

ביטוחי בריאות נוספים – פרספקטיבה בינלאומית

21 בנובמבר 2013

ד"ר רחל קיי

שני סוגים של ביטוח בריאות

➤ **ביטוח וולונטרי "מסורתי" ("ביטוח פרטי") - ביטוח**
שמבוטחים בוחרים מרצונם האישי. יש חופש ואחריות
הפרט הרוכש פוליסה מרצונו לכסות את סיכוניו.

➤ **ביטוח סוציאלי – מבוסס על תפיסה של סולידאריות**
חברתית והוא בדרך כלל חובה. הביטוח הסוציאלי מקבץ
את המבוטחים לקולקטיב אחד, אשר החברים בו
משלמים דמי חבר (על בסיס הכנסה) על מנת להבטיח
לעצמם ולתלויים בהם זכויות ביטוחיות בעת קרות
המקרה (מחלה).

הביטוח הסוציאלי מהווה יסוד לכל מערכות הבריאות הציבוריות באירופה, קנדה, אוסטרליה וגם בארץ. שני סוגים עיקריים:

מערכות בריאות ממלכתיות

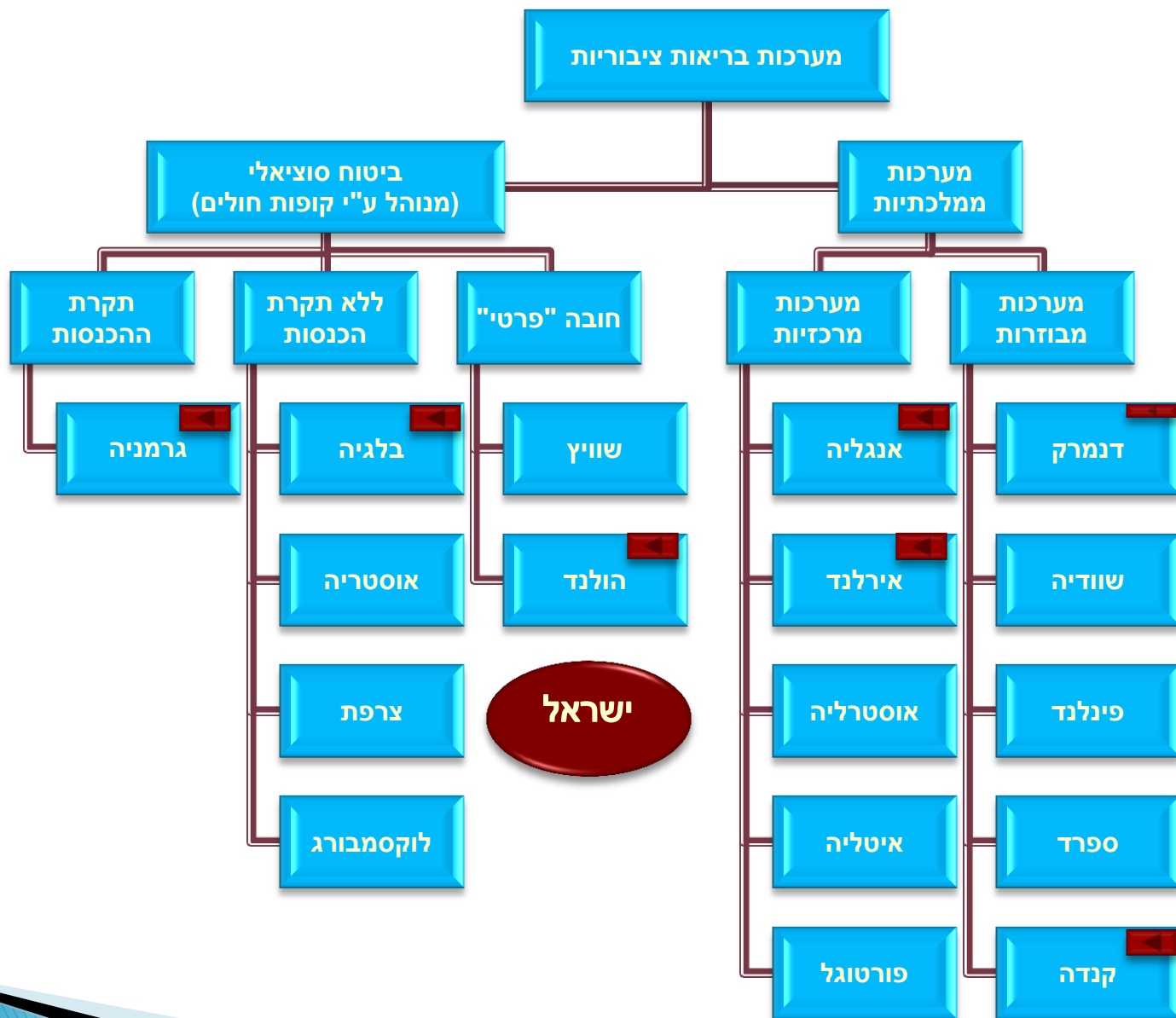
❖ מערכת הבריאות מנוהלת ע"י הממשלה, גוף ממשלתי או בצורה
מבחרת

❖ מערכת הבריאות ממומנת ע"י מסים כלליים ו/או מקומיים.

ביטוח בריאות סוציאלי

❖ מנוהל ע"י קופות חולים

❖ מימון ייעודי באמצעות דמי ביטוח בריאות המשולמים ע"י העובד
ומעבידו



ברוב מדינות אירופה, קנדה ואוסטרליה

ביטוח "מסורתי" פרטי פועל לצדה של

מערכת הבריאות הציבורית כביטוח נוסף

"משלים" למערכת הציבורית.

3 סוגים של ביטוח נוסף וולנטרי

▶ ביטוח חילופי- אפשרות לצאת מהמערכת הציבורית ולרכוש
ביטוח בסיסי פרטי

▶ ביטוח אלטרנטיבי-רכישת שירותים המכוסים בסל מחוץ
למערכת הממומנת ע"י המערכת הציבורית

▶ ביטוח משלים – מכסה שירותים שאינם בסל הציבורי

אילו ארגונים מציעים ביטוחי בריאות נוספים?

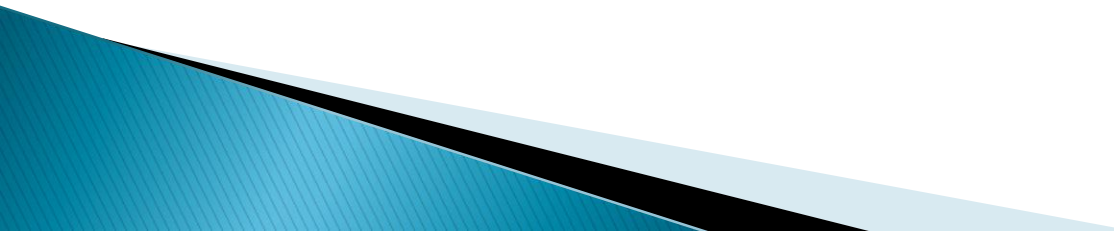
- קופות חולים
- אגודות שיתופיות לביטוח הדדי ללא מטרות רווח
- חברות ביטוח מסחריות (בדרך כלל למטרות רווח)
- חברות ממשלתיות (כגון ב- VHI באירלנד)

"קיימים הבדלים בין מדינות שונות וארגונים הנותנים ביטוח בריאות נוסף, אך בקהילה האירופאית הביטוח הנוסף כנגד הוצאות הכרוכות במחלות נשלט ע"י קרנות / קופות לביטוח הדדי ולא ע"י חברות פרטיות למטרות רווח." (Schneider).

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...מבחינים ביניהם על פי יעדיהם: לחברות הביטוח יעד מסחרי בעוד שאגודות שיתופיות מגנות בעיקר על האידיאל החברתי של הגנה וקידום האינטרס של חבריהן. הן שונות באופן יסודי בגלל הערך שמייחסות לסולידאריות, צדק חברתי, הגנה על הדמוקרטיה, ומעל הכול, מעמדן כארגונים ללא מטרות רווח המסיר כל מניע של רדיפת בצע וחלוקת רווחים בין חבריהן".

(Hermesse and Lewalle)



מבטחים אגודות שיתופיות ללא מטרות רווח כאחוז מהשוק של ביטוח "פרטי" וולונטרי - דוגמאות

- ▶ אנגליה 50% מהשוק (BUPA הגדולה ביותר -40%)
- ▶ צרפת 61% מהשוק
- ▶ בלגיה רוב השוק - קופות חולים: ביטוח משלים חובה
ביטוח משלים וולנטרי
- ▶ דנמרק- DANMARK למעלה מ-90% מהשוק
- ▶ הולנד- לאחר הרפורמה של 2006 - מוזגו רבים מקופות
החולים וחברות ביטוח - 4 המבטחים הגדולים -88%
מהשוק -3 חברות ללא מטרות רווח

סוגים של הטבות בביטוחים הנוספים

- **הרחבת הבחירה בבית חולים וברופא (אוסטרליה, אוסטריה, אירלנד, אנגליה, איטליה, שווייץ)**
- **גישה לבתי חולים ויועצים רפואיים פרטיים (דנמרק, פינלנד, אירלנד, איטליה, ניו-זילנד, נורבגיה, פורטוגל, ספרד)**
- **טיפול סיעודי ביתי, שירותי לוקסוס בבתי חולים (בלגיה, צרפת, גרמניה, אירלנד, קנדה)**
- **רפואה מונעת ורפואה אלטרנטיבית (אוסטרליה, קנדה, אירלנד, אנגליה)**

➤ **תרופות שאינן בסל (אירלנד, אוסטריה, אוסטרליה, שוודיה, קנדה)**

➤ **אשפוז סיעודי, טיפול ממושך בתלויים (קנדה, אנגליה)**

➤ **רפואת שיניים (אוסטרליה, אוסטריה, דנמרק, צרפת, גרמניה [מעבר לסל], איטליה, הולנד, פורטוגל וספרד [מעבר לסל], שוודיה)**

➤ **כיסוי השתתפויות עצמיות במערכת הציבורית (צרפת, אוסטרליה [תרופות בלבד], בלגיה [בבתי חולים בלבד], דנמרק [תרופות, רפואת שיניים, פיזיותרפיה], איטליה, לוקסמבורג [בתי חולים בלבד], פורטוגל, שוודיה).**

סוגים של פרמיות

➤ פרמיות אקטואריות (בחברות ביטוח מסחריות למטרות רווח בעיקר)

➤ לפי גיל [גרמניה – בעת הצטרפות בלבד וסבסוד צולב]

➤ אחיד לכל סוג פוליסה – community rating (אוסטרליה, דנמרק, אירלנד)

מגבלות

➤ תקופות הכשרה, מצב בריאות, מחלות קודמות (חברות ביטוח)

➤ תקופות המתנה, תקרות (אגודות שיתופיות)

➤ השתתפות עצמית (בשניהם)

: שיעור הבעלות על ביטוח בריאות פרטי והוצאה על ביטוח מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות בארצות OECD**

	Public coverage % pop ^a	% Population Covered by PHI ^a	Total Expenditure on health % GDP	Public Expenditure on Health % TEH	Private Insurance % TEH	Out Of Pocket % TEH
Australia	100	44.9	9.1	68.5	8.2	18.6
Austria	99	31.8	11.0	76.2	4.6	16
Belgium	99	57.5*	10.5	75.6	4.8	19.4
Canada	100	65	11.4	71.1	13.2	14.2
Czech Republic	100	negligible	7.5	83.8	0.2	14.9
Denmark	100	^d 30	11.1	85.1	1.8	13.2
Estonia			6.3	78.9	0.2	18.6
Finland	100	10	8.9	74.5	2.2	19.2
France	99.9	92	11.6	77	14.1	7.3
Germany	90.9	18.2	11.6	76.8	9.6	13.2
Greece	100	10	10.2	59.4	..	38.4
Hungary	100	negligible	7.8	64.8	2.7	26.2
Iceland	100		9.3	80.4	..	18.2
Ireland ^c	100	51.2	9.2	69.5	8	13
Israel	100	75	7.9	60.5	11.1	27.1
Italy	100	15.6	9.3	79.6	0.9	17.8
Japan	100		9.5	80.5	2.5	16.0
Korea	100		7.1	58.2	5.5	32.1
Luxembourg	99		7.9	84	3.1	11.6
Netherlands ^b	100	91	12.0	85.7	4	10
New Zealand	100	35	10.1	83.2	4.9	10.5
Norway	100	negligible	9.4	85.5	..	15.0
Poland			7.0	71.7	0.6	22.1
Portugal	100	14.8	10.7	65.8	4.6	26.0
Slovak Republic	100		9.0	64.5	0	25.9
Slovenia	100	74 ^d	9.0	72.8	13.4	12.9
Spain	99.9	13	9.6	73.6	5.7	20.1
Sweden	100	negligible	9.6	81	0.2	16.8
Switzerland	100	80	11.4	65.2	8.8	25.1
Turkey	66		6.1	73	..	21.8
United Kingdom	100	10	9.6	83.2	3.2	8.9
United States	24.7	71.9	17.6	48.2	35.3	11.8
OECD average			9.5	72.2	8.2	20.1

שיעור הבעלות על ביטוח בריאות פרטי והוצאה על ביטוח מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות בארצות OECD**
 ** האחרים לא מסתכמים למאה שכן ישנם גם מקורות מימון אחרים

TEH: Total Expenditure on Health; PHI: Private Health Insurance; GDP: Gross Domestic Product

Sources: OECD Health Data 2012 for 2010

a. OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 15 PRIVATE HEALTH INSURANCE IN OECD COUNTRIES: THE BENEFITS AND COSTS FOR INDIVIDUALS AND HEALTH SYSTEMS Francesca Colombo and Nicole Tapay

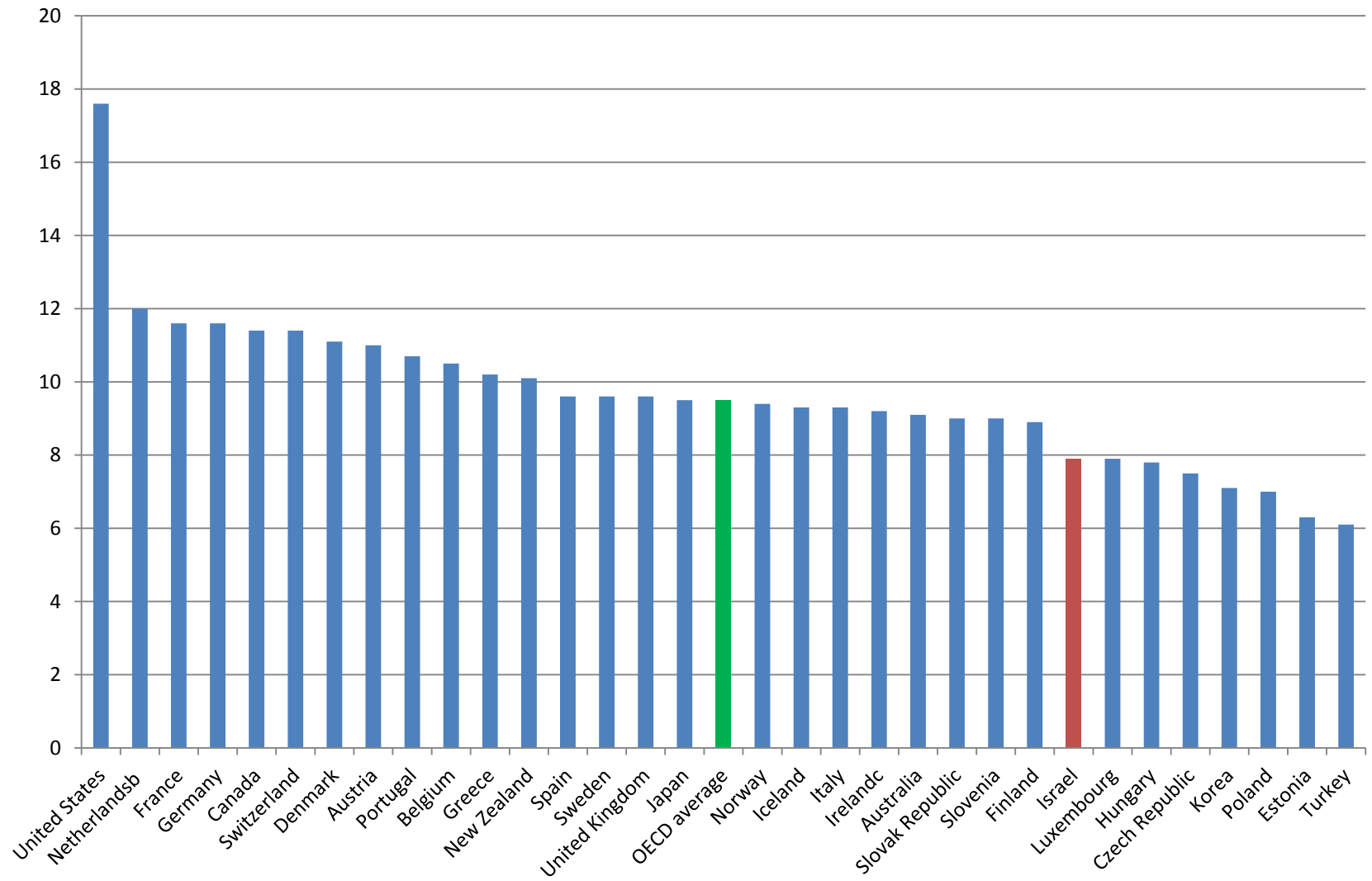
b. Netherlands HIT Report 2010 pp72-3

c. Ireland HIT Report 2009 pp. 76-86

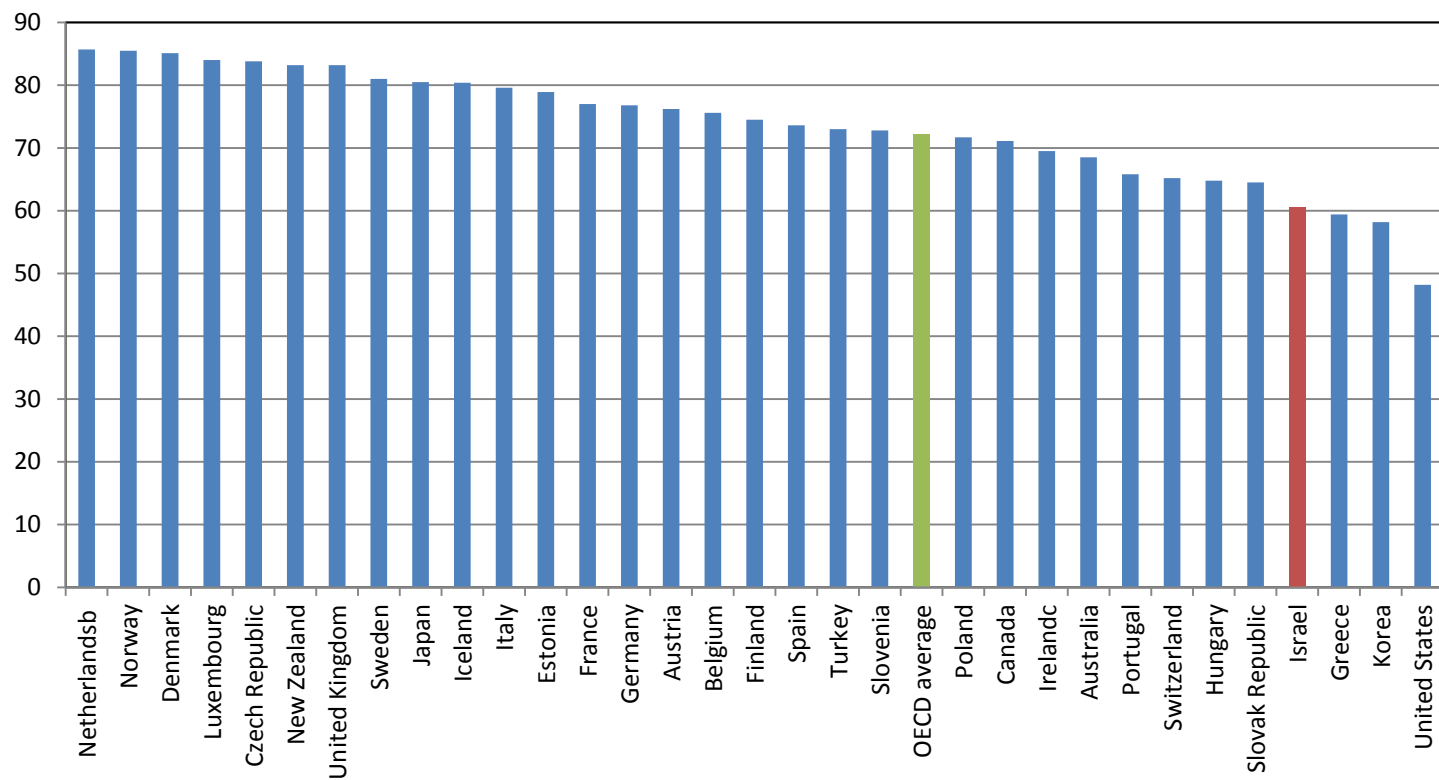
d. Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses (2009). Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos 188-9

* Belgium - not including compulsory supplementary health insurance

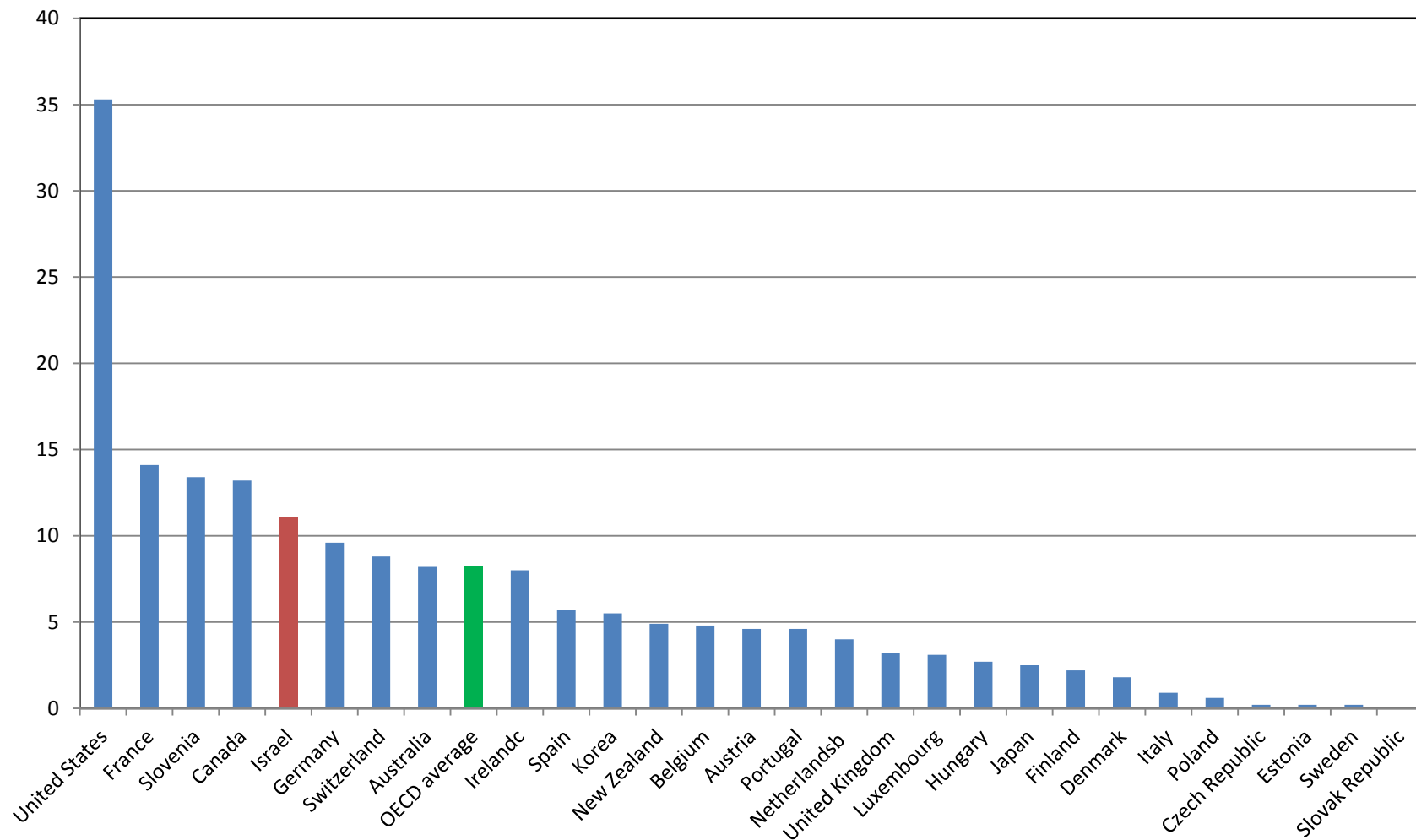
Total Expenditure on health % GDP



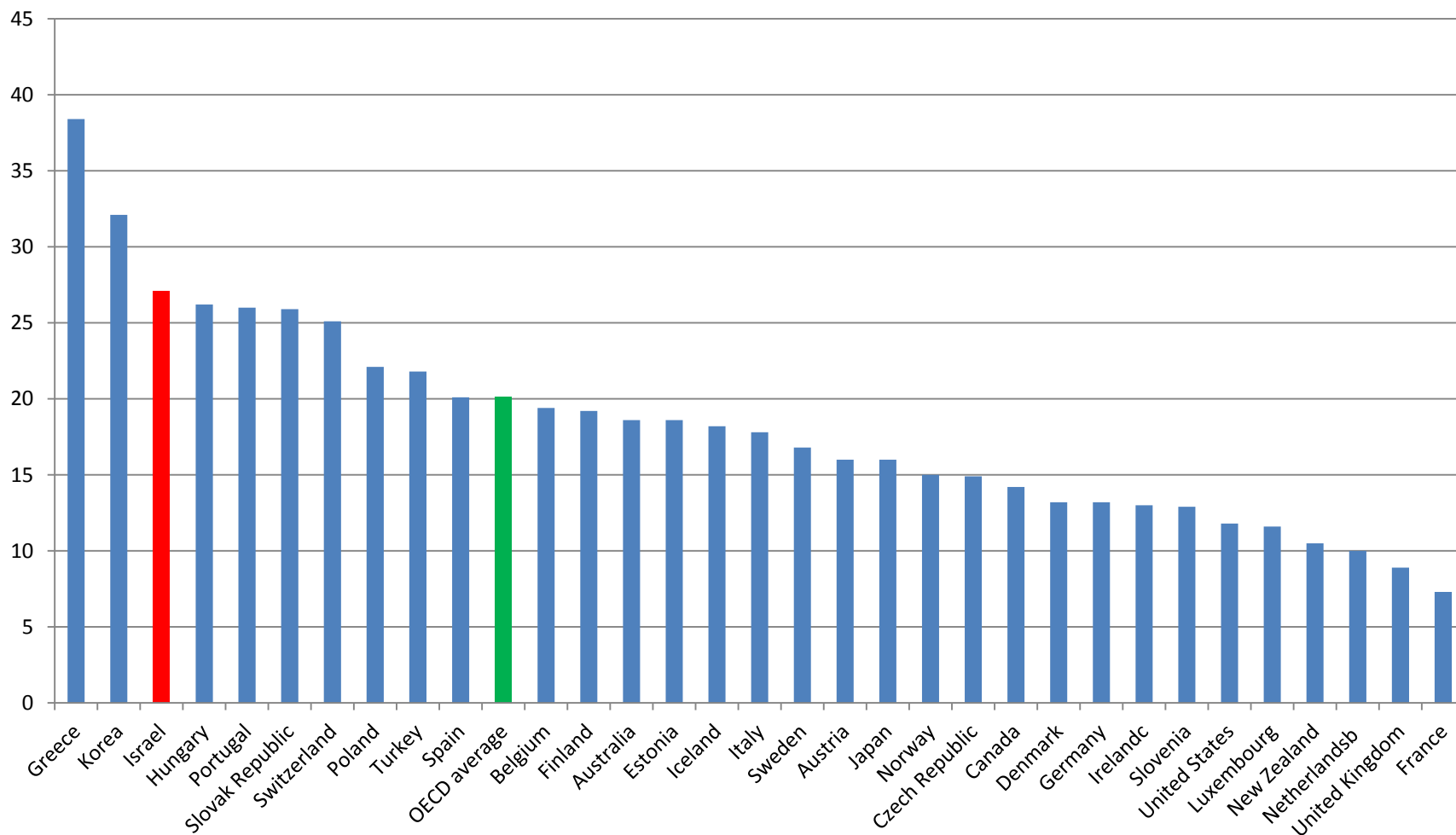
הוצאות ציבוריות כאחוז מסה"כ הוצאות על בריאות



הוצאות על ביטוח פרטי כאחוז מסה"כ הוצאות על בריאות



הוצאות מהכיס כאחוז מסה"כ הוצאות על בריאות



נקודות לחשיבה ובחינה

- ברוב המדינות עם קופ"ח , רוב הביטוח המשלים ניתן ע"י קופות החולים. בחלק מהמדינות הרגולטור הוא זה שממונה על הביטוח הציבורי הסטטוטורי (משרד הבריאות למשל) ובחלק - הממונה על הביטוח. באירופה המגמה היא לכוון של רגולציה מינימלית וזהירה.
- ברוב המדינות (גם אלו שאין בהם קופות חולים) המבטחים הדומננטיים בשוק ביטוח בריאות וולונטרי הם חברות ללא מטרות רווח
- מדינת ישראל המדינה היחידה בעולם מאז "רפורמת בכר" בה אגודות שיתופיות ובכלל חברות ללא מטרות רווח אינן יכולות להיות מוכרות כמבטחים – האם אין בזה אלמנט של "הגבל עסקי"?
- קיימת בעיה בישראל מבחינה תפיסתית לגבי ציבורי-פרטי-למטרות רווח-לא למטרות רווח שמשפיע, בין היתר על ההתייחסות לביטוחי בריאות.
- יש נטייה בדיונים בנושא "המערכת הציבורית" מול "המערכת הפרטית" לבלבל בין מימון לבין אספקת השירות. בכל העולם, אופי הספק אינו רלבנטי- הדבר הקובע מה זה מערכת ציבורית לעומת פרטית הוא מקור המימון.

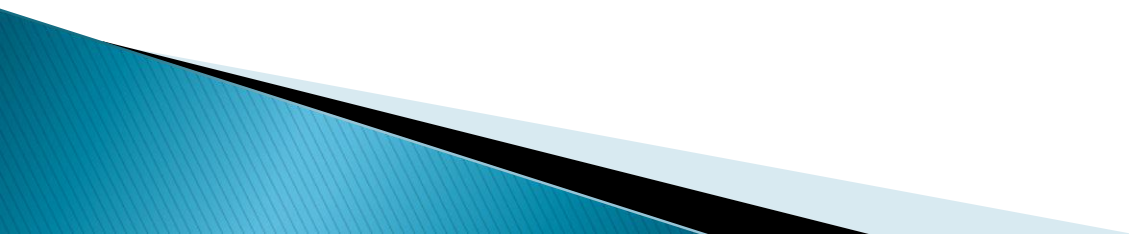
נקודות לחשיבה ובחינה

- בפרספקטיבה בינלאומית הנתון הבולט ביותר אינו האחוז מסה"כ ההוצאות על בריאות בגין ביטוח נוסף אלא האחוז הגבוהה של הוצאות מהכיס (וכמובן האחוז הנמוך של הוצאות הציבוריות). האם זה לא דורש התייחסות?
- בחלק מהמדינות ביטוח סיעודי וולונטרי (גם אשפוז סיעודי וגם סיעודי ביתי) הינו ביטוח המשלים לצידו של ביטוח סיעודי ציבורי סטטוטורי חובה. מדינת ישראל חריגה בכך שאין לה ביטוח עודי ציבורי חובה. ההסכמים הקולקטיביים של קופות החולים בישראל עם חברות הביטוח מהווה פתרון יצירתי וחיובי עד שגם אנחנו נמסד ביטוח סיעודי ציבורי
- לאור העובדה שהמימון של מערכת הבריאות בישראל אינו "צבוע" (מאז ביטול מס המקביל) ולאור השחיקה המתמדת של "מימון הסל", ניתן לראות את הביטוח המשלים בקופות החולים כי "המגן האחרון" על זכויות האזרח – כספי הביטוח המשלים ייעודי לחלוטין לכיסוי שירותי בריאות. כל אגורה שיעבור מהביטוח המשלים לסל, יבלע בים" ובסוף ילך לממן דברים אחרים – ולא בריאות.

הערות נוספות

- ▶ השיטה הנהוגה בישראל של שמירת המערכת ב-"אי ספיקה פיננסית" אולי גרם להתייעלות בשנים הראשונות. היום – מתחיל לפגוע בשירות לאזרח אך בנוסף האי-ודאות המתמדת – פוגע ביכולת תכנון לטווח הארוך וחדשנות
- ▶ האתגר המרכזי – הזדקנות האוכלוסייה וריבוי מחלות כרוניות- דורש התייחסות – אנחנו בורחים ממנו: הרפורמה בטפול סיעודי שך משרד הבריאות, שילוב בין בריאות ורווחה
- ▶ אין מדיניות ואין עידוד לגבי שימוש בטכנולוגיות המחשוב והתקשורת במתן שירותי בריאות – למשל טלה-מדיסין
- ▶ יחסי קהילה –בית חולים – נדרש שינוי פרדיגמטי

תודה



גרמניה

82.3 מיליון תושבים

מעל גיל 65 – 19.8%

הוצאות על בריאות - 10.6% מהתמ"ג

כ-90% מהאוכלוסייה מבוטחים בקופות חולים.

ישנם 7 סוגים של קופות חולים:

☐ **קופות חולים אזוריות** – 16%; 35.9% (מהאוכל' המבוטחת בקופות)

☐ **קופות חולים של מעבידים** – 224; 20.9%

☐ **קופות חולים של עובדים בחברות ספציפיות** – 19; 6.4%

☐ **קופות חולים עצמאיות** – 7; 33.3%

☐ **קופות חולים לכורים** – 2%

☐ **קופות חולים לחקלאים** – 9; 1.3%

☐ **ביטוח בריאות לימאים** – 0.1%

עד 2009 הקופות קבעו את גובה הפרמיה (בין 11.3% ל-15.8%) וגבו אותה ישירות מהמבוטחים ומהמעבידים.

ברפורמה ב- 1.2009. הפרמיה (של האזרחים ומעבידיהם) תגבה ע"י קופה מרכזית שתחלק את כסף בין הקופות לפי נוסחת קפיטציה אך גובה הפרמיה תקבע ע"י הקופה.



בלגיה

❖ 10.7 מיליון תושבים

❑ מעל גיל 65 – 17.1%

❑ הוצאות על בריאות – 10.4% מהתמ"ג

❖ ביטוח חובה לכלל האוכלוסייה

❖ סל ציבורי רחב

❖ ארגון שירותי בריאות מבוסס על:

❑ חופש קליני לרופא

❑ חופש בחירה למבוטח

❑ תגמול על בסיס FFS

❖ רשתות של קופות חולים

❑ הגדולה מביניהן מבטחת למעלה מ- 45% מהאוכלוסייה (4.5 מיליון איש)

❑ יש מימון ייעודי – 37.84% משכר העובד (המעביד משלם 24.77%, העובד – 13.07%). דמי ביטוח נגבים ע"י גוף מרכזי ומחולקים לקופות החולים: 30% לפי נוסחה קפיטטיבית ו- 70% בהתאם להוצאות.

❑ הקופות אחראיות על מצבן הכלכלי וחייבות לכסות בכוחות עצמן 25% של הגרעון – עד 2% של סה"כ התקציב.

❑ הן חייבות לשמור רזרבה בגובה של 4.46 יורו למבוטח. אם קרן הרזרבה אינה מכסה את הגרעון, על הקופות לגבות את היתרה מהמבוטחים.

❑ ביטוח משלים נטפס עפ"י חוק כאחד התפקידים של קופות החולים



דנמרק

- ❖ 5.4 מיליון תושבים
- ❖ 15.3% מעל גיל 65
- ❖ הוצאות על בריאות – 11% מהתמ"ג
- ❖ מערכת ממשלתית מבוזרת
- ❖ אספקת שירותי בריאות באחריות העיריות.
- ❖ המימון מחולק בין מסים כלליים ומסים מקומיים
- ❖ 2 קבוצות לפי בחירה:
 - ❑ קבוצה א' - נרשם אצל רופא משפחה באזור וחייב לקבל הפנייה ממנו לשאר השירותים
 - ❑ קבוצה ב' – חופש בחירה עם השתתפות עצמית
- ❖ רופאים בקהילה רופאים עצמאיים (בעיקר רופאי משפחה)
- ❖ בתי חולים ציבוריים מנוהלים ע"י המחוזות



קנדה

- ❖ 33.3 מיליון תושבים
- ❖ 13.7% - מעל גיל 65
- ❖ הוצאות על בריאות – 10% מתמ"ג
- ❖ מערכת ממשלתית מבוזרת
- ❖ האחריות לאספקת השירותים ולמימוןם בידי הפרובינציות
- ❖ הפרובינציות מקבלות השתתפות כספית מהמדינה
- ❖ יש חופש בחירה ברופאים וספקי שירותים אחרים
- ❖ אין השתתפות עצמית בביקור אצל רופא
- ❖ כיסוי חלקי על תרופות בחלק מהפרובינציות



אנגליה

- ❖ 60.4 מיליון איש
- ❖ 16% מעל גיל 65
- ❖ הוצאות על בריאות – 8.4%
- ❖ מערכת ממשלתית מרכזית עם ביזור חלקי ללשכות בריאות אזוריות
(District Health Authorities)
- ❖ אין סל שירותים מוגדר, ולכן יש הבדלים בין האזורים
- ❖ תיאגוד בתי חולים (hospital trusts)
- ❖ Primary care trusts - "קופות חולים אזוריות"



אירלנד

❖ 4.3 מיליון תושבים

❖ מעל גיל 65 – 11.1%

❖ הוצאות על בריאות – 7.5% מהתמ"ג

❖ קבוצות אוכלוסיות:

❖ קבוצה א' – מתחת לתקרת ההכנסות- 30% : מקבלים "כרטיס רפואי" המזכה

אותם לכל שירותי הבריאות הציבוריים על חשבון המדינה

❖ קבוצה ב' – הכנסות גבוהות מהתקרה - 70% : זכאים לאשפוז עם השתתפות

עצמית וטיפול אמבולטורי במרפאת חוץ. תרופות בהשתתפות עצמית. רופא

משפחה ושירותים בקהילה על חשבון הפציינט.



הולנד

- ❖ 16.4 מיליון תושבים
- ❖ אוכלוסייה מעל גיל 65 - 14.5%
- ❖ הוצאות על בריאות – 12% מהתמ"ג
- ❖ שני רבדים של ביטוח בריאות:
- ❖ 1. הוצאות רפואיות מיוחדות: אשפוז סיעודי, טיפול פסיכיאטרי מקיף, טיפול בנכים וכדו'. הביטוח חובה על 100% מהאוכל'. 13.45% מההכנסות לצורך מס.
- ❖ 2. ביטוח בריאות "רגיל" – רופאים, אשפוז, תרופות וכדו'.
- ❖ ביטוח חובה על כל האוכלוסייה
- ❖ יש סל בסיסי מוגדר
- ❖ כל אזרח מעל גיל 18 חייב לבטח את עצמו באחת מקופות החולים או מבטחי בריאות מוכרים
- ❖ יש לאזרח חופש בחירת במבטח
- ❖ המבטחים יכולים להיות ארגונים למטרות רווח או ללא מטרות רווח

❖ כל המבטחים חייבים לקבל כל פונה

❖ פרמיה מחולקת לשני סוגים:

❖ פרמיה (4.4%-6.5%) על בסיס הכנסות נגבית ע"י גוף מרכזי (מהמעביד) ומחולקים בין קופות החולים לפי נוסחה קפיטטיבית

❖ פרמיה flat fee נגבית ישירות מהמבוטח ע"י המבטח שקובע את גובת הפרמיה- בין 900-1200 יורו. סובסידיה לפרמיה זו עבור אנשים מתחת להכנסה מסוימת ועבור ילדים עד גיל 18.

❖ הפרמיה הנגבית ע"י המבטח הינה מחיר אחיד לכל המבוטחים בגין אותה פוליסה

❖ יש אופציה לפוליסות מסוגים שונים בגין אותו "סל השירותים" לפי דרך אספקת השירות וגובה ההשתתפות העצמית

❖ המבטחים רשאים להציע פוליסות הכוללות שירותים נוספים מעבר לסל הבסיסי

❖ כל מבטח חייב לפעול ברמה כלל-ארצית

❖ למבטח מותר להתקשר עם ספקים מעודפים

❖ יש מגמה של מיזוג בין קופות חולים, ובין קופות חולים וחברות ביטוח יש כ-25 מבטחים מתחרים אך 4 דומננטיים המכסים 88% מהשוק. 3 מהם ארגונים ללא מטרות רווח

