהיה צורך בביטוח נוסף? או, לחילופין, לחייב מתן ביטוח נוסף כך שיהיה נגיש ובר-השגה לכלל האוכלוסייה? איזו מהאסטרטגיות הללו תהיה המוצלחת ביותר?

בעידן בו צמצום ההוצאות נמצא בעדיפות עליונה? התשובה אינה ברורה. הצורך בתקצוב וקביעת סדר עדיפות הפך לאקסיומה במערכות בריאות על בסיס ההנחה שאף מערכת ציבורית לא תהיה מסוגלת לתת מענה מלא לכל הצרכים של כל האוכלוסייה. יתר-על-כן, המגמה היא להעביר יותר ויותר מהנטל הכלכלי לאוכלוסייה, אם על-ידי העלאת מסים או דמי ביטוח בריאות, הגדלת השתתפויות עצמיות או הגבלת הכיסוי. אם לא יהיה שינוי במגמה זו, הביקוש לביטוח נוסף ילך ויגדל, דבר שיחייב התייחסות מפורשת במדיניות הבריאות של המדינות, וזאת במידה שסולידריות ושוויון ימשיכו להיות ערכים חשובים בחברה.

לא מצאנו מענה ברור לשאלות המהותיות ששאלנו את עצמנו בתחילת דרכנו, כגון מהי ההשפעה של ביטוחי בריאות נוספים על ערכים חברתיים, כגון שוויון וסולידריות; האם קיומם גורם לגידול בצריכה בשירותים, וכיצד הוא משפיע על התמריצים וההתנהגות של השחקנים השונים במערכת. למה, בכלל, רוכשים אנשים ביטוחים נוספים, דווקא במדינות שיש בהן מערכות בריאות ציבוריות מקיפות העשויות לספק את כל צורכיהם הבריאותיים? התשובות לשאלות אלו הן חשובות ביותר לגיבוש המדיניות העתידית, הן בישראל והן במדינות האחרות. לכן, ניסינו לחקור את השאלות הללו בהסתמך על הספרות הענפה יחסית הקיימת בנושא בביטוח, בכלל, וביטוח בריאות, בפרט.

לפני שנדבר על ביטוח, הגדרותיו השונים, התיאוריות שמנסות להסביר למה אנשים רוכשים ביטוח ו/או למה מדינות מקימות מערכות לבטח את אזרחיהן, וההשלכות של קיום הביטוח, חשוב מאוד להבהיר לעצמנו את הערכים העקרוניים איתם אנו מתמודדים. על פי אלו קריטריונים, בסופו של דבר, אנו קובעים אם מוסד או מערכת הם טובים או לא טובים, מוצלחים או לא מוצלחים.

Contandriopoulos et al. (1998) מתחילים את המאמר *Values, Norms and the Reform of Health Care System* בהערה שהרפורמה במערכות בריאות מטרידה את כל הארצות המפותחות, אך יישומה מהווה בעיה קשה. כיצד משנים מערכות חברתיות גדולות, ובמיוחד מערכות בריאות, המהוות בסיס לחברות הדמוקרטיות המודרניות, בלי להעמיד בסכנה את היסודות עליהם הן מושתתות? היציבות של מערכות חברתיות גדולות, ובמיוחד מערכות בריאות, הינה תוצאה של הקשר בין הערכים החברתיים הדומיננטים והמבנה החומרי והחברתי של מערכת הבריאות. המשמעות של הקונספציה של "ערכים חברתיים דומיננטים" אינה מערכת ייחודית של אמונות וערכים משותפים לכולם, אלא שקיים מתח יציב בין הערכים והאמונות המתנגשים השונים.

החברה מייצרת באופן שוטף תפיסות מרכזיות, מבוססות על ערכים, שבתקופות מסוימות בהיסטוריה, קיים לגביהן קונסנזוס רחב. בתחילת המאה ה-18, התפיסה המרכזית הייתה *Self-Interest*, אחר-כך ננקטה התפיסה של "העושר המרבי למספר המרבי", בהמשך "תועלת" ואחר-כך ה-*labor theory of value*, והביטוי שלו בתפיסה של מדינת הרווחה או החברה ללא מעמדים. תפיסות של ערכים הן עמוקות וקשות משום שהן עושות שני דברים בו-זמנית: הן מחברות אנשים בחברה, ובו-בזמן שומרות למענם על חופש המאפשר להם להיות יחידים. פילוסופיה כלשהי שאינה מכירה בשני הצרכים הללו אינה יכולה לייצר ערכים. בכל בחינה של התנהגות אנושית חייבים להתייחס לשני הצדדים: לחובות של בן האדם, שרק הן

מאחדות את החברה, אך גם בחופש של האדם לפעול באורח אישי, דבר שכל חברה חייבת להרשות לאנשיה (Bronowski, 1965, עמ' 41-42, 55).

המתח הזה, בין טובת החברה לטובת הפרט, הינו השורש של הדילמות החברתיות העמוקות ביותר, לרבות הדילמות הפוקדות את מערכות הבריאות המודרניות. נראה כיצד המתח הזה פועל גם בנושא של ביטוח, בכלל, וביטוח בריאות, בפרט. ניתן לתאר "ביטוח" כשיטה חברתית לפיה קבוצה גדולה של אנשים, באמצעות תרומות הוגנות, מקטינה או מרחיקה סיכונים משותפים, מוגדרים ומדודים, להפסד כלכלי. תפקידו העיקרי הוא להחליף אי ודאות בוודאות לגבי ההפסד הכלכלי העלול לקרות כתוצאה מאסון מקרי. התוצאה של ביטוח היא פריסה צודקת של ההוצאה שהייתה נופלת על היחיד, על כל חברי הקבוצה החשופים לאותו סיכון.

על-מנת שסיכון כלשהו יהיה בר ביטוח הוא חייב לעמוד בתנאים הבאים:

1. הסיכון חייב להיות אמיתי, וצריך לחול על קבוצות גדולות של אנשים. מספר מספיק של אנשים צריכים להכיר בו כסיכון משמעותי כדי להצדיק הקמת ארגון או ארגונים לבטח בגינו.
2. אנשים החשופים לסיכון חייבים לחוש באחריות כלפי ההפסד האפשרי והשלכותיו.
3. הסיכון חייב להיות בר מדידה וניתן לכימות כדי שניתן יהיה להפעיל עליו את חוקי ההסתברות והמקרויות.
4. חייבים להיות משאבים מספיקים לאנשים המעורבים, כדי שיוכלו לשלם את חלקם בעלות הביטוח.
5. היקף ההפסד האפשרי חייב להיות משמעותי מספיק, כך שאם יקרה הוא יגרום לקושי אמיתי לאנשים שיסבלו ממנו.
6. האירוע שעלול לקרות חייב להיות מקרי ובלתי ניתן לשליטה על-ידי אלו הרוצים לבטח את עצמם.
7. אם קיים אסון קטסטרופלי פוטנציאלי למבטח מסוים, אזי הוא חייב להיות בר שליטה באמצעות סלקציה של סיכונים, ביטוח משנה, או של שיטות אחרות (Glaser, 1991, עמ' 15).

בספרות מקובל לחלק ביטוח לשני סוגים עיקריים:

1. ביטוח "מסורתי" שהוא בדרך כלל וולונטרי. ביטוח זה ניתן על-ידי מבטח שקיים לצורך העניין ואנשים בוחרים מרצונם האישי לרכוש אותו.
2. ביטוח סוציאלי הוא בדרך כלל חובה. הפרט יכול להחליט, באופן וולונטרי, להצטרף לקבוצה, אך ברגע שהצטרף הוא חייב ליטול חלק בביטוח של הקבוצה.

קיימים הבדלים תפיסתיים מאוד עקרוניים בין ביטוח וולונטרי לבין ביטוח סוציאלי. ביטוח וולונטרי מבוסס על יחידנות, חופש ואחריות של הפרט הרוכש פוליסה מרצונו לכסות סיכונים. גובה הפרמיה מבוסס, בדרך כלל, על משתנים אקטואריים הבנויים לכסות את ההסתברות של ההפסד, ולאדם יש אפשרות לשלם פרמיה גבוהה יותר תמורת פיצוי כספי גבוה יותר עם קרות המקרה. המבטח מקטין את סיכוניו על-ידי קיבוץ מבוטחים דומים ברמת פרמיה דומה ומייצר מאגר הכנסות מספיק לכסות את כל

התשלומים בגין ההפסד. ביטוח סוציאלי, לעומת זאת, מבוסס על התפיסה על סולידריות חברתית (Glaser, 1991, עמ' 67).

לשני סוגי הביטוח יש שורשים בהיסטוריה הרחוקה: הביטוח המסורתי התחיל דווקא בביטוח סיכונים לרכוש. Marine Insurance היה קיים כבר במאה החמש-עשרה בקרב הסוחרים האיטלקיים וכנראה התחיל לפעול קודם לכן. ביטוח נגד שריפות בתבניתו המודרנית התחיל לאחר השרפה הגדולה באנגליה ב-1666. אך גם ביטוח סיכונים לאנשים התחיל בעבר הרחוק. ידוע על תכניות של ביטוח חיים באנגליה כבר ב-1583. ביטוח אישי נגד תאונות התחיל מאוחר יותר. התכניות הראשונות הופיעו באמצע המאה התשע-עשרה. ביטוח זה הוא סוג מיוחד של ביטוח שהתרחב במשך הזמן לכלול את הסיכונים של היחיד למחלה, אשפוז, הוצאות על כירורגיה והוצאות קשורות עם מחלות ותאונות.

הביטוח הסוציאלי התפתח כתוצאה מהסדרים קולקטיביים בקרב אומנים ופועלים במלאכת יד עוד בימי הביניים. הגילדות באירופה הסדירו את העניינים של כל מקצוע, ובמהלך הזמן הן הוסיפו סיוע כספי לחבריהן ולמשפחותיהן בעת מחלה, נכות או מוות. הקופה למתן סיוע זה נוצרה מתרומות שהחברים באותה גילדה נדרשו לשלם. בתחילה, שילמו כל החברים תרומה זו, אך במשך הזמן, ועל-מנת לגבות מספיק כסף לכסות את כל ההוצאות, התבקשו חברים שהשתכרו יותר לשלם יותר. ההסדר היה מבוסס על סולידריות חברתית. כל החברים נדרשו להצטרף ולשלם וכולם היו זכאים לאותן הטבות סטנדרטיות בלי שום קשר לגובה תרומה, ותק או רמת הכנסות.

בנוסף לגילדות שהיו מאורגנות, כל אחת, מסביב למקצוע ספציפי, פעלו ארגונים לעזרה הדדית שחיברו חברים ממספר מקצועות דומים. ארגונים אלו, להבדיל מהגילדות, לא טיפלו בכל העניינים הפיננסיים של חבריהם, אך הם סיפקו הטבות חברתיות דומות (ראו Glaser, 1991, עמ' 17-18).

הביטוח הסוציאלי המודרני הופיע לראשונה במאה הקודמת. המעבר מהכלכלה החקלאית וממלאכת-יד לחברה מודרנית תעשייתית במערב, הביא איתו סוג חדש של אי ביטחון חברתי, ונוצר ביטוח סוציאלי כדי לתת לו מענה, לפחות חלקי. המדינה הראשונה שהפעילה מערכת של ביטוח סוציאלי ברמה לאומית הייתה גרמניה בעידן של ביסמארק, שפעל מתוך תפיסה אבהית של תפקיד המדינה. מערכת הביטוח הסוציאלי חובה שהוקמה על ידו, כללה ביטוח סוציאלי נגד מחלות, פיצוי בגין תאונות עבודה, ביטוח זיקנה ונכות. כל אלו נוהלו, ככל שניתן, על-ידי מוסדות קיימים. הביטוח נגד מחלות הופקד בידי קופות-חולים, שהן תולדות הקרנות שהוקמו בדורות הקודמים על-ידי הגילדות. באותה עת, קופות-החולים פעלו ברמה של קהילות, מעבידים תעשייתיים וארגונים מקצועיים. כולן היו אגודות שיתופיות לעזרה הדדית והתרומות להן חולקו בין העובד ומעבידו.

המערכת הגרמנית הייתה התבנית והבסיס לכל מדינות אירופה. ביטוח בריאות סוציאלי דומה לזה שפעל בגרמניה, אומץ על-ידי מדינות רבות עוד לפני מלחמת העולם השנייה.

לא נרחיב כאן בהיסטוריה של התפתחות המערכות הציבוריות באירופה, למרות שזה מלמד הרבה. מספיק לומר שהביטוח הסוציאלי מהווה את היסוד של כל מערכות הבריאות הציבוריות באירופה. שיטות של ביטוח בריאות "מסורתיות" עדיין פועלות באירופה, ובעיקר בביטוחים הנוספים הפועלים לצידן של מערכות הבריאות הציבוריות (Glaser, 1991, עמ' 20). זאת, אולי היא הדרך של מדינות אלו להתמודד עם המתח בין הערך של "טובת הכלל", לעומת הערך של "טובת הפרט". קיומם של שני סוגי הביטוח, זה ליד זה, מבטיח רמת ביטוח בריאות בסיסית לכל חברי החברה, והביטוחים הנוספים מאפשרים ליחידים בחברה להרשות לעצמם ביטוח נוסף העונה על צורכיהם הנוספים.

"הביטוח הסוציאלי מקבץ את המבוטחים לקולקטיב אחד אשר החברים בו משלמים דמי חבר על-מנת להבטיח לעצמם ולתלוייהם בהם זכויות ביטוחיות בעת קרות המקרה (מחלה, תאונת עבודה וכד') ... ביטוח סוציאלי מורכב משני אלמנטים חיוניים: פיזור הסיכונים, דבר שמאפיין ביטוח מכל סוג, ושוויון סוציאלי. לפיכך, דמי ביטוח סוציאליים נקבעים לא על פי מידת הסיכון של המבוטח, אלא על פי קריטריונים סוציאליים, בדרך כלל רמת הכנסה, המאפשרים סבסוד הדדי בקרב האוכלוסייה. תפקיד הביטוח הסוציאלי הוא הגנת המבוטח מפני מצבים של צורך אישי, כגון מחלה. אך בנוסף, הוא מהווה גם הגנה למדינה מפני חובתה להעניק זכויות כאשר האזרח לא דואג בעצמו לפתרון כנגד סיכונים. ביטוח סוציאלי מונע מצב שבו אזרחים שכן דאגו לעצמם, ישאו בעומס כפול – תשלומי ביטוח בעבור עצמם, מחד, ותשלומי מסים לסיוע לאחרים שלא דאגו לעצמם, מאידך. לפיכך, ביטוח סוציאלי הינו חובה על כל האוכלוסייה, על-מנת להקטין, ככל שניתן, מימון שירותים סוציאליים על-ידי מסים כלליים. כמו-כן, בעלי הכנסות גבוהות תורמים יותר מאלו שמשתכרים פחות. בדרך זו, ביטוח סוציאלי חובה מבטיח שותפות בסיכון וסבסוד הדדי" (Schulte, 1996, עמ' 155-157).

לחילופין, הביטוח המסורתי הינו בעיקרו, קשר עסקי פרטי וולונטרי בין מבוטח למבטח. אנשים או ארגונים רוכשים ביטוח להגן על עצמם נגד הפסדיהם. למבוטח יש אינטרס אנוכי והוא מעוניין לשלם את הפרמיה הנמוכה ביותר שתכסה את סיכוניו והפסדיו. גם למבטח יש אינטרס אנוכי, למקסם את הכנסותיו מפרמיות ולהפחית הפסדיו. הצפי הוא שהמבוטח יבדוק את המבטחים השונים על-מנת למצוא את העסקה הטובה ביותר בהתאם לרצונותיו ולצרכיו. לכאורה, מטרת הביטוח היא לכסות הפסדים גדולים ואי ודאיים, ולא הפסדים קטנים ושכיחים. (יש לציין שביטוח בריאות מודרני סוטה מעיקרון זה ומכסה את כל ההפסדים, הן הגדולים והן הקטנים).

למרות ההבדלים ביניהם, ישנו מכנה משותף בין ביטוח מסורתי לבין ביטוח סוציאלי והוא: שניהם בנויים לכסות את ההפסדים של הפרט על-ידי יצירת מאגר משותף של כספים שיספיק לכיסוי ההפסדים. כתוצאה מזה, כל אדם עם ביטוח בריאות, בין אם הוא חובה או וולונטרי, אישי או סוציאלי, יודע שהוא "מכוסה" ומוגן נגד הסיכון של הפסד כלכלי כתוצאה מהוצאה בגין שירותים רפואיים שהוא עשוי לצרוך בעת מחלה. על-ידי כך בן האדם אינו נדרש לשלם את העלות הריאלית של השירות בעת קבלתו. תוצאתו של ביטוח בריאות שמפצה בגין כל הוצאה רפואית היא להקטין עד לאפס את המחיר למבוטח בגין טיפול רפואי כלשהו בעת קבלת השירות. מצב זה עשוי להשפיע על הביקוש של המבוטח לשירותים, וזאת

למרות שהוא שילם פרמיה בעת רכישת הביטוח, או שילם במסגרת של ביטוח סוציאלי דמי ביטוח בריאות, או מסים, למימון הביטוח. ייתכן שכל בן אדם יבין שאם השימוש שלו בשירותי בריאות הינו מופרז, אזי קיים סיכוי טוב שבמשך הזמן הפרמיה (או המס) שהוא יידרש לשלם, תעלה. אך אין תמריץ לאף אחד להגביל את שימושו בשירותים מאחר שהתועלת הנוספת בעבורו היא גדולה, כאשר העלות הנוספת פרוסה על כל המבוטחים, ולכן הוא ישא רק בחלק קטן מהעלות הנובעת משימושו בשירותים. המסקנה היא שהתוצאה של ביטוח בריאות מקיף תהיה חוסר התייעלות. מסקנה זו משליכה אולי עוד יותר על ביטוח בריאות חובה מאשר על ביטוח בריאות אישי וולונטרי (Pauly, 1968, עמ' 531-534).

התופעה הנ"ל, המוזכרת הרבה בספרות על ביטוח, נקראת סכנה מוסרית (Moral Hazard), ומתארת מצב שבו ביטוח בריאות, באמצעות הקטנת העלות השולית של הטיפול, עלול לתגבר את השימוש (Pauly, 1968, עמ' 535). Moral Hazard מתייחסת לכל שינוי בהתנהגותו של המבוטח כתוצאה מביטוח. דוגמאות של Moral Hazard בביטוח בריאות כוללות סיכוי מוגבר שהמבוטח יעבור בדיקה יקרה עם תועלת קלינית שולית או יישאר בבית-חולים עוד כמה ימים, אפילו אם זה לא נחוץ מבחינה רפואית. Moral Hazard מהווה הקטנה של מידת ההגנה העצמית בה ינקוט האדם כדי למנוע את הסיכון משום שהוא מוגן על-ידי ביטוח (Nyman, 1998, עמ' 57).

Moral Hazard משפיעה גם על שיקולי הדעת של ספקי השירותים:

"רדיפה... של רופאים אחרי תגמולים כספיים נעשית קלה יותר בגלל הסכנה המוסרית (Moral Hazard) שיצרו ביטוח בריאות פרטי וציבורי. זכאות לקבלת שירותי רפואה מורידה את מחסומי המחר הכספי בפני צריכה של שירותים אלה וכתוצאה מכך אין לחולה וגם לא לסוכן שלו, הרופא, תמריץ לחיסכון. הנטל של התוצאות הכספיות של צריכת שירותי הרפואה מוטל על צד שלישי במערכת היחסים בין הרופא לחולה. בעיות התשלום על-ידי "צד שלישי" זה תרמו לעלייה המהירה במחירים" (מיינרד, 1992).

לכלני בריאות רבים, כגון Enthoven (1978, עמ' 65), de Meza (1983, עמ' 48), ואחרים, מתייחסים להשפעה של Moral Hazard על העלייה המתמדת בסך-כל הוצאות הבריאות. אך השפעתו של הביטוח על זפיתוח של טכנולוגיה רפואית חדשה ויקרה קיבלה פחות תשומת לב. לדעתו של Nyman (1998), יש זפקיד חשוב לביטוח שירותי בריאות גם בכך. לדבריו, מאחר שלרוב האנשים יש גישה לקופה משותפת על משאבים באמצעות ביטוח, מפתחי הטכנולוגיה אינם מוגבלים על-ידי המשאבים הפרטיים העומדים לרשות האדם הממוצע. הם יכולים לפתח טכנולוגיות יקרות תוך הבטחה שיהיה להן שוק בגלל המימון על שירותי הבריאות על-ידי ביטוח. אנשים רוכשים ביטוח (או לחילופין, מדינות לוקחות על עצמן לבטח את האוכלוסייה) בגלל הערך הגבוה שהם שמים על חייהם ובריאותם, ולכן מוכנים לשלם כמעט כל מחיר ל שירותי בריאות בעת מחלה. הטיפולים הרפואיים שפותחו הם מעבר ליכולת הפיננסית של הפרט. ודרך היחידה לאפשר גישה פיננסית לטכנולוגיות אלו היא לרכוש או להפעיל ביטוח.

לפיכך, יש כאן מעגל קסמים: ככל שההוצאות הרפואיות עולות, העלות של יותר ויותר טיפולים רפואיים הופכת להיות מעל ליכולתו הפיננסית של האדם הממוצע, מחד. מאידך, התוצאה של ביטוח הינה תוספת בהוצאות (Nyman, 1998, עמ' 63-64). רבים מקרב כלכלני בריאות, ובמיוחד אלו העוסקים בעיקר בביטוח בריאות, מביעים את הדעה שפתרון חלקי, לפחות, לבעיה של Moral Hazard הינו השתתפות עצמית. השתתפות עצמית הינה שיטה לפיה היחיד מחויב בתשלום בגין טיפול רפואי בעת קבלתו, אך במחיר נמוך יותר ממחיר השוק. ככל שהאחוז מהמחיר שהאדם משלם גבוה יותר, כך השימוש שלו יהיה קטן יותר (Pauly, 1968, עמ' 535-536).

סביב נושא זה יש חילוקי דעות סוערים ואין בכוונתנו לדון בהם. אנו מזכירים כאן נושא זה משום שאחת ההטבות השכיחות בביטוחים המשלימים הנהוגים באירופה הינה כיסוי השתתפויות עצמיות הנהוגות במערכת הציבורית. אם אכן מקבלים את המסקנות של ה-Rand Experiment שנערך בארצות-הברית ב-1974, ושל מחקרים נוספים רבים המצביעים על הקטנת השימוש בשירותי בריאות כתוצאה מהשתתפות עצמית של המבוטח, אזי כל ביטוח משלים המנטרל את ההשפעה של השתתפויות אלו עלול להגביר את הבעיה של Moral Hazard, ועל-ידי כך להביא להגברת ההוצאות הלאומיות בגין שירותי בריאות.

כפי שהוזכר כבר, לא נמצאו מחקרים רבים בנושא זה באירופה. המחקר היחיד שהגיע לידינו על נושא זה הוא מחקר צרפתי שבדק הפעלת השתתפות עצמית באחד הביטוחים המשלימים בצרפת בגין ביקור אצל רופאים. תוצאות המחקר הראו שהשתתפות עצמית בגובה של 10% לא השפיעה על ביקורים במרפאת הרופא, אך השפיעה באופן משמעותי על ביקורים של רופאים בביתו של החולה. המסקנה של החוקרים הייתה שיש Moral Hazard בביקוש של חלק משירותי רופאים, אך כאשר עלויות שאינן כספיות משחקות תפקיד, שינויים קטנים במחיר אינם משפיעים על התנהגות המבוטח (Chiappori et al., 1998, עמ' 499-511).

קיימת ספרות ענפה על השפעתם על דפוסי שימוש בשירותים של הביטוחים המשלימים הפועלים לצידו של Medicare בארצות-הברית. כידוע, Medicare הינו ביטוח הבריאות הממשלתי האמריקני בעבור אוכלוסייה מעל גיל 65. Medicare ממומן על-ידי מסי Social Security של האוכלוסייה העובדת. מסים אלו מממנים את הפנסיה הסוציאלית בארצות-הברית, ומאז שנת 1965, גם ביטוח בריאות לאותם פנסיונרים.

מדיקר הונהג על-ידי הקונגרס האמריקני כדי להבטיח לאוכלוסייה הקשישה גישה לשירות רפואי איכותי. עם זאת, מדיקר אינו מכסה את מלוא השירותים. קיימים שני חורים עיקריים בכיסוי השירותים הרפואיים על-ידי מדיקר: (1) מגבלות על השתתפות של מדיקר בגין שירותים מכוסים (דהיינו המבוטח נדרש לשלם חלק מכיסו); (2) שירותים שאינם מכוסים כלל.

הכיסוי המקיף ביותר הוא בגין אשפוז. מדיקר מכסה את 60 הימים הראשונים באשפוז למעט ניכוי של כמה מאות דולרים. בימי האשפוז ה-61 ועד ה-90, יש השתתפות עצמית יומית, ואם החולה נאלץ להישאר באשפוז עוד 60 יום, הוא משלם השתתפות עצמית יומית גבוהה יותר. אחרי היום ה-150 אין כיסוי. אשפוז סיעודי רגיל אינו מכוסה. אשפוז סיעודי מורכב מכוסה עד 100 ימים, אך יש השתתפות עצמית יומית. מדיקר מכסה 80% מהמחירים המקובלים בגין ביקור אצל רופא לאחר ניכוי שנתי. הפרצה המשמעותית ביותר בתכנית הן התרופות. מדיקר אינה מכסה תרופות למעט תרופות הניתנות במסגרת אשפוז (Rice & McCall, 1985, עמ' 188-189).

כתוצאה מהמגבלות הני"ל על כיסוי שירותים רפואיים על-ידי מדיקר, התפתח שוק גדול מאוד של ביטוחים משלימים למדיקר (הנקראים Medigap). על פי מחקר שנערך על-ידי Rice & McCall (1985, עמ' 198), שסקרו מבוטחי מדיקר ב-6 מדינות בארצות-הברית, נמצא כי בין 69.2%-82.3% מכלל מבוטחי מדיקר באותן מדינות היו בעלים של פוליסה אחת לפחות של ביטוח משלים. האנשים הרוכשים את הביטוח המשלים נוטים להיות נשואים, ובעלי הכנסות גבוהות יותר יחסית. כ-17% עד 30% מהנסקרים היו בעלים של יותר מפוליסה אחת. הרוב המכריע של הפוליסות של הביטוח המשלים כיסו ניכויים, השתתפויות עצמיות ואשפוזים מעל 150 יום.

זמחקר של Rice & McCall, ומחקרים אחרים שנעשו בנידון מראים שאין כל הוכחה שאנשים הרואים את עצמם חולים יותר, רוכשים פוליסות כי הם רואים את עצמם בסיכון גבוה יותר לצריכת השירותים (Rice et al., 1991a, עמ' 226).

לעומת זאת, המחקרים מראים שלבעלות על פוליסה של ביטוח משלים יש השפעה משמעותית על זשימוש בשירותים. השימוש השנתי של מבוטחים בעלי ביטוח משלים שכיסה את כלל ההשתתפויות עצמיות (First Dollar Coverage) היה ב-72% יותר במונחים דולריים בהשוואה לשימוש של מי שאין להם ביטוח משלים. ההשפעה הזו התמקדה בעיקר באנשים שהעריכו את מצב בריאותם בינוני או לא טוב (Rice et al., 1991b, עמ' 283).

בודה שנעשתה על-ידי Blustein ב-1995 הראתה שאחוז גבוה יותר באופן משמעותי של נשים בעלות ביטוח משלים למדיקר ניגשו לביצוע ממוגרפיה לצורך גילוי מוקדם של סרטן השד. אך, הוא מעיר, והחלטה לרכוש ביטוח משלים משקפת את המצב הכלכלי של המבוטח באותה מידה שהיא משקפת את חשיבות שהמבוטח מייחס לנגישות שירותי בריאות. מדיקר, כמובן, אינה מכסה בדיקות לגילוי מוקדם יל מחלות, כגון ממוגרפיה, דבר שמביא ל-reverse targeting של רפואה מונעת, מאחר שנשים ללא ביטוח שלים, שהינן דווקא בסיכון גבוה יותר למחלות, כגון סרטן השד, נתקלות במחסומים פיננסיים לטיפול.

מו-כן, נמצא קשר הדוק בין קיום ביטוח משלים למדיקר בארצות-הברית לבין השימוש בתרופות על-י האוכלוסייה הקשישה. מדיקר אינה מכסה תרופות אמבולטוריות. בעבודה שנעשתה על-ידי Stuart & Grar (1998) נמצא כי יש סיכוי גבוה יותר באופן משמעותי שמבוטחי מדיקר בעלי ביטוח משלים יקבלו

טיפול תרופתי בגין בעיותיהם. ההשפעה הגדולה ביותר הייתה לגבי טיפול תרופתי בגין בעיות, כגון הצטננות, אלרגיות, כאבי ראש, כאבי שרירים וגב ובעיות עור, שלרוב, הן בעיות פחות רציניות, אך לא תמיד. נמצאה השפעה חזקה גם על טיפול תרופתי בגין בעיות נפשיות. לעומת זאת, ככלל, לא הייתה השפעה מובהקת על הטיפול בבעיות מאוד רציניות בפוטנציאל, כגון בעיות לב וכלי דם, בעיות במערכת העיכול ובעיות נשימה. יוצאי הדופן היו טיפול תרופתי בסוכרת ובצקת ברגליים, שכן אלה הושפעו מקיום ביטוח משלים או מחסרונם. המסקנה מעבודה זו אינה חד-משמעית. ייתכן שהיעדר ביטוח משלים מנע מחולים קבלת טיפול חיוני, אך באותה מידה ניתן לשער שקיום ביטוח משלים תרם לשימוש תרופתי מוגבר שהיה לו ערך שולי מבחינה רפואית.

לפיכך, ההשלכות של "הצריכה המוגברת" של שירותי רפואה אינן ברורות. האם תופעה זו מעידה על כך שסל השירותים של מדיקר אינו מקיף מספיק ולכן, בליט ברירה, המבוטחים נאלצים לרכוש ביטוח בריאות משלים כדי שיהיה להם כיסוי סביר? האם אלו שאינם יכולים להרשות לעצמם לרכוש ביטוח בריאות משלים סובלים מחוסר גישה לשירותים חיוניים ונוקטים תת-שימוש בשירותי בריאות, שיש לו השלכות על מצב בריאותם? האם תוצאות אלו מושפעות על-ידי Adverse Selection, דהיינו, המבוטחים החולים יותר הם אלו שרוכשים את הביטוח המשלים?

מחקר אחר שנערך על-ידי Wolfe & Goddeeris (1991) הראה, שההוצאות השנתיות בגין בעלי הביטוח המשלים היו גבוהות יותר מבגין חסרי הביטוח המשלים, וכן במידת-מה כמות השימוש בשירותים הייתה גדולה יותר. אחת המסקנות הייתה שבעלי הביטוח המשלים קיבלו שירותים יקרים יותר, שהשפיעו באופן משמעותי על ההוצאות, יותר אולי מהעלייה בכמות השירותים שקיבלו. המחקר היה מבוסס על סקר Retirement History Service שנערך על-ידי ה-Social Security Administration.

יש לציין שהיו שני משתנים נוספים שהייתה להם השפעה משמעותית על ההוצאות: מצב הבריאות ועושר (רמת הכנסות). ההוצאות בגין האנשים שדיווחו על מצב בריאות גרוע יותר מהמוצע ובגין העשירים יותר היו גבוהות יותר; כמו-כן הם השתמשו ביותר שירותים. לשלושת השירותים שנחקרו: אשפוז, ביקורים אצל רופאים ותרופות, הייתה השפעה משמעותית. המסקנה של החוקרים הייתה שאם מתחשבים במצב הבריאות של המבוטחים בטענה שקיים adverse selection (החולים יותר נוטים לרכוש ביטוח משלים), אזי יש הקטנה של ה-Moral Hazard המוערכת כתוצאה מקיום הביטוח המשלים. דהיינו, החולים יותר השתמשו ביותר שירותים מהבריאים, וכך קיום הביטוח המשלים, בפני עצמו, השפיע במידה קטנה יותר על השימוש בשירותים. עוד מסקנה הייתה שאנשים עשירים יותר נוטים לרכוש ביטוח משלים ולהשתמש בו (Wolfe & Goddeeris, 1991).

מחקר נוסף בנידון נערך ב-1997 על-ידי Hurd & McGarry, שחקרו אף הם את אוכלוסיית מדיקר. מטרת המחקר הייתה לבחון כיצד ביטוח משפיע על שימוש בשירותי בריאות. תוצאות המחקר הראו שמי שהיה להם ביטוח בהיקף גדול יותר משתמשים יותר בשירותי בריאות. מאחר שלא מצאו קשר בין מדדים למצב בריאות והנטייה לרכוש ביטוח משלים, פירשו החוקרים את השימוש המוגבר בשירותים כתוצאה מהתמריצים בקיום הביטוח ולא כתוצאה מ-adverse selection ברכישת הביטוח.

לכאורה, תוצאות המחקרים הנ"ל עומדות בסתירה מסוימת לממצאי המחקר שלנו. כפי שראינו ברוב המדינות, ההוצאות בגין ביטוח משלים מהוות אחוז קטן מאוד מסך-כל ההוצאות הלאומיות לבריאות ולכן יש לשער שהשפעתן על סך-כל ההוצאה הינה מזערית. אך, כזכור, בשלוש מדינות (אוסטרליה, אירלנד וצרפת), ההוצאות בגין ביטוח משלים היו אחוז גדול יותר יחסית מסך-כל ההוצאות הלאומיות לבריאות. יש עוד לציין שאין קשר, לכאורה, בין עובדה זו לבין דירוגן של מדינות אלו לפי הוצאותיהן הלאומיות לבריאות כאחוז מהתמ"ג. אוסטרליה נמצאת באמצע, כאשר ההוצאה הלאומית שלה על בריאות הייתה 8.3% מהתמ"ג ב-1997. אירלנד נמצאת כמעט בתחתית הסולם, ההוצאה הלאומית שלה היא 7% מהתמ"ג, וצרפת נמנית עם המדינות שההוצאה הלאומית שלהן על בריאות היא מן הגבוהות ביותר, 9.9% מהתמ"ג.

ההסבר לגבי אירלנד נראה פשוט, ואולי לא היה זה הוגן לכלול מדינה זו בהשוואה כפי שזו נעשתה. בדומה לגרמניה והולנד, הביטוח הנוסף באירלנד הוא במידה גדולה ביטוח חלופי. שישים וארבעה אחוזים מאוכלוסיית אירלנד אינם מכוסים כלל על-ידי המערכת הממשלתית בגין שירותים בקהילה, והם נושאים בנוסף בהשתתפות עצמית גם בגין תרופות ושירותי אשפוז. לפיכך הביטוח הנוסף הנרכש על-ידי אוכלוסייה זו מהווה, בחלקו, כיסוי לשירותים בסיסיים, כגון ביקורים אצל רופאים. כפי שראינו, למרות ההוצאה הגדולה יחסית על ביטוח נוסף, ההוצאות הלאומיות של אירלנד על בריאות מהוות אחוז נמוך יחסית מהתמ"ג.

המקרה של אוסטרליה בעייתי יותר. החוק האוסטרלי אוסר על מבטחי הביטוחים הנוספים לכסות את ההשתתפות העצמית הגבוהה יחסית בביקור אצל רופא. ההטבה העיקרית של הביטוח המשלים הינה כיסוי הוצאות אשפוז במקרה שהחולה בוחר את רופאו בבית-החולים. במקרה זה, המבוטח נחשב מבוטח פרטי ונדרש לשלם לפחות 25% מהמחיר שנקבע על-ידי מדיקר באמצעות הביטוח הנוסף שלו. כנראה, מהווה דבר זה הוצאה משמעותית המסבירה את ההוצאה היחסית גדולה של הביטוח הנוסף באוסטרליה. למרות זאת, אוסטרליה אינה חורגת מהמדינות האחרות בהוצאות הלאומיות שלה על בריאות כאחוז מהתמ"ג.

המקרה של צרפת מחזק, דווקא, את ממצאי המחקרים על הביטוחים המשלימים למדיקר בארצות-הברית. רמת ההשתתפויות העצמיות במערכת הציבורית בצרפת היא גבוהה, במוצע 26% מסך-כל ההוצאות. הביטוח הציבורי מכסה כ-55% מהתרופות, כ-58% מההוצאות האמבולטוריות וכ-92% מהאשפוז. דהיינו, האזרח נדרש לשלם מכיסו השתתפויות עצמיות ברמה של 45% בגין תרופות, 42% בגין שירותים אמבולטוריים ו-8% בגין אשפוז. התפקיד העיקרי וכמעט בלעדי של הביטוח המשלים הוא לכסות השתתפויות עצמיות אלו, ואכן הוא מכסה במוצע 46% מההוצאות מכיסו של המבוטח, ועל-ידי כך מקטין את חלקה הממוצע של ההשתתפות העצמית מ-26% ל-14% (Chiappori et al., 1998, עמ' 503). לפיכך, הכלל של Moral Hazard יכול להסביר את התופעה הצרפתית. העובדה שההוצאות הלאומיות על בריאות בצרפת הן בין הגבוהות ביותר כאחוז מהתמ"ג מחזקת מסקנה זו עוד יותר. אם מטרת זהשתתפויות העצמיות בצרפת הייתה לחשוף את המבוטח לחלק מהעלות של השירות, ועל-ידי כך להביא לאיפוק בשימוש בשירותי בריאות, אזי הביטוח המשלים, המכסה את רוב ההשתתפויות

העצמיות, מנטרל כמעט לחלוטין את השפעתן. יש לזכור גם שלמעלה מ-80% מהאוכלוסייה הצרפתית מבוטחים בביטוח משלים ואחוז גבוה יחסית בהם מבוטחים על-ידי חברות ביטוח – 25%. מהמחקר שלנו, שהוא מחקר תיאורי בלבד, לא ניתן להסיק מסקנות ראויות בנושא. על פניו, נראה שכל עוד שהביטוח המשלים אינו מכסה את ההשתתפויות העצמיות במערכת הציבורית, השפעתו על ההוצאות הלאומיות על בריאות הינה צנועה ביותר. אך ברגע שהוא מכסה את המחיר, ואף את המחיר השולי, שהמבוטח נדרש לשלם בגין השירותים שהוא צורך, יהיה תגבור משמעותי בשימושים שישפיעו באופן משמעותי על סך-כל ההוצאה הלאומית על בריאות.

יש לציין, אבל, שמסקנה זו, המבוססת על המקרה של צרפת (ולאור ממצאי המחקרים על Medigap), הינה פשטנית ביותר. קיימים, ללא שום ספק, משתנים נוספים, ואולי חשובים עוד יותר, המשפיעים על ההוצאה הלאומית הגבוהה יחסית בצרפת, לעומת במדינות אירופה האחרות. כפי שראינו בתיאור המערכת הציבורית בצרפת, מדובר על אחת המערכות המורכבות ביותר בהשוואה עם מערכות הבריאות הציבוריות האחרות באירופה. יש לציין שמערכת הבריאות בצרפת היא בין הליברליות ביותר בקרב ארצות אירופה. החולה הצרפתי זכאי לבקר כל מספר של רופאים עצמאיים, בכל יום בשבוע, בגין אותה בעיה, וללא הגבלה, דבר ש-Pomey & Poullier כינו Medical Nomadism (1997, עמ' 53). בנוסף לכך Pomey & Poullier טוענים שההסבר העיקרי לעלייה בהוצאות על בריאות בצרפת היא העלייה במחירים (1997, עמ' 65). אם בוחנים את צרפת בהשוואה למדינות אחרות בנוגע למדדים אחרים, אנו רואים שבצרפת מספר הביקורים אצל רופאים (6.6 לנפש) הוא בין הגבוהים ביותר (רק באוסטרליה המספר גבוה יותר); מספר מיטות אשפוז אקוטי לאוכלוסייה הוא בין הגבוהים ביותר (4.5 ל-1,000 נפש, רק בגרמניה ושוויץ, המספר גבוה יותר, ואכן, הוצאותיהן על בריאות כאחוז מהתמ"ג גבוהות יותר מצרפת); מספר האשפוזים כאחוז מהאוכלוסייה גבוה (20.3%, רק אנגליה גבוהה יותר עם 21.2%, וכזכור, ההוצאות על בריאות כאחוז מהתמ"ג באנגליה הן הנמוכות ביותר בקרב מדינות אירופה). כמו-כן בצרפת יש שימוש גבוה מאוד בתרופות (OECD98, נתונים לשנים 1995 ו-1996).

אמנם, גם Pomey & Poullier מאשימים, במידה גדולה, את הקשר בין הביטוח הציבורי לביטוח המשלים כגורם מרכזי להוצאות הגבוהות לבריאות:

“Cost-shifting between social security and complementary insurance has been high, inducing higher premiums since the latter had little or no leverage on consumer and prescriber behavior...”

אך בהמשך, הם שואלים אם אכן הביטוח המשלים הוא באמת הגורם המרכזי:

“Is the crux of the financial problem in health care an insatiable demand for medical services, unchecked by a ticket moderator (copayment), which complementary insurance for over four-fifths of the population renders controls otherwise ineffective? Is it instead inadequately restrained supply, facilitated by an open-ended solvency guarantee? Is it a bicycle syndrome applied to open-ended demand and a pay-as-you-go revenue based on a labor market connection: in equilibrium as long as there is movement, unstable when still? Drove of long-term unemployed are pointed to as the culprit ... The French health system has grown into a cluster of institutions

and mechanisms whereby entitlement to benefits has become quasi-universal and payment is based on labor market affiliation (6.8% of total wages for salaried employees, 12.15% for employers, plus a variable levy averaging 2.5% for complementary insurance). (Pomey & Poullier, 1997, עמ' 67).

השאלות הני"ל, הנשאלות על-ידי הצרפתים בניסיון להבין את מקור הבעיה במערכות הבריאות שלהם, מדגימות את המורכבות של הנושא. שוב מודגש עד כמה חשוב לראות את הביטוחים הנוספים בכל מדינה כחלק מכלל המערכת, ולהעריך את משמעותם רק במסגרת של סך-כל הפעילות, הבעיות, התוצרים והתוצאים.

נראה לנו שלא ניתן יהיה לברוח בסופו של דבר מהתמודדות עם הבעיה של Moral Hazard הן במערכות הבריאות הציבוריות והן בביטוחי בריאות נוספים. דווקא, ביטוחי בריאות נוספים, יותר מהמערכות הציבוריות, נוקטים שיטות להקטנת ה-Moral Hazard על-ידי הגדלת החשיפה של המבוטחים למחיר הריאלי של השירותים שהם צורכים, וזאת על-ידי שימוש רב יותר בהשתתפויות עצמיות, תקרות מגבלות, ואפילו, כמו בגרמניה, מתן "בונוסים" על-ידי החזרת חלק מהפרמיה למבוטחים שאינם מנצלים את הביטוח שלהם.

זתופעה המדאיגה ביותר בביטוחי בריאות משלימים, אולי, נמצאת בתכניות המכסות את ההשתתפויות זעזמיות הנהוגות במערכת הציבורית, ולכן מספר מדינות, כגון אוסטרליה (בגין שירותי רופאים) ושווייץ, זוסרות, במפורש, כיסוי השתתפויות אלו על-ידי ביטוח בריאות נוסף.

ראה שבסופו של דבר, הפתרון יהיה לא להעלים עין מביטוחי הבריאות הנוספים, אלא לבחון כיצד 'השתמש בהם כהשלמה בונה וחיובית של המערכת כולה. על-מנת לעשות זאת, יצטרכו המדינות השונות 'התמודד עם שאלות, כגון מהם הארגונים המתאימים ביותר למתן ביטוחי בריאות נוספים? מה יהיה יקומו של ביטוח נוסף בתגבור התחרות וההתייעלות של מערכת הבריאות? אלו הטבות יינתנו במסגרת יטוחי בריאות נוספים, ומה צריך להיות המאזן הנכון בין הכיסוי הציבורי והביטוחים הנוספים?

נספח ו: מערכת הבריאות בישראל

1. ההיסטוריה של מערכת הבריאות בישראל

מערכת הבריאות בישראל צעירה יחסית למדינות אירופה. מבחינה היסטורית, הארגון הסוציאלי של שירותי הבריאות בישראל היה מבוסס על ביטוח וולונטרי בקופות-חולים ציבוריות ללא מטרות רווח, ששורשם ההיסטורי בתנועת העבודה (Doron, 1992, עמ' 10).

קופות-החולים הראשונות הוקמו בתחילת המאה העשרים על-ידי קבוצות קטנות של עובדים שהתאחדו בשנת 1920 והקימו את ההסתדרות הכללית של עובדי ארץ-ישראל. הרעיון מאחורי הקמת קופות-חולים בישראל היה מבוסס על מודלים דומים באירופה, כגון גרמניה, אוסטריה ושוודיה. אך המערכת שהוקמה ב"ארץ-ישראל" הייתה שונה באופן מהותי מהמודל האירופאי. המערכות באירופה נבנו לרוב, על בסיס גיאוגרפי, עם קבוצות גדולות של עובדים, ובתמיכה ממשלתית. הן התפתחו כתוצאה מהפיתוח התעשייתי והגידול בקצב מהיר של עובדי התעשייה. לעומת זאת, היוזמה הארץ-ישראלית החלה מעובדי החקלאות, שהתארגנו בקבוצות קטנות, וללא קשר או תמיכה כלשהי מהשלטון של הממלכה העות'מנית (Shvarts, 1996, עמ' 334).

הבדל משמעותי נוסף בין המודל האירופאי והמודל הארץ-ישראלי נבע מאופי המערכת. בגרמניה, לדוגמה, המערכת הייתה תמהיל של שירות ציבורי ופרקטיקה פרטית. הרופא הגרמני היה רופא עצמאי שעבד בהסכם עם קופת-החולים וטיפל בחוליו במרפאתו הפרטית. לחולים היה חופש בחירה ברופא, מעבדה, בית מרקחת ושאר השירותים האמבולטוריים. לעומת זאת, המערכת הישראלית הייתה מערכת סגורה ומרוכזת. לא היה ביטוח חובה או תמיכה כספית ממשלתית. הרופאים היו שכירים ועבדו בארגונים היררכיים שבראשם עמדו פקידים ולא רופאים. לרופאי קופת-חולים היה אסור להפעיל מרפאה פרטית והם נאלצו לעבוד באחת מהמרפאות של קופת-החולים ובהתאם להחלטת הקופה (Shvarts, 1996, עמ' 349-350).

ארבע קופות-החולים הפועלות היום הוקמו לפני קום המדינה, בתקופה שערכים כמו עזרה הדדית ופעולה קולקטיבית היו דומיננטים. הראשונה והגדולה בהן הייתה קופת-חולים כללית של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ-ישראל, שעד אמצע שנות השמונים כיסתה כ-85% מהאוכלוסייה. קופת-חולים המשיכה לפעול על פי המודל המקורי שתואר לעיל. היא בעלת כ-30% ממיטות האשפוז הכללי במדינה ורשת ענפה של מרפאות בקהילה, כאשר רופאיה ובעלי מקצועות אחרים הם עובדים שכירים של הקופה. לעומת זאת, שלוש הקופות האחרות דומות יותר למודל האירופאי. למבוטחיהן יש חופש בחירה ברופאים עצמאיים הקשורים עם הקופה בהסכם ופועלים במרפאותיהם הפרטיות, והן אינן בעלות בתי-חולים (Chinitz, 1996, עמ' 912).

בין 1989-1994, כתוצאה מחוסר שביעות רצון של חברי קופת-חולים כללית ותחרות מוגברת בין קופות-החולים, ירד חלקה של קופת-חולים כללית באוכלוסיית המבוטחים בקופות ל-63.5% (המוסד לביטוח

לאומי 1994/5), בעוד חלקה באוכלוסייה הזקנה והענייה עלה. מגמות אלו תרמו למשבר הכלכלי של קופת-חולים כללית, שהיה אחד הגורמים החשובים לרפורמה במערכת הבריאות בישראל (Chinitz, 1996, עמ' 912).

ערב הפעלת חוק ביטוח בריאות, הייתה המערכת, אם כן, מערכת של ביטוח סוציאלי וולונטרי, שבמסגרתה היו מבוטחים מרצון כ-95% מאוכלוסיית המדינה באחת מארבעת קופות-החולים (כהן ושטיינר, 1995, עמ' 1). קופות-החולים גבו פרמיה ישירות ממבוטחיהן שאת גובהה קבעו כל אחת מהן בנפרד, כאשר הייתה זו פרמיה סוציאלית, דהיינו מבוססת על הכנסתו של המבוטח. בנוסף, המעבידים השתתפו במימון השירותים על-ידי תשלום מס מקביל למוסד לביטוח לאומי שחילק את הכספים בין הקופות, בתחילה על פי גובה הסכום שנגבה מהמבוטחים של כל קופה, ומאוחר יותר על פי נוסחת קפיטציה מבוססת על שלוש קבוצות גיל (כהן ושטיינר, 1995, עמ' 20).

הקופות היו אגודות עות'מניות לעזרה הדדית ובבעלות חבריהן (במישרין ובעקיפין, באמצעות הסתדרות העובדים). כל אחת הגדירה לעצמה את סל השירותים שהציעה לחבריה. בפועל, כתוצאה מהתחרות ביניהן, היה דמיון רב ביניהן, הן בגובה הפרמיה שגבו והן בתוכן סלי השירותים. לכאורה, לתושבי המדינה היה חופש בחירה בקופת-חולים, אף כי מוגבל, מאחר שההסתדרות רשמה את כל עובדיה באופן אוטומטי בקופת-חולים כללית וגבתה מהם מס אחיד שהיה משולם ללשכת המס של ההסתדרות הכללית, וכלל הן דמי חבר להסתדרות והן פרמיה לקופת-החולים. מאחר שתשלום המס האחיד להסתדרות היה חובה במקומות עבודה הקשורים עם ההסתדרות, לא היה לאוכלוסייה זו חופש בחירה.

גורמים נוספים ברקע הרפורמה כללו:

1. קיומן של 300,000 נפשות שאינן מבוטחות בקופות-החולים, חלקן מרצון מתוך העדפה של שירות רפואי פרטי, וחלקן בגלל חוסר יכולת לעמוד בתשלום החודשי.
2. מתן שירות רפואי לא שוויוני למבוטחים בקופות השונות.
3. זכות הקופה לבחור את המבוטחים ולבחור את סוגי המבוטחים העדיפים מבחינתה.
4. היעדר קשר מובן או מוצדק בין הוצאותיהן של הקופות לבין הכנסותיהן.
5. הנהגת תעריפי מס חבר דיפרנציאליים על-ידי קופות-החולים שהיו, במידה מסוימת, רגרסיביים.
6. הייתה התניה בין מקום עבודה וחברות בקופת-חולים כללית, בעיקר במקומות עבודה שהיו קשורים עם ההסתדרות, כפי שהוזכר לעיל (כהן ושטיינר, 1995, עמ' 1-6).
7. עליית הליכוד לשלטון ב-1977 הביאה לסיום השלטון של מפלגת העבודה. ממשלות העבודה התייחסו באופן מסורתי בצורה חיובית לקופת-חולים כללית והעניקו לה עזרה כספית נדיבה. עם עליית הליכוד לשלטון הצטמצמה עזרה זו באופן משמעותי, גורם נוסף שתרם גם הוא להעמקת המשבר הכלכלי של קופת-חולים כללית.
8. הביורוקרטיזציה ההולכת וגדלה של קופת-חולים כללית הביאה לירידה בשביעות רצון חבריה, ולעזיבה לקופות האחרות (Doron, 1992, עמ' 12-13).

9. התחרות ההיסטורית בין קופת-חולים כללית ומשרד הבריאות, שגרמה למשרד הבריאות להתמקד בהספקת שירותים (בעיקר שירותי אשפוז) במקום בתפקידו כמינסטריון, וכתוצאה מכך, היעדר תכנון, מדיניות וויסות במערכת.

10. משברים בהפעלה התקינה של מוסדות ציבוריים (בעיקר בתי-חולים) כתוצאה מסכסוכי עבודה.

בקיצור, פוליטיזציה, משבר פיננסי, חוסר שוויון, היעדר מדיניות ותכנון, סכסוכי עבודה וחוסר שביעות רצון של הציבור, יצרו את הדחף לרפורמה. בשנת 1988, בתקופה שהתאפיינה על-ידי סכסוכי עבודה ושבתות במערכת הבריאות וחוסר יציבות פיננסית של קופת-חולים כללית, מינתה ממשלת ישראל ועדת חקירה בראשותה של השופטת שושנה נתניהו לחקור את מערכת הבריאות ולגבש המלצות לשיפורה.

לאחר שנתיים של עבודה, הגישה ועדת נתניהו את המלצותיה שכללו:

- ♦ חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי שיבטיח רמת טיפול בסיסית אחידה לכל תושבי המדינה.
- ♦ גישה אוניברסלית לשירותי בריאות וחופש בחירה בין קופות-החולים.
- ♦ גבייה מרוכזת של מס בריאות על-ידי המוסד לביטוח לאומי וחלוקת הכספים בין קופות-החולים לפי נוסחת הקפיטציה.
- ♦ ארגון מחדש של משרד הבריאות והפיכתו מספק שירותים למינסטריון שתפקידו תכנון וקביעת מדיניות (Chinitz, 1996, עמ' 914-918).

המלצות הוועדה ייושמו באופן חלקי. בשנת 1994 נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שהופעל בתחילת שנת 1995, במטרה להסדיר בישראל ביטוח בריאות אוניברסלי ושוויוני. עקרונות החוק היו:

- ♦ זכות יסודית לשירותי בריאות של כל תושב, וחובתו להירשם באחת מקופות-החולים.
- ♦ אחריות קופות-החולים להספקת סל שירותים חובה לחברים הרשומים בהן.
- ♦ חובה לספק את שירותי הבריאות בסל הבסיסי לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות מימון מוגדרים.
- ♦ מקורות המימון שהוגדרו בחוק כללו מס בריאות המשולם על-ידי התושבים על בסיס הכנסותיהם, מס מקביל המשולם על-ידי המעבידים, חלקים מוגדרים מתקציב משרד הבריאות, השלמת מימון מהממשלה, והשתתפויות עצמיות של המבוטחים. החוק קבע, בהתאם להמלצות ועדת נתניהו, שמש הבריאות ייגבה על-ידי המוסד לביטוח לאומי, ושכל המקורות יחולקו בין קופות-החולים על-ידי הביטוח הלאומי לפי נוסחת קפיטציה (Siebzehner & Shemer, 1995, עמ' 218-219).

החוק לא התייחס כלל לארגון מחדש של משרד הבריאות ולניתוקו מהספקה ישירה של שירותי בריאות, וכן אין התייחסות כלל לבתי-חולים ולתאגודם, שני דברים שעמדו ביסוד המלצותיה של ועדת החקירה. ואכן הדברים הללו לא ייושמו עד עצם היום הזה. מאז הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בתחילת 1995 חלו מספר שינויים חשובים במערכת הבריאות בישראל:

- ◆ בשנת 1997 בוטל חוק מס מקביל ובכך שוחררו המעבידים כליל מכל אחריות חוקית למימון הביטוח הרפואי של עובדיהם. במקומם, האוצר מעביר את הסכום שהיה מתחייב אילו המשיך המס להתקיים (קופ, 1998, עמ' 94).
- ◆ הכנסת החליטה, בניגוד לנקבע בחוק ביטוח בריאות, לא להעביר ממשד הבריאות לקופות-החולים אחריות בגין שירותים לרפואה מונעת, כגון תחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב). כמו-כן, האחריות על מתן שירותים פסיכיאטריים וגריאטריים טרם הועברה לקופות-החולים.
- ◆ הונהג שיטה של קביעת תקרה להוצאות בתי-חולים בניסיון לרסן את העלייה החדה בהוצאות אשפוז ומרפאות החוץ של בתי-החולים. עם זאת, משרד הבריאות ממשיך להעלות את מחירי האשפוז בצורה שתפצה את בתי-החולים, לפחות באופן חלקי, על צמצום הכנסותיהם כתוצאה מהתקרה.
- ◆ לקראת הפעלת החוק, סוכמו הסכמי שכר חדשים בין הממשלה לבין רופאים ואחיות בשירות הציבורי, דבר שגרם לגירעון במערכת החדשה עוד טרם הפעלתה.
- ◆ כתוצאה מרצונו של משרד האוצר לדכא את העלייה המתמדת בהוצאות הציבוריות לבריאות, הנהיג משרד האוצר מדיניות של מחסור. במסגרת המשא ומתן השנתי בין קופות-החולים והממשלה, נדרשו הקופות להתייעל ולהוריד את הוצאותיהן באחוזים משמעותיים, ואכן כל שנה משרד האוצר מאשר להן תקציב גירעוני.
- ◆ מדד יוקר הבריאות שנקבע בחוק, הקובע את גובה העדכון השנתי של מקורות החוק למימון המערכת, אינו כולל משתנים חיוניים, כגון צמיחת האוכלוסייה והזדקנותה, מקדם טכנולוגי, ומחירי אשפוז, ולכן קיימת שחיקה מובנת של 4%-6% במימון מערכת הבריאות הציבורית.
- ◆ בתחילת 1998, הועבר הרישום של התושבים בקופות-החולים לרשות הדואר, והוא מלווה באגרה של 10 ₪ למבוטח מבוגר, דבר שהוריד משמעותית את המעבר של מבוטחים בין קופות-החולים, ופגע, במידת-מה, בחופש הבחירה של התושב בקופת-חולים.

2. ביטוחי בריאות נוספים בישראל

וד לפני הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, היו קופות-החולים "מעין" גופים ציבוריים, וחלק מהן זפילו נהנו מסיוע ממשלתי. לכן אנו מתייחסים לביטוח הניתן על-ידי קופות-החולים, גם בעידן לפני חוק, כביטוח סוציאלי ציבורי.

היסטוריה של ביטוח בריאות פרטי בישראל התחילה עם הקמתה של חברת שילוח בשנת 1933/34 'ביטאה את היוזמה הפרטית בתחום הרפואה של רופאים יוצאי גרמניה שעלו ארצה בשנות ה-30.

ד בואה של העלייה מגרמניה שלטה בארץ-ישראל הגישה כי רפואת הציבור, ובכללה גם ביטוח בריאות, ייבם להימצא אך ורק בידיהם של ארגונים פילנתרופיים, או מוסדות לעזרה הדדית שלא למטרות 'וח. הרופאים יוצאי גרמניה התקשו לעכל את הרחקתה של היוזמה הפרטית מתחום הרפואה. אחד ביטויים המובהקים לכך היה ייסודה של חברת הביטוח "שילוח", חברה פרטית למטרות רווח על בסיס סחרי א-פוליטי. חברת "שילוח" אימצה לעצמה את עיקרון הבחירה החופשית הבלתי מוגבלת, לפיו מבוטח יכול לבחור כרצונו, ללא שום הגבלות, הן הרופאים שאצלם הוא חפץ לקבל טיפול והן את בַּיַת-

החולים שבו הוא רוצה להתאשפז. בראשית דרכה היו רוב המבוטחים עולים אמידים יוצאי גרמניה, ובשנות השלושים והארבעים היא פעלה רק בשלוש הערים הגדולות - תל אביב, חיפה וירושלים. בראשית שנות הארבעים נחתם הסכם בינה לבין הסתדרות הרופאים, לפיו הורחב תחום פעילותה גם לטיפולים רפואיים שלא במסגרת בית-חולים. במהלך שנות החמישים הצליחה חברת "שילוח" לחדור אף אל המושבות ולהמשיך בהרחבת מעגל מבוטחיה בערים (נידרלנד, 1983, עמ' 153-154).

האירוע השני בהיסטוריה של ביטוח רפואי נוסף בישראל היה הקמתה של "מכבי מגן" על-ידי קופת-חולים מכבי. כדי לאפשר לחברי הקופה לקבל שירותים רפואיים מעבר לאלה שהם זכאים להם בהתאם לתקנון, הקימה הקופה מסגרת ארגונית של ביטוח שיאפשר אשפוז בזמן מחלה בבתי-חולים פרטיים ויפצה את החולה על אובדן הכנסות בעת מחלתו. בשלב ראשון (1950) רשמה הקופה חברה פרטית שפעלה פרק זמן קצר יחסית, וב-1953 נרשמה "מכבי מגן" כ"אגודה שיתופית לביטוח הדדי נגד מחלות בע"מ", ללא מטרת רווח, כאשר מטרת האגודה הייתה לארגן ולשפר את התנאים הבריאותיים של חברה לפי עקרונות קואופרטיביים. למסגרת זו חויבו להירשם תיירים או תושבים ארעיים, שנרשמו לקופה לפרקי זמן קצרים כדי לאפשר להם ליהנות מביטוח אשפוז, שכן האשפוז בבתי-חולים ממשלתיים היה מסובסד על-ידי הממשלה, ולתיירים ולתושבים ארעיים לא הייתה זכות ליהנות מסבסוד זה. במשך השנים פעלה "מכבי מגן" בהיקף מצומצם. במחצית השנייה של שנות השמונים, הפכה "מכבי מגן" למסגרת של ביטוח משלים בהיקף רחב העונה לצרכים רפואיים מיוחדים שלא מצאו פתרונם במסגרת השירותים הרפואיים הרגילים של הקופה. בשנת 1991, כבר היו מבוטחים ב"מכבי מגן" 178,000 חברי קופת-חולים מכבי שהם 33% מסך-כל המבוטחים בקופה. הביטוח ב"מכבי מגן" העניק למבוטחיה השתתפות כספית משמעותית ברכישת שירותים שונים, ובמיוחד התייעצות פרטית אצל רופאים מומחים (מנהלי מחלקות וסגניהם) שאינם קשורים להסכם עם הקופה; ניתוחים אלקטיביים בבית-חולים פרטי במחלקה שנייה; ניתוחים הכרחיים בחו"ל; שירות אחות פרטית להשגחה לילית לאחר ניתוח בבית-חולים ציבורי; אשפוז סיעודי; החלמה לאחר אשפוז; הפריה חוץ גופית במכון פרטי מוכר; אבזרים רפואיים; שירותי רפואת שיניים מונעת ומשמרת (ריבלין, 1991, עמ' 70).

למעט חברת "שילוח" ו"מכבי מגן", לא היו בישראל ביטוחי בריאות פרטיים או נוספים אחרים עד למחצית השנייה של שנות השמונים. בתקופה זו אירעו שתי תופעות: קופות-החולים הנהיגו ביטוח משלים חובה לכיסוי ניתוחים והשתלות איברים בחו"ל, וחברות הביטוח המסחריות החלו לשווק פוליסות ביטוח בריאות מסחריות. ביטוחי החובה של קופות-החולים כיסו את כל מבוטחיהן. עם זאת, השוק לביטוח מסחרי היה קטן, וב-1986, פחות מ-5% מהכנסות פרמיות הביטוח היו מביטוח בריאות מסחרי, מעט פחות מ-2% מסך-כל ההוצאות הלאומיות לבריאות.

המשווק	סוג הכיסוי	מבטח	אחוז האוכלוסייה המבוטחת
קופות-החולים	ביטוח בריאות בסיסי מרצון	קופות-החולים	95%
	ביטוח בריאות משלים חובה	מבטחי משנה	95%
	ביטוח בריאות משלים מרצון	קופת-חולים מכבי	3%
מבטחים מסחריים	ביטוח בריאות בסיסי מרצון	חברת שילוח	0.5%
	ביטוח בריאות נוסף מרצון	מבטחי משנה	10%-13%

ביטוחי הבריאות המסחריים סופקו על-ידי עשר חברות גדולות והפוליסות כיסו מימון של השירותים הבאים: ניתוחים והשתלות בחו"ל; הוצאות בעבור מנתח שנבחר על-ידי המבוטח, הוצאות ניתוח שבוצע בבתי-חולים פרטיים; טיפול שיניים; טיפול שיניים; טיפול סיעודי כרוני ממושך, בעיקר לקשישים; טיפולים אחרים המבוצעים על בסיס פרטי או במערכות פרטיות, כגון ייעוץ רפואי, טיפולים מתקדמים נגד עקרות וטיפול לבי מיוחדים. הכיסוי המסחרי הנפוץ ביותר היה בעבור טיפול שיניים, שהקיף לפחות 10% מהאוכלוסייה. בין 2%-3% מהאוכלוסייה בחרו לרכוש פוליסות ביטוח בריאות וסיעוד מסחריות (כהן וברנע, 1991, עמ' 4-5).

השוק של ביטוח בריאות נוסף קיבל תנופה לקראת חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כבר בטיוטות הראשונות של החוק הוגדר סל שירותים חובה, וכן האפשרות על פי חוק, למתן ביטוח לשירותים רפואיים נוספים על-ידי קופות-החולים.

חברות הביטוח המסחריות ראו בחוק ביטוח בריאות, והגדרת סל שירותים בסיסי, הזדמנות ליצירת שוק עם פוטנציאל רב. לביטוחים משלימים בגין שירותי בריאות נוספים שאינם כלולים בסל השירותים. לפיכך, עוד בדיונים עם הממשלה לקראת חקיקת החוק, ניסו חברות הביטוח לשכנע את הממשלה לא לאפשר לקופות להציע ביטוח משלים ולהשאיר שוק זה כשוק בלעדי לחברות הביטוח המסחריות (על פי ידע אישי; המחברים השתתפו באופן אישי בחלק מהדיונים הללו).

למרות לחצים עזים מטעם חברות הביטוח המסחריות, נתקק החוק ובו סעיף המרשה לקופות-החולים להציע לחבריהן ביטוח למימון שירותי בריאות נוספים שאינם כלולים בסל שירות הבריאות של החוק (סעיף 10 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד 1994).

עוד טרם הפעלת החוק, קופות-החולים החלו להציע לחבריהן ביטוח סיעודי עם כיסוי חלקי להוצאות המבוטחים באשפוז סיעודי וטיפול סיעודי ביתי, בדרך כלל באמצעות חברות ביטוח מסחריות או גופים נלווים לקופות-החולים. לקראת הפעלתו של החוק ועד זמן קצר אחר-כך, התארגנו כל קופות-החולים בצורה זו או אחרת וגיבשו תכניות חדשות או מורחבות לביטוח בריאות משלים אותן הציעו לחבריהן. לחברי קופת-חולים מכבי כבר הייתה אפשרות לרכוש ביטוח משלים במסגרת "מכבי מגן" כפי שתואר לעיל. לקראת הפעלת החוק, גובשה תכנית נוספת במסגרת "קרן מכבי", שהינו גוף שמלווה את הקופה

מאז הקמתה. בעת חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, פעלה קרן מכבי כעמותה שמטרתה הייתה לסייע לקופת-חולים מכבי ולחבריה, ובין היתר, היא נתנה הלוואות צנועות לחבריה, הנמצאים במצוקה כספית, כדי לסייע להם ברכישת אבזרים רפואיים או במימון טיפולים רפואיים שאין הקופה מכסה, ובכללם רפואת שיניים. לפיכך, בחרה קופת-חולים מכבי להציע רובד נוסף של ביטוח משלים במסגרתה שכלל, בעיקר את השירותים שהיא נתנה ערב החוק ולא היו כלולים בסל הבסיסי של החוק (ריבלין, 1991, עמ' 69; וידע אישי של המחברים).

קופת-חולים מאוחדת בחרה להמשיך ולהציע תכנית של ביטוח משלים בעצמה, כפי שעשתה כבר ערב החוק, למעט ביטוח סיעודי שהוצע לחבריה באמצעות חברת ביטוח מסחרית. קופות-חולים כללית ולאומית בחרו להציע תכניות ביטוח משלים חדשות באמצעות חברות ביטוח (קופת-חולים כללית כבר מינואר 1995 וקופת-חולים לאומית מפברואר 1996).

תכניות הביטוח המשלים של כל קופות-החולים ב-1996 (שנה לאחר הפעלת החוק) כיסו שלושה סוגים של שירותים: (א) "שירות משלים": שירותים שאינם כלולים בסל הבסיסי, כגון טיפולי שיניים, וביטוח סיעודי; (ב) שירות מרחיב": שירותים המרחיבים את הכיסוי הניתן בסל הבסיסי, כגון תוספת כסף להשתלות בארץ ובחו"ל, יותר טיפולי הפרייה; (ג) "שירות משופר": שירותים הקיימים בסל הבסיסי אך ניתנים בתנאים משופרים במסגרת הביטוח המשלים, כגון שיפוי הוצאות אשפוז בבית-חולים פרטי (גרוס וברמלי, 1996, עמ' 9-10).

בעת חקיקתו והפעלתו של חוק ביטוח בריאות, היה שוק ביטוח הבריאות המסחרי בישראל עדיין בשלבי התפתחות ראשוניים. מלבד חברת ביטוח "שילוח-הראל" שהחלה לשווק פוליסות ביטוח בריאות מסחריות מאז 1933, חדרו רוב החברות לשוק ביטוח בריאות רק במחצית השנייה של שנות ה-80. ב-1991 ביטוח בריאות מסחרי סופק על-ידי עשר חברות שהציעו לציבור כעשרים פוליסות בריאות שונות. עד סוף 1996 חלו תמורות בשוק ביטוחי הבריאות המסחריים, כאשר בעקבות השתלטות של חלק מן החברות על חברות קטנות יותר, נשארו בשוק כשש חברות ביטוח גדולות. כל החברות שיווקו מספר רב של פוליסות ביטוחי בריאות מגוונות, הגדולה בהן חברת "שילוח-הראל" שחלקה בשוק ב-1996 היה גבוה מ-80% (גרוס וברמלי, 1996, עמ' 37-38).

חברות הביטוח המסחריות משווקות ארבעה סוגים של ביטוח בריאות: ביטוח שיניים, ביטוח סיעודי, ביטוח רפואי אקוטי, וביטוח לשירותים דחופים (Shmueli, 1998, עמ' 821).

לפי סקר שנעשה על-ידי מכון ברוקדייל ב-1996, כ-35% מכל המרואיינים רכשו ביטוח משלים המשווק על-ידי הקופה בה הם חברים.

לוח 2: המבוטחים בביטוחים המשלימים של הקופות לפי רישומי הקופות כאחוז מסך-כל חבריהן

קופת-חולים כללית	קופת-חולים מכבי	קופת-חולים מאוחדת	קופת-חולים לאומית
בני 22+ משלמי פרמיה: 16%	קרן מכבי: 89%	עדיף: 82%	לאומית משלימה
	מכבי מגן: 55%		כ-50%

שיעור בעלי ביטוח מסחרי באוכלוסייה כולה באותה השנה היה 15.6% (גרס וברמלי, 1996, עמ' 48-49, 55).

בשנת 1998 חלה עוד מהפכה בשוק ביטוח הבריאות המשלים של קופות-החולים בעקבות שינויים בנושא זה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, והתקנת תקנות מפורטות שלא היו קיימות קודם לכן. עד אז, בתכניות הביטוח המשלים בכל הקופות היה חיתום, לרבות הגבלות גיל ומצב בריאות המצטרפים, תקופות אכשרה והמתנה, ופרמיות על בסיס גיל המבוטח. קופות-חולים כללית ולאומית נתנו את הביטוח זמשלים שלהן באמצעות חברות ביטוח, מאוחדת נתנה אותו בעצמה, ומכבי נתנה ביטוח משלים באמצעות שני תאגידי נלווים "קרן מכבי" ו"מכבי מגן". השינויים בחוק והתקנות קבעו ש"תכניות לשירותים נוספים" של קופות-החולים חייבות להיות פתוחות לכל חבריהן ללא אפליה; מותר להן לקבוע תקופות המתנה בלבד לשירותים השונים; והפרמיות יכולות להיות שונות לפי גיל המבוטח. הביטוח יכול להינתן ישירות על-ידי קופות-החולים או באמצעות חברה בשליטה מלאה. בנוסף, תכניות אלו טעונות אישור שר הבריאות.⁵ על פי נתונים מעודכנים ממכון ברוקדייל, 37% מכלל האוכלוסייה מבוטחים היום: אחת התכניות של קופות-החולים, ול-16.5% יש פוליסה מחברת ביטוח מסחרית. בקרב אלו, לכ-50% (7% מכלל האוכלוסייה) יש פוליסה לטיפול שיניים (גרס וברמלי-גרינברג, 1999).

3. סל השירותים הבסיסי והטבות בביטוחים המשלימים

3.1 הסל הבסיסי

זל השירותים הבסיסי חובה, כפי שהוגדר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי הינו סל מקיף המכסה רפואה זונעת אישית וחינוך לבריאות; אבחון רפואי; טיפול רפואי אמבולטורי לרבות טיפול נפשי, בין במרפאה בין בבית; אשפוז כללי לרבות אשפוז יולדות ויילודים; אשפוז פסיכיאטרי, אשפוז פסיכוגריאטרי אשפוז כרוני סיעודי; שיקום רפואי לרבות שיקום פסיכולוגי, פיזיותרפיה, ריפוי בדיבור, ריפוי בעיסוק עבודה סוציאלית בתחום הבריאות; הספקת תרופות; מכשירים ואבזרי עזר רפואיים; רפואת שיניים זונעת לילדים; עזרה רפואית ראשונה והסעה לבית-חולים או מרפאה; שירותי רפואה בעבודה; וטיפול פואי ונפשי לגמילה לנפגעי סמים ואלכוהול. השירותים הספציפיים בכל אחד מהתחומים הנ"ל פורטים בתוספת לחוק.⁶

וונת החוק הייתה להעביר את כל השירותים הנ"ל לאחריות קופות-החולים. נכון למועד כתיבת דוח זה, לק מהתחומים טרם הועברו ונשארו באחריות משרד הבריאות, כולל: רפואה זונעת אישית וחינוך

חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה) התשנ"ח-1998.
חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 סעיף 6.

לבריאות, אשפוז פסיכיאטרי ופסיכוגריאטרי, אשפוז כרוני סיעודי, רוב המכשירים ואבזרי עזר רפואיים, וטיפול רפואי נפשי לגמילה לנפגעי סמים ואלכוהול. כמו-כן, אשפוז יולדות ויילודים ממומנים על-יד המוסד לביטוח לאומי.

שלוש השנים הראשונות לאחר הפעלת החוק הוגדרו כ"תקופת ביניים" שבמסגרתה היו קופות-החולים רשאיות להמשיך ולתת למי שרשום בהן את שירותי הבריאות שהיו נהוגים אצלן לפני הפעלת החוק⁷ לרבות ההשתתפויות העצמיות שנהגו לגבות ממבוטחיהן. בחוק ההסדרים של שנת 1998 נקבע שקופות-החולים רשאיות לגבות השתתפויות שונות ואו נוספות לאלו שבחוק, ובתנאי שתכניתיהן לגביית השתתפויות עצמיות אלו, כאמור, תאושרנה על-ידי ועדת הכספים של הכנסת.

לפיכך, החל מיולי 1998 יש השתתפויות עצמיות כדלקמן:

ביקור רופא: כל קופות-החולים גובות היטל רבעוני בביקור אצל רופא מקצועי שנע בין 10-20 ש"ח. רק מכבי גובה היטל רבעוני בגין ביקור אצל רופא ראשוני בגובה של 5 ש"ח.

אשפוז: אין השתתפות עצמית באשפוז בבית-חולים ציבורי.

מרפאות חוץ ומכונים רפואיים: כל קופות-החולים גובות 20 ש"ח אחת לרבעון בגין ביקור במרפאות חוץ של בית-חולים, או במכונים רפואיים של הקופות, או הקשורים עמן.

תרופות: יש השתתפות עצמית בגין תרופות ששונה במעט מקופה לקופה. בכולן נהוגה השתתפות עצמית מינימלית שנעה בין 8-10 ש"ח, והשתתפות בתרופות שבסל שנעה בין 10%-15%. בכל קופות-החולים נקבעה השתתפות עצמית מרבית בגין תרופות.

בנוסף להשתתפויות הנ"ל, ישנן השתתפויות עצמיות שהוגדרו בחוק כחלק מהסל הבסיסי, כגון ביקור בית של רופא, שירותי חירום (חדר מיון), דמי נסיעה והסעה, אשפוז כרוני, בדיקות במהלך הריון, טיפולים פרה-רפואיים בהתפתחות הילד, פיזיותרפיה בקהילה, הפרעות בתקשורת, טיפולי פוריות, תותבות, טיפול שיניים בחולים אונקולוגיים, אורתופטיקה, השתלת עדשה תוך-עינית, אבזרים ומכשירים וציוד רפואי.

יש לציין שבתחילת 1999, בוטלו ההשתתפויות העצמיות במסגרת הסל הבסיסי לשתלים לאוזן התיכונה ולטיפול שיניים בחולים אונקולוגיים.

לגבי כל ההשתתפויות הנ"ל קיימים פטורים והנחות למיעוטי הכנסה, קשישים ומשפחות מרובות ילדים.

⁷ סעיף 70 (ב) בחוק

3.2 הטבות בביטוח משלים

יש שוני מהותי בצורת הגשת הביטוחים המשלימים על-ידי קופות-החולים וחברות הביטוח, המקשה על כל השוואה ביניהן. קופות-החולים מציעות את ההטבות בתכניותיהן לשירותים נוספים כחבילה אחת עם מספר רב של הטבות שונות. לעומתן, החברות המסחריות מציעות ריבוי של פוליסות פרטניות לשירותים ספציפיים. שני שירותים הניתנים על-ידי קופות-החולים ורוב חברות הביטוח הם ייעוץ אצל מומחים בכירים וניתוחים פרטיים. לגבי ניתוחים פרטיים, קופות-החולים מציעות בחירה במנתח ואשפוז בבתי-חולים פרטיים בלבד. לאחרונה החלו חברות הביטוח להציע, בנוסף, תכניות המאפשרות גם בחירה במנתח בבתי-חולים ממשלתיים, וזאת למרות שבתי-חולים אלו טרם קיבלו אישור מהממשלה להפעיל שירות "פרטי" במסגרתם.

שירותים אחרים הניתנים במסגרת התכניות של קופות-החולים וחלק מחברות הביטוח המסחריות הם: ניתוחים והשתלות בחו"ל, החלמה והבראה אחרי אשפוז, אחות פרטית בבית-חולים (חברות ביטוח נוטות לתת פיצוי בגין אירוע אשפוז, דבר שאסור לקופות לתת על פי החוק), הפרייה חוץ גופית, רפואה משלימה וריפוי שיניים. יש לציין שיש הבדלים משמעותיים בין התכניות השונות בהיקף ההטבה, הן בין קופות-החולים לבין עצמן, והן לבין חברות הביטוח המסחריות. ההשתתפויות העצמיות במערכת הציבורית אינן מכוסות על-ידי הביטוח המשלים, הן של הקופות והן של חברות הביטוח. התחום זבעייתי ביותר הוא התחום של אשפוז וטיפול סיעודי. עד לשנת 1998, קופות-החולים הציעו לחבריהן ביטוח סיעודי עם שיפוי משמעותי בגין כל מקרה תמורת פרמיות נמוכות. השינוי בחוק ביטוח בריאות בתחילת שנת 1998 אסר על קופות-החולים להמשיך במתן ביטוח זה. כל קופות-החולים, למעט מכבי, ישו ביטוח קולקטיבי בעבור מבוטחיהן בחברת ביטוח מסחרית. מכבי העבירה את הביטוח הסיעודי ל"מכבי מגן", שהוכרה בעבר על-ידי המפקח על הביטוח כגוף הרשאי להציע ביטוח בריאות. למעט זתכניות הקשורות עם קופות-החולים, רק חברות מעטות ביותר מציעות הטבות מקיפות בתחום זה, והן נוטות זאת תמורת פרמיות גבוהות למדי.

3. מבנה וגובה הפרמיה לביטוחים המשלימים

הבדלים העיקריים בין קופות-החולים לחברות הביטוח המסחריות הם בתנאים להצטרפות, למימוש זכות הביטוח וגובה הפרמיה. קופות-החולים חייבות לקבל לתכניותיהן לשירותים נוספים את כל בוטחיהן המעוניינים בכך, ללא הגבלה. חברות הביטוח המסחריות רשאיות לעשות חיתום, דהיינו עשות סלקציה על פי סיכונים אקטואריים. כמו-כן, קופות-החולים רשאיות להגביל את מימוש הזכויות באמצעות תקופות המתנה בעוד חברות הביטוח רשאיות להשתמש גם בתקופות אכשרה. שתיהן שאיות לקבוע תקרות כספיות להשתתפותן בשירותים השונים. ככלל, קופות-החולים מספקות את שירותים הנוספים באופן ישיר באמצעות ספקי שירותים בהסכם, בעוד חברות הביטוח המסחריות ממשות הטבותיהן על-ידי שיפוי או פיצוי.

אשר למבנה הפרמיה, כולן קובעות את הפרמיה על בסיס קבוצות גיל, אולם, חברות הביטוח רשאיות קבוע פרמיה שונה גם לפי מין, ולפי סיכון אקטוארי.

יש הבדל משמעותי בגובה הפרמיה בין קופות-החולים וחברות הביטוח המסחריות. כמו-כן, קיים הבדל משמעותי בתמורות, דהיינו היקף הזכויות תמורת גובה הפרמיה, כפי שרואים בלוח הבא.

לוח 3: פרמיות והטבות בקופות-החולים ובחברות הביטוח⁸

ביטוחים של חברות ביטוח			ביטוחים של קופות-החולים					
מגדל משפר בריאות	שילוח - הראל ניתוחית	ציון - בריאות פרטית שלמה	לאומית	כללית משלים	מאוחדת עדיף	מכבי מגן זהב		
X	X	-	X	X	X	X	ריפוי שיניים	
-	-	-	X	X	X	X	התפתחות הילד	
-	-	-	X	X	X	X	רפואה אלטרנטיבית	
-	-	-	-	X	X	X	אבזרים	
-	-	-	-	-	X	X	תרופות	
-	-	-	X	X	X	X	בדיקות גנטיות	
X	-	-	X	X	X	X	הפריה חוץ גופית	
X	X	-	X	X	X	X	אבחון/טיפול בחולי לב	
X	X	X	-	X	X	X	טיפולים בחו"ל	
X	X	X	-	X	X	X	אחות בבית-חולים	
X	X	X	X	X	X	X	הבראה החלמה	
X	X	X	X	X	X	X	השתלות/ניתוח פרטי	
X	X	X	X	X	X	X	ייעוץ אצל מומחים	
ממוצע לחברות = 295			ממוצע לקופות = 88				פרמיה חודשית בשי"ח	
ממוצע לחברות = 495			ממוצע לקופות = 106				למשפחה עם 3 ילדים לזוג +65	
יש	יש	יש	אין	אין	אין	אין	הצטרפות - הגבלות	
							X = קיימת הטבה	

כדי להשוות את העומס בגין ביטוח משלים, על כיס האזרח הישראלי, לעומת על הכיס של אזרחי המדינות שנסקרו בעבודה זו, חישבנו את ההכנסות מפרמיות למבוטח הישראלי כאחוז מהתמ"ג לנפש בשנת 1997. על פי חישוב זה, ההוצאות למבוטח ישראלי בגין ביטוח משלים כאחוז מהתמ"ג ב-1997 היה 0.7%, בדומה לצרפת, אך גבוהה מבלגיה, הולנד ודנמרק. אך נתון זה מטעה מאחר שקיים הבדל משמעותי גם בנושא זה בין קופות-החולים וחברות הביטוח המסחריות. ההוצאה למבוטח בחברות הביטוח כאחוז

⁸ הלוח הוכן על-ידי פרנסיס ווד, הכלכלן הראשי של מכבי שירותי בריאות, על בסיס נתונים השוואתיים בהטבות ופרמיות בין קופות-החולים וחברות הביטוח שנאספו על-ידי משרדו של ד"ר יאיר בב"ד, בשנת 1998.

מהתמ"ג הייתה כ-1.6% (נמוך מאנגליה, גבוה מאירלנד) כאשר ההוצאה למבוטח בקופות-החולים הייתה 0.3% מהתמ"ג לנפש, נמוך יותר מכל המדינות שנסקרו.⁹

היקף ההוצאה על ביטוחים נוספים בישראל משוערך ב-1997 כ-2.6% מסך-כל ההוצאה הלאומית.¹⁰

3.4 חוקים ותקנות

קופות-החולים וחברות הביטוח המסחריות פועלות במסגרת שני חוקים שונים. קופות-החולים מציעות ביטוח משלים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי ונמצאות בפיקוח שר הבריאות. חברות הביטוח המסחריות פועלות על פי חוק הפיקוח על עסקי ביטוח וכפופות למפקח על הביטוח במשרד האוצר. לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התווסף סעיף לחוק הפיקוח על עסקי ביטוח המבהיר שחוק זה אינו חל על קופות-חולים.¹¹ חוק הפיקוח על עסקי ביטוח קובע את הגופים להם רשאי המפקח לתת רשיון, תהליך הבקשה לרשיון, ביטול רשיון מבטח, רישוי סוכני ביטוח, וכן מגדיר את הכלים בידי המפקח לפיקוח על חברות הביטוח. ניתן לומר שחוק זה הינו חוק מסגרת המרשה למפקח להתקין תקנות ספציפיות בכל תחום. לאחר בדיקה, מסתבר שאין תקנות ספציפיות לגבי ביטוחי בריאות. יש לציין שהביטוח בישראל מחולק לשני ענפים: ביטוח כללי וביטוח חיים. ביטוחי בריאות מסחריים יכולים להינתן במסגרת ביטוח כללי וביטוח חיים, בעוד ביטוח סיעודי ניתן רק במסגרת הענף של ביטוח חיים.

⁹ החישוב נעשה על בסיס נתוני 1997 של איגוד חברות הביטוח בישראל, קופות-חולים מכבי והמאוחדת, והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. יש לציין שנתוני איגוד חברות הביטוח כוללים גם את קופות-החולים כללית ולאומית, שקיבלו שירותי ביטוח משלים באותה שנה באמצעות חברות ביטוח מסחריות. חשוב להדגיש שמבוטחי הקופות וחברות הביטוח אינם מהווים שתי אוכלוסיות נפרדות לגמרי. יש להניח שחלק מאלו שרכשו ביטוח משלים בקופות-החולים רכשו גם פוליסות בחברות הביטוח המסחריות.

¹⁰ זו באמת הערכה גסה מאחר שהנתונים שעמדו לרשותנו היו הוצאות והכנסות של הביטוחים הנוספים של הקופות ב-1997, אך לגבי הביטוחים הפרטיים הנתונים היו על הכנסות מפרמיות בלבד. הנחנו שההוצאות של הביטוחים הפרטיים עמדו באותו יחס להכנסות כמו בקופות-החולים ועל פי זה הגענו לאומדן הוצאותיהם. ייתכן שהוצאותיהם היו אולי עוד יותר נמוכות מהערכה זו.

¹¹ סעיף 95 ב"חוק פיקוח על עסקי ביטוח התשמ"א-1981".

Complementary Health Insurance in Europe and the West Dilemmas and Directions

Rachelle Kaye¹

Rafael Roter²

This study was conducted within the framework of a cooperative effort between the JDC-Brookdale Institute and Maccabi Healthcare Services, and was partially funded by the National Institute for Health Policy and Health Services Research.

1 Maccabi Healthcare Services

2 Formerly Director-General, National Insurance Institute, and Director-General, Maccabi Healthcare Services



WHAT IS THE JDC-BROOKDALE INSTITUTE?

A national center for research on aging, human development, and social welfare in Israel, established in 1974.

An independent not-for-profit organization, operating in partnership with the American Jewish Joint Distribution Committee (AJJDC) and the Government of Israel.

A team of professionals dedicated to applied research on high-priority social issues relevant to the national agenda.

A knowledge resource committed to assisting policymakers and service providers in the planning and implementation of effective social services.

A center for professional exchanges, collaborative research and special forums in the international arena.

The Institute's research involves an interdisciplinary approach. The Institute has five major divisions:

- ◆ Aging
- ◆ Health Policy
- ◆ Immigrant Absorption
- ◆ Disability
- ◆ Center for Children and Youth

JDC-Brookdale Institute of Gerontology
and Human Development
P.O.B. 13087
Jerusalem 91130 Israel

Tel: (02) 555-7400
Fax: (02) 561-2391

Website: www.jdc-brookdale.org

February 2001

Complementary Health Insurance in Europe and the West

Dilemmas and Directions

Rachelle Kaye¹

Rafael Roter²

This study was conducted within the framework of a cooperative effort between the JDC-Brookdale Institute and Maccabi Healthcare Services, and was partially funded by the National Institute for Health Policy and Health Services Research.

1 Maccabi Healthcare Services

2 Formerly Director-General, National Insurance Institute,
and Director-General, Maccabi Healthcare Services

February 2001

Jerusalem



Related JDC-Brookdale Institute Publications

Brammli-Greenberg, S.; Gross, R. 1999. Supplement and Commercial Health Insurance, 1998: Changes in Policy, Financing and Consumer Behavior. RR-369-99 (Hebrew)

Gross, R.; Brammli, S. 1996. Medical Insurance in Israel, 1995. RR-312-96 (Hebrew)

Barnes, T.; Cohen, M.; Rodwin, M. 1996. Consumer Protection in the Health and Long-term Care Insurance Market in Israel. RR-254-96 (Hebrew)

Barnes, T.; Cohen, M. 1996. Health Fair & Guide to Choosing the Appropriate Health Insurance Policy. S-71-96

To order, contact the JDC-Brookdale Institute, P.O. Box 13087, Jerusalem 91130 Israel; Tel: (02) 655-7400; Fax: (02) 561-2391; E-mail: books@jdc.org.il

JDC-Brookdale Institute of Gerontology
and Human Development
P.O.B. 13087
Jerusalem 91130 Israel

Tel: (02) 655-7400
Fax: (02) 561-2391

Web Site: www.jdc.org.il/brookdale



Related JDC-Brookdale Institute Publications

Brammli-Greenberg, S.; Gross, R. 1999. *Supplemental and Commercial Health Insurance, 1998: Changes in Policy, Financing and Consumer Behavior*. RR-349-99 (Hebrew)

Gross, R.; Brammli, S. 1996. *Medical Insurance in Israel, 1996*. RR-272-96 (Hebrew)

Barnea, T.; Cohen, M.; Rodwin, M. 1996. *Consumer Protection in the Health and Long-term Care Insurance Market in Israel*. RR-254-96 (Hebrew)

Barnea, T.; Cohen, M. 1996. *Health First: A Guide to Choosing the Appropriate Health Insurance Policy*. S-71-96

To order, contact the JDC-Brookdale Institute, P.O. Box 13087, Jerusalem 91130 Israel;
Tel: (02)655-7400; Fax: (02)561-2391; E-mail: brook@jdc.org.il

In Memoriam

Rafael Roter was Director-General of Maccabi Healthcare Services from 1982 to 1996, and Director-General of the National Insurance Institute from 1976 to 1982. In these capacities he had a major influence on the development of health and social policy in Israel. Throughout his career he had an abiding interest in the issues of public-private mix and health/social insurance, and played a key role in the development of complementary health insurance in Israel. Mr. Roter firmly believed in the importance of learning from other countries. His involvement in this study was one of the last professional endeavors he undertook prior to his death in 1998. This publication is dedicated to his memory.

Related JDC-Brookdale Institute Publications

Brumath-Greenberg, S., Gross, R. 1995. Supplemental and Commercial Health Insurance, 1998: Changes in Policy, Financing and Consumer Behavior. RR-343-99 (Hebrew)

Gross, R., Brumath, S. 1996. Medical Insurance in Israel, 1996. RR-272-96 (Hebrew)

Barnes, T., Cohen, M., Rodwin, M. 1996. Consumer Protection in the Health and Long-term Care Insurance Markets in Israel. RR-254-96 (Hebrew)

Barnes, T., Cohen, M. 1996. Health First! A Guide to Choosing the Appropriate Health Insurance Policy. S-71-96

To order, contact the JDC-Brookdale Institute, P.O. Box 13087, Jerusalem 91130 Israel,
Tel: (02)655-2400; Fax: (02)561-2391; E-mail: brood@jdc.org.il

Abstract

Goals and Objectives

Questions about how to finance, organize and regulate supplemental insurance are among the most important and contentious health policy issues in Israel. Many of these issues have been dealt with in other countries, and yet, to date, little has been done to bring the international experience to bear on Israeli policy discussions.

This study includes a review of complementary insurance plans operating alongside public health care systems in European and other Western countries, and an examination of available alternatives and their empirical outcomes. We also examine current Israeli policy in this area, and, on the basis of experience abroad, define the primary difficulties that Israel is liable to face in the future, as well as possible responses.

The specific objectives of the research were to:

1. Conduct a comprehensive in-depth survey of complementary health insurance schemes in European and other Western countries with national health care systems.
2. Analyze trends in complementary health insurance plans and their social and economic impact on the entire health care system in the various countries.
3. Determine whether there are similar models or trends among the various countries, the similarities and differences, and how these countries respond to various problems in this area.
4. Define the relevant implications for Israel and highlight the major issues that must be addressed in order to examine Israeli policy in this area.

The research consisted of a comprehensive review of the literature on complementary insurance in Australia, Belgium, Canada, Denmark, France, Germany, Ireland, Italy, the Netherlands, Portugal, Spain, Switzerland and the United Kingdom. In addition, through interviews and correspondence with experts in the field in a number of the countries, we provided additional information and insights unavailable in the literature.

In Europe, research on the impact of complementary insurance on patterns of health system utilization has yet to be published. The general literature on health insurance and, to a certain degree, studies on the impact of supplemental insurance on the Medicare program in the United States provide some indication of the potential impact of complementary insurance on health service utilization patterns.

Primary Findings

1. The complementary health insurance plans in various countries can be divided into three types: substitutive insurance (for those individuals not covered by statutory insurance), alternative insurance (for people covered by statutory insurance but who also want to

- purchase coverage for the same services in an alternative system) and supplementary insurance (for coverage of services that are not in the basic basket).
2. The benefits provided by complementary health insurance can be divided into three major groups:
 - a. Coverage of services not covered by the public system;
 - b. Alternative or improved coverage of services covered by the public health care system;
 - c. Coverage of co-payment fees in the public health care system.
 3. The nature of the complementary insurance programs operating in the different countries is predominantly determined by the character of the publicly-funded health care systems, their problems and limitations.
 4. In all of the countries studied, complementary health insurance is provided by two types of insurers: not-for-profit mutual organizations (including sick funds) and for-profit commercial companies. In most of the countries studied, non-profit mutual organizations dominated.
 5. There is great variation in the proportion of the population covered by complementary health insurance in the various countries. At the same time, in all of the countries, including those in which a large percentage of the population purchases complementary coverage, the expenditures on complementary insurance represent a small but growing portion of total health care expenditures.
 6. Some of the countries have made efforts to cope with the effects of complementary insurance on social values such as solidarity and equity, predominantly by encouraging and giving preference to non-profit insurers.
 7. To this day, there has been little or no research published in Europe on the impact of complementary health insurance on the consumption of health care services. Hypotheses about the potential impact can be drawn from the general literature on health insurance and, to a limited extent, from research on the impact of supplementary health insurance on health care consumption in the Medicare program in the U.S.
 8. Complementary health insurance programs in Israel are similar in many respects to their European counterparts, particularly those in countries with public social insurance systems, as opposed to countries with national health care systems. Israel is unique in two primary respects:
 - a. The private commercial complementary health insurance market in Israel is relatively large;
 - b. Supplementary long-term care insurance has become very significant, primarily due to the limitations of public coverage in this area.
 9. The European experience has potential implications for future policy development in Israel, including the continuing role of sick funds in complementary health insurance. In addition, the findings would seem to suggest that there is room for considering a policy that would prohibit coverage of co-payments in the public system by supplementary insurance.

10. A number of areas for further research were identified during the study. They include:
 - a. The relative impact of different types of complementary insurance on the consumption of health care services;
 - b. Consumer preferences regarding types of insurers and benefits;
 - c. The impact of complementary insurance on physician/health service provider behavior;
 - d. The impact of complementary insurance on the dissemination of new technology.

Acknowledgments

Thanks are due the many individuals or organizations that assisted us during the course of the study and preparation of the report:

First and foremost, to the management of Maccabi Healthcare Services, for enabling me to function as a Senior Research Fellow at the JDC-Brookdale Institute during the course of three years, to the JDC-Brookdale Institute for hosting me during that period, and to the National Institute for Health Policy and Health Services Research, for helping fund the study.

I wish to thank the many professionals who provided invaluable assistance in the data- and information-gathering process by making available material, referring us to additional sources and putting us in contact with many other experts in the field of complementary health insurance, particularly in Europe. In particular, I wish to thank: Ken Groom, Secretariat of the International Federation of Health Funds; Tim Nater, Secretariat of the Association Internationale de la Mutualite; Jean Hermesse, National Secretary, Alliance des Mutualites Chretiennes, Belgium; Prof Aad de Roo, Professor of Strategic Health Care Management, Tilburg University, The Netherlands; Keith Biddlestone, British United Provident Association; and Prof. Jack Hadley, Institute for Health Care Research and Policy and Department of Medicine, Georgetown University Medical Center Washington, D.C.

Hagit Magritz, director of the Information Center and library of Maccabi Healthcare Services assisted us in our search for professional literature, and Frances Wood, Chief Economist at Maccabi Healthcare Services, assisted us with the economic data.

Bruce Rosen and Revital Gross of the JDC-Brookdale Institute, provided encouragement and direction, and strategized with me on crucial decisions with regard to the content and structure of the report.

Special thanks to Ilana Rosen of Maccabi Healthcare Services, for proofreading the various drafts of the report and providing suggestions on ways to clarify and sharpen its content; Liora Ben-Yitzcha of Maccabi Healthcare Services, for typing the report; Bilha Allon of the JDC-Brookdale Institute for editing the report; Sue Bubis of the JDC-Brookdale Institute, for designing the graphics; and Leslie Klineman of the JDC-Brookdale Institute, for her production work.

Table of Contents

Introduction	1
1. Defining the Issue	1
2. How Other Countries Address the Issue of Complementary Health Insurance	2
3. Methodology	3
Chapter 1: Types of Complementary Insurance in Europe, in Relation to the Public Health Care System	4
1. Basic Health Systems	5
1.1 General Description	5
1.2 Trends in Basic Health Systems	7
2. "Complementary" Health Insurance	9
2.1 Countries with Substitutive Insurance	10
2.2 Countries with Alternative Insurance	11
2.3 Countries with Supplementary Insurance	12
Chapter 2: Characteristics of the Providers of Complementary Insurance	13
Chapter 3: Baskets of Services Provided by Public Health Care Systems, and Benefits Provided under Complementary Insurance Programs	14
Chapter 4: Basket of Services/Benefits under Complementary Insurance	16
1. Public Basket of Services	16
1.1 Countries with Social Insurance	16
1.2 Countries with Government Systems	17
2. Complementary Insurance Benefits	20
2.1 Countries with Social Insurance	20
2.2 Countries with Government Systems	20
Chapter 5: Structure and Levels of Complementary Insurance Premiums	22
Chapter 6: Laws and Regulations Concerning Complementary Health Insurance	26
Chapter 7: Implications for Economic Variables and Incentives	29
1. Financial Burden on Insuree for Complementary Insurance	29
2. Expenditures on Complementary Insurance Compared to Total Health Expenditures	31
3. Incentives	32
Chapter 8: Israel from an International Perspective	33
1. The Public Health Care System in Israel Compared to Europe	33
2. Complementary Insurance in Israel Compared to Europe	41
2.1 Size of Insured Population	41

	2.2 Complementary Insurance Benefits	41
	2.3 Providers of Complementary Insurance	42
	2.4 Premiums and Underwriting	43
	2.5 Extent of Expenditures on Complementary Insurance	43
10	3. Summary	44
12	Summary of the Findings Relevant to the Public Discussion in Israel	45
	1. Empirical Issues	45
18	2. Policy Issues	47
21	Lessons for Israel	54
	Bibliography	58
22	Appendices	65
25	4.1 National Health Insurance	72
30	Table A: Countries by Type of Insurance and Expenditure by Various Indicators	77
32	Table B: Countries by Expenditure on Complementary Insurance	88
	1. Countries with National Health Insurance	88
	1.1 The United Kingdom	88
	1.2 Denmark	88
6	1.3 Canada	88
8	1.4 Australia	88
	1.5 Spain	88
34	1.6 Greece	88
	1.7 Portugal	88
36	1.8 Italy	88
37	2. Countries with Social Insurance	88
	2.1 Luxembourg	88
	2.2 Switzerland	88
38	2.3 Netherlands	88
	2.4 France	88
	2.5 Germany	88
	Appendix C: Basket of Services Benefiting from Complementary Insurance	10
	1. Countries with Social Insurance	10
	1.1 Belgium	10
	1.2 France	10
	1.3 Germany	10

List of Tables

Table 1: Distribution of Complementary Insurance in European and Western Countries	10
Table 2: Methods of Supplying Medical Services in European Countries	15
Table 3: Summary of Issues in Various Countries	18
Table 4: Presence of Common Services in Complementary Insurance, by Country	21
Table 5: Substitutive, Alternative and Supplementary Insurance in Ten Countries, by Enrollment Restrictions, Type of Membership, Premium Structure and Benefit Limitations	22
Table 6: Countries, by Various Indices of Supplementary and Alternative Insurance	29
Table 7: Countries, by Type of Insurance and Expenditures, by Various Indices	30
Table 8: Countries, by Expenditures on Complementary Insurance	32

List of Figures

Figure 1: Health Systems in Various Countries	6
Figure 2: Gap between Per-capita National and Public Expenditures	8
Figure 3: Health Systems in Various Countries, Including Israel	34
Figure 4: Health Expenditure as Percentage of GDP, 1997	36
Figure 5: Per-capita Health Expenditure in Terms of Purchasing Power	37
Figure 6: Public Expenditure as Percentage of National Health Expenditure	38
	29
	29
	31
	32
	33
	33
	41
	41

List of Appendices

Appendix A: Public Health Systems in Europe	65
1. Countries with National Health Systems	65
1.1 Systems Financed by General Taxes	65
1.2 Systems Financed by Designated Health Taxes	66
2. Countries with Social Insurance	66
2.1 Mandatory Social Insurance for the Entire Population	66
2.2 Mandatory Insurance with Income Ceilings	67
3. Trends in Public Health Systems	68
3.1 Consistent, Continuing Increase in Health Service Expenditures	68
3.2 Decentralization and Delegation of Responsibility	69
3.3 Competition	70
3.4 Deregulation	71
4. Economic Trends in Basic Health System	72
4.1 National Health Expenditure as Percentage of GDP	72
4.2 Per-capita National Health Expenditure in Terms of Purchasing Power in Euros	72
4.3 Public Expenditure as Percentage of Total National Health Expenditure	73
Appendix B: Characteristics of the Providers of Complementary Insurance	86
1. Countries with National Health Systems	86
1.1 The United Kingdom	86
1.2 Ireland	86
1.3 Denmark	87
1.4 Canada	87
1.5 Australia	87
1.6 Spain	87
1.7 Greece	88
1.8 Portugal	88
1.9 Italy	88
2. Countries with Social Insurance	89
2.1 Luxembourg	89
2.2 Switzerland	89
2.3 Belgium	89
2.4 France	89
2.5 Germany	90
2.6 The Netherlands	90
Appendix C: Basket of Services/Benefits in Complementary Insurance	91
1. Countries with Social Insurance	91
1.1 Belgium	91
1.2 France	92
1.3 Germany	92

1.4 Luxembourg	93
1.5 Switzerland	94
1.6 The Netherlands	94
2. Countries with State National Health Systems	95
2.1 Denmark	95
2.2 The United Kingdom	96
2.3 Ireland	97
2.4 Spain	98
2.5 Italy	99
2.6 Australia	101
2.7 Canada	101
 Appendix D: Rules and Regulations Concerning Complementary Health Insurance	 103
1. Type of Providers Permitted to Offer Complementary Health Insurance	103
2. Premium Structure	105
3. Underwriting	107
4. Benefits and Basket of Services	108
5. Benefit Structure	109
6. Coverage Periods	110
7. Tax Benefits	110
 Appendix E: Implications for Social Values, Economic Variables and Incentives	 111
 Appendix F: The Health System in Israel	 124
1. The History of Israel's Health System	124
2. Complementary Health Insurance in Israel	127
3. Basic Basket of Services, and Benefits of Supplementary Insurance	131
3.1 Basic Basket	131
3.2 Benefits of Supplementary Insurance	133
3.3 Premium Structures and Levels for Supplementary Insurance	133
3.4 Rules and Regulations	135

List of Tables in the Appendices

Table 1: Health Insurance Providers in Israel, 1990	129
Table 2: Health Plan Members with Supplementary Insurance, by Health Plan Registry as a Percentage of their Total Membership	131
Table 3: Health Plan and Insurance Company Premiums and Benefits	134

List of Figures in the Appendices

Figure 1: Total National Health Expenditure as Percentage of GDP	74
Figure 2: State Health Systems Financed by General Taxes: Health Expenditures as Percentage of GDP	75
Figure 3: State Health Systems Financed by Designated Taxes: Health Expenditures as Percentage of GDP	76
Figure 4: Countries with Social Insurance: Health Expenditure as Percentage of GDP	77
Figure 5: Total Per-capita Health Expenditure in Ecus-PPP	78
Figure 6: State Health Systems Financed by General Taxes: Total Per-capita Health Expenditure in Ecus-PPP	79
Figure 7: State Health Systems Financed by Designated Taxes: Total Per-capita Health Expenditure in Ecus-PPP	80
Figure 8: Countries with Social Insurance: Total Per-capita Health Expenditure in Ecus-PPP	81
Figure 9: Public Health Expenditure as Percentage of Total Health Expenditure	82
Figure 10: National Health Systems Financed by General Taxes: Public Health Expenditure as Percentage of Total Health Expenditure	83
Figure 11: National Health Systems Financed by Designated Taxes: Public Health Expenditure as Percentage of Total Health Expenditure	84
Figure 12: Systems with Social Insurance: Public Health Expenditure as Percentage of Total Health Expenditure	85

