דו"ח מחקר דו"ח מחקר דו"ח מחקר דו"ח מחקר דו"ח מחקר

<u>תמצית מחקר</u>

התפתחות שוק ביטוח הבריאות המשלים והמסחרי וביטוח הסיעוד בישראל וההשלכות על מערכת שירותי הבריאות ועל מדיניות הממשלה

מרק כהן
תמרה ברנע

עבודה זו נכתבה במסגרת התכנית המשותפת לחקר מדיניות בריאות של ממשלת ישראל, ג'וינט־מכון ברוקדייל וג'וינט־ישראל

ג'וינט — מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה
גבעת־ג'וינט, ת.ד. 13087
ירושלים 91130

ג'וינט ישראל
גבעת ג'וינט, ת.ד. 3489
ירושלים 91034

דמ-22-91

BR-RR-22-91
התפתחות שוק ביטוח הבריאות המשלים
כהן, מרק
001915658607

מהו ג'וינט-מכון ברוקדייל?

מרכז ארצי לחקר הזקנה, מדיניות בריאות והתפתחות אדם וחברה בישראל.

מוסד עצמאי ללא כוונת רווח, הפועל בחסות ממשלת ישראל והג'וינט העולמי.

צוות מומחים המתמקד בזיהוי סוגיות נבחרות ונוקט גישה רב־תחומית לפתרון בעיות במערכות שירותי רווחה ובריאות.

נקודת מפגש לחוקרים, מעצבי מדיניות ואנשי מקצוע, המסייעים לקשור את ממצאי המחקר לביצועם של שינויים בשטח.

מרכז לשיתוף פעולה בין ישראל לקהילה הבינלאומית.

התכנית לחקר מדיניות בריאות בישראל

בתגובה למשבר המעמיק בשירותי הבריאות ולבקשת ממשלת ישראל, פיתח ג'וינט־מכון ברוקדייל בשיתוף ג'וינט ישראל תכנית לחקר מדיניות בריאות בישראל. מטרת התכנית היא לתרום למאמצים לשיפור מימון שירותי הבריאות והספקתם דרך ניתוחן של סוגיות מדיניות נבחרות. לתכנית שלושה יעדים עיקריים:

- לסייע לממשלת ישראל בתהליך התכנון, הביצוע וההערכה של רפורמות מרכזיות לשיפור ניהול מערכות בריאות.
- לסייע לספקי שירותי בריאות ולמבטחים בישראל במאמציהם לשפר את יעילותם ואת מועילותם.
- לפתח פרוייקטים מחקריים אשר נועדו לתרום תרומה לטווח ארוך למערכת שירותי הבריאות בישראל.

BR-RR-22-91
c.3
19156 58638

<u>תמצית מחקר</u>

התפתחות שוק ביטוח הבריאות המשלים והמסחרי וביטוח הסיעוד בישראל וההשלכות על מערכת שירותי הבריאות ועל מדיניות הממשלה

מרק כהן
תמרה ברנע

מכון ברוקדייל
הספריה
ירושלים

תמוז תשנ"א ירושלים יוני 1991

31.7.91

ג'וינט - מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה בישראל
ת.ד. 13087
ירושלים 91130, ישראל
טל. 618251 (02)
פקס 661244 (02)

תקציר

בשנים האחרונות פחתה שביעות־הרצון מתפקודה של מערכת הבריאות. אי שקט תעשייתי וסכסוכי עבודה, המתנה ממושכת לניתוחים אלקטיביים, צמצום המימון הממשלתי במערכת הבריאות והעלייה ברמת החיים הצמיחו תופעה חדשה: שימוש גדל והולך במערכת הבריאות הפרטית. תהליך זה דחף את הצרכנים לחפש מקורות מימון לקניית שירותים במערכת הפרטית, ופתח – עבור מבטחים פרטיים וקופות־חולים – הזדמנויות להציע תכניות ביטוח חדשות כדי לענות על ביקוש זה. כתוצאה מכך, מוצעות היום בשוק למעלה מעשרים פוליסות ביטוח בריאות וסיעוד מסחריות, ארבע פוליסות ביטוח בריאות משלים־חובה של קופות־החולים, ופוליסה אחת של ביטוח משלים מרצון. פוליסות אלה מכסות שירותים שאינם מכוסים על־ידי הקופות בביטוח הבסיסי כגון: השתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל, טיפול שיניים, טיפול סיעודי כרוני ושירותים שמסופקים בתנאים שונים מאלה של הקופות כגון: ניתוחים בבתי־חולים פרטיים וחופש בחירה של המנתח.

השוק לפוליסות אלו הינו קטן היום – לכ־10%–13% מן האוכלוסייה יש פוליסות – אך הוא גדל והולך. הכיסוי הפופולרי ביותר הינו עבור טיפול שיניים – כ־10% מהאוכלוסייה בקירוב מכוסה על־ידו. רוכשי ביטוחי הבריאות המסחרי היום הם בדרך כלל בני 25–50 ולהם הכנסות והשכלה גבוהים מן הממוצע.

התפתחות שוק זה תשפיע על העלות ועל האיכות של שירותי הבריאות, על נגישות הטיפול, על התפתחות השירותים הרפואיים ואופן מתן הטיפול הרפואי, על רמת ההוצאה הלאומית לבריאות והרכבה וכן על חלוקת המשאבים בין מערכת הבריאות הפרטית לציבורית. הממשלה יכולה להשפיע על דמותו של שוק זה באמצעות תהליך קביעת המדיניות, הגנת הצרכן, הגברת מעורבות משרד הבריאות והכוונת ההתפתחויות בשטח, באופן שיתרמו להשגת המטרות הכוללות של מערכת הבריאות.

דברי תודה

ברצוננו להודות למוסדות ולאנשים שסייעו לנו במהלך המחקר. לענף הביטוח, כפי שיוצג על־ידי חברות הביטוח, איגוד חברות הביטוח וסוכני הביטוח, וכן לנציגי קופות־החולים אשר גילו פתיחות, וסיפקו לנו מידע חיוני. למשרד המפקח על הביטוח ומומחים למערכת הבריאות ולנושא הביטוח, שהיו לנו לעזר רב. תודה גם ליהודה כהנא מהפקולטה למינהל עסקים באוניברסיטת תל־אביב על הייעוץ וההערות לטיוטה הסופית.

אנו מודים לחברי ועדת ההיגוי של הפרויקט: דוד מילגרום ודורון כהן ממשרד האוצר, גבי בן־נון ממשרד הבריאות וג'ק חביב מג'וינט־מכון ברוקדייל אשר עזרו לנו בהדרכה ובעצה בכל שלבי המחקר.

לבסוף, תודתנו לעמיתינו במכון ברוקדייל: לדוד חיניץ וברוך רוזן שסייעו רבות בהערותיהם והארותיהם, וליהודית רייך אשר סייעה לצוות המחקר בכל נושאי הארגון בשדה. כמו־כן אנו מודים לצוות יחידת הפרסומים של המכון: תרגמה מאנגלית אראלה ברילנט; ערכו - אראלה ברילנט וג'ני רוזנפלד; סייעה בהדפסה - בלהה אלון.

תוכן עניינים

מבוא 1

מטרות המחקר 2

שיטת המחקר 3

ממצאים 4

1. ארגון השוק והיקפו 4
2. פוליסות ביטוח בריאות מסחרי ומשלים 5
3. תכונות מאפיינות של רוכשי פוליסות ביטוח בריאות מסחריות 11
4. מניעים לכניסה לשוק 16
5. ההשלכות של הגידול בשוק ביטוח הבריאות המסחרי והמשלים 16
6. תפקיד הממשלה בשוק היום 19
7. תפקידה הפוטנציאלי של הממשלה בשוק ביטוח הבריאות 20

מסקנות 24

ביבליוגרפיה 25

נספחים:

נספח 1: מסגרת מושגית לניתוח פוליסות ביטוח בריאות 29

נספח 2: כיסוי ביטוח משלים־חובה שמספקות קופות־החולים, 1990 33

נספח 3: כיסוי ביטוח משלים מרצון של קופת־חולים מכבי, 1990 39

נספח 4: פוליסות ביטוח בריאות מסחריות נבחרות, 1991 43

נספח 5: פוליסות ביטוח סיעוד מסחריות, 1990 53

נספח 6: פוליסות ביטוח שיניים מסחריות, 1991 57

רשימת לוחות ותרשימים

לוח 1:	מבטחי בריאות בישראל, 1990	5
לוח 2:	מאפיינים של ביטוח בריאות משלים ומסחרי בהשוואה לביטוח הבסיסי בקופות-החולים, 1990	7
לוח 3:	כיסוי ביטוח בריאות מסחרי (ללא טיפול שיניים וללא טיפול סיעודי ממושך), 1990	9
לוח 4:	יחסי גומלין בין מטרות יסוד של מערכת הבריאות והגידול בשוק ביטוח הבריאות המסחרי והמשלים	18

תרשים 1:	ביטוח בריאות וסיעוד משלים ומסחרי, לפי סוג הכיסוי והיקף הכיסוי, 1990	6
תרשים 2:	אחוז רוכשי ביטוח בריאות לפי קבוצות גיל, 1990	12
תרשים 3:	אחוז רוכשי ביטוח בריאות לפי רמת השכלה, 1990	13
תרשים 4:	אחוז רוכשי ביטוח בריאות לפי רמת הכנסה, 1990	14
תרשים 5:	אחוז רוכשי ביטוח בריאות לפי מוצא, 1990	15
תרשים 6:	אישורים ודחיות של ועדת האישורים הממלכתית לנסיעות לחו"ל של חולים (ועדת משיח), 1988–1990	21
תרשים 7:	טיפולים רפואיים שאושרו על-ידי הוועדה הממלכתית לנסיעות לחו"ל של חולים (ועדת משיח) 1989	22

מבוא

כיום יש במרבית הארצות שילוב בין מימון פרטי לציבורי בשירותי הבריאות. במערכות מימון שהחלו כציבוריות מתרחבת ההפרטה (למשל: בריטניה, הולנד, פולין והונגריה), ואילו במערכות שהחלו כפרטיות (למשל: ארצות־הברית וקנדה) גוברת המעורבות הציבורית במימון מערכת הבריאות. הסיבות למגמות אלה שונות, אבל עובדה אחת בולטת: כשלונות – קטנים כגדולים – של מגזר אחד נתפסים כהזדמנויות על־ידי המגזר האחר. המגזר הפרטי רואה את ההזדמנויות העסקיות הטמונות בכשלונו של המגזר הציבורי, ואילו המגזר הציבורי רואה לעצמו חובה חברתית למלא תפקיד פעיל כאשר המגזר הפרטי נכשל.

גם בישראל היוו הבעיות שהתעוררו במגזר הציבורי הזדמנות לכניסה של המגזר הפרטי לתחום זה. במערכת הבריאות הציבורית והוולונטרית פרצו, בשנים האחרונות, שביתות בכל המגזרים (מינהל, משק ופרה־רפואיים), כשהבולטות שבהן של רופאים (1990,1983) ושל אחיות (1986); חלקה של הממשלה במימון מערכת הבריאות צומצם, והתארכה ההמתנה לניתוחים אלקטיביים. במקביל, גדלו ההוצאות הפרטיות על בריאות, והפצת תרופות באופן פרטי התפשטה במידה ניכרת. בעיות אלה הובילו להקמת מספר ועדות שנועדו לחקור כיוונים אפשריים לביצוע רפורמות במערכת הבריאות. האחרונה שבהן היא ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל בראשות שופטת בית המשפט העליון שושנה נתניהו (ועדת נתניהו).

צפוי שהמגזר הפרטי ימשיך להיות מעורב בהספקת שירותי בריאות לצידם של גופים וולונטריים כמו קופות־החולים וגופים ממלכתיים כמו משרד הבריאות. ביטוחי הבריאות והסיעוד המשלימים והמסחריים עשויים להיות אחד ממקורות המימון להתפתחות זו, כאשר ביטוח משלים זמין לחברי הקופות תמורת תשלום נוסף, ואילו הביטוח המסחרי זמין לכלל האוכלוסייה ללא קשר לחברות בקופה זו או אחרת. יש הרואים את התפשטות הביטוח המסחרי כהתפתחות רצויה, ואילו אחרים רואים בה תופעה מזיקה.

הדו"ח הנוכחי מתבסס על מחקר מקיף שלא כל ממצאיו מוצגים בתמצית מחקר זו. הממצאים המלאים נמצאים בדו"ח הסופי שיוגש למשרד האוצר ולמשרד הבריאות. בדו"ח הסופי יש ניתוחים מפורטים יותר של הסוגיות המופיעות בנוסח המקוצר וכן סקירה של הספרות המקצועית בנושא.

מטרות המחקר

מחקר זה הינו חלק מניסיון משותף של ג'וינט־מכון ברוקדייל וממשלת ישראל (המיוצגת על־ידי משרד הבריאות ומשרד האוצר) להעריך את התפתחות התחרות ואת השינוי במערכת הבריאות בישראל. מטרות המחקר הן כדלקמן:

(1) לתאר ולנתח את שוק ביטוחי הבריאות המשלים והמסחרי וביטוחי הסיעוד על־פי התוצרים המוצעים לציבור, מספר רוכשי הפוליסות ומאפייניהם;

(2) לזהות את הסיבות לגידול במעורבות של ענף הביטוח המסחרי ושל קופות־החולים בהספקת ביטוח בריאות משלים ומסחרי;

(3) לפתח מסגרת להערכת המאפיינים העיקריים של פוליסות ביטוח בריאות לשימושם של הצרכנים, של המפקחים על הביטוח ושל קובעי המדיניות;

(4) להתחיל בהערכת ההשלכות של הריבוי הגדל והולך בפוליסות ביטוח בריאות מסחרי ומשלים על העלות, האיכות וההספקה של שירותי בריאות פרטיים וציבוריים;

(5) להתחיל להגדיר תפקידים ושיטות אפשריים לממשלה בעיצוב התפתחותו של שוק ביטוח הבריאות המסחרי להשגת תוצאות חברתיות ובריאותיות חיוביות;

(6) להציג מספר קווי מדיניות אפשריים בתחומים כגון: הגנת הצרכן, ויסות של פעילות ענף הביטוח והפצת מידע.

רק מעט נכתב עד כה על שוק ביטוח הבריאות המסחרי בישראל – מי הם הפעילים הראשיים בשוק, כמות המוצרים המסופקים ואיכותם, היקף ההון של פוליסות ביטוח בריאות והתכונות המאפיינות של הרוכשים. מחקר זה תורם לבסיס הידע בכך שהוא מספק נתונים בסיסים על מדדים אלה, ומספק מסגרת לניתוח עיצוב מדיניות הבריאות. הדבר עשוי לשרת מספר מטרות: הוא יכול לסייע לצרכנים בהבנת פוליסות הביטוח ובהערכתן, ולהקל את תהליך אישור פוליסת ביטוח על־ידי המפקח על הביטוח. בנוסף, הוא יכול לסייע בהערכה של ההשלכות האפשריות שיהיו לגידול של שוק זה על תוצרי מפתח של מערכת הבריאות וכן בזיהוי של קווי מדיניות שהממשלה יכולה לנקוט כדי להשפיע על עיצוב השוק, כך שתגובת הממשלה לגידול בשוק זה תקדם את המטרות הכוללות של המערכת.

שיטת המחקר

שיטת המחקר מבוססת על ניתוחים כמותיים ואיכותיים, והיא מוצגת להלן.

(1) **ראיונות** עם 25 איש, המייצגים חברות ביטוח מסחריות גדולות, ארבע קופות־החולים, גורמים ממשלתיים ומומחים מן האקדמיה בתחום ענף הביטוח הן לנושא מבנה הענף והן לנעשה בשטח. כל הראיונות היו פתוחים אבל נערכו על פי מסגרת שאלות מובנית.

(2) **ניתוח הפוליסות המסחריות והמשלימות** (ששווקו ב–1990) על־פי קריטריונים שהוגדרו מראש. חלק מהם אופייניים לניתוח כל פוליסת ביטוח וחלק מהם ייחודיים לתחום הבריאות והסיעוד. בנוסף לניתוח הפרטני נערך גם ניתוח השוואתי של הפוליסות השונות.

(3) **סקירת ספרות מקצועית – ישראלית ובינלאומית – בנושא ביטוח בריאות.** סקירה זו הינחתה אותנו בהכנת הראיונות ובפיתוח מסגרת לניתוח הפוליסות, וסייעה בידינו להתחיל להעריך השלכות אפשריות של גידול שוק זה.

(4) **סקר צרכנים,** כדי להעריך את מספר הרוכשים ואת הפרופיל הדמוגרפי שלהם. חברת "דחף" לסקרי דעת קהל כללה, על־פי הזמנתנו, בשני סקרים שוטפים שנערכו בחודשים אוגוסט ונובמבר 1990, שאלות אחדות הקשורות לביטוח בריאות מסחרי ומשלים וביטוח סיעוד. המדגם הקיף אלף נשים וגברים בני 20 ומעלה, החיים ביישובים עירוניים.

ממצאים

1. ארגון השוק והיקפו

כמעט כל אוכלוסיית ישראל (95%) מכוסה על־ידי ביטוח בריאות בסיסי שמספקות ארבע קופות־החולים. מחקר זה מתמקד בפוליסות המקנות ביטוחים נוספים - ביטוח בריאות וסיעוד מסחרי, שמספקות חברות הביטוח, וביטוח בריאות משלים שמספקות ארבע קופות־החולים לחבריהן. תעשיית ביטוח הבריאות המסחרי היא דגם מוקטן של תעשיית הביטוח בישראל בכלל. כיום פועלות בישראל כ-43 חברות ביטוח ישראליות ו-23 חברות זרות (מדריך הביטוח בישראל 1990/91). כ-75% מהשוק הוא בידי 6 קבוצות ישראליות. בעת כתיבת דו"ח זה, סיפקו 10 חברות ביטוח למעלה מ-20 מוצרים שונים לציבור. הניסיון האמריקני מראה, שברגע שחברות צוברות ניסיון, ומתחילות לגרוף לעצמן נתחי שוק גדולים יותר, מספר החברות המספקות מוצרים פוחת.

שוק ביטוח הבריאות המסחרי בישראל נמצא בשלבי הילדות. כלומר, חברות חדשות רבות חודרות לשוק ומספקות מיגוון מוצרים לצרכנים. מלבד חברת הביטוח שילוח, שהחלה לשווק פוליסות ביטוח בריאות מסחריות מאז 1933, רוב החברות חדרו לשוק ביטוח הבריאות המסחרי בחמש השנים האחרונות. השוק עדיין קטן. ב-1986, פחות מ-5% מהכנסות פרמיות הביטוח היו מביטוח בריאות מסחרי (למ"ס 1988). יתרה מכך, כספי ענף ביטוח הבריאות המסחרי מהווים אחוז קטן יחסית של הוצאות הבריאות בישראל. על־פי אומדן ראשוני, אנו מעריכים שהון ענף ביטוח הבריאות המסחרי מתקרב ל-40 מיליון דולר. פירושו של דבר - מעט פחות מ-2% מסך־כל הוצאות הבריאות.[1] מומחים אחדים מעריכים, שהערך הכולל של הביטוחים הפרטיים יגדל באופן ניכר בעשור הבא, בפרט אם שירותי הבריאות הפרטיים יורחבו לבתי־החולים הציבוריים.

מלוח 1 עולה כי כ-10%-13% מכלל האוכלוסייה רכשו פוליסות ביטוח בריאות מסחריות או פוליסות ביטוח משלים מרצון, מהם כ-10% פוליסות ביטוח שיניים וכ-2%-3 ביטוחי בריאות אחרים. כיצד עומדים נתונים אלה בהשוואה למדינות אחרות, דוגמת בריטניה, שם הכיסוי הבסיסי מסופק אף הוא בעיקר על־ידי המגזר הלא־מסחרי? ב-1987, כ-10% בקירוב מקרב הבריטים היו מכוסים על־ידי ביטוח פרטי (Propper & Maynard 1989), ורוב הביטוחים עוצבו באופן שיאפשר למבוטחים לעקוף תורים במערכת הציבורית, ולקבל טיפול במסגרות פרטיות. בישראל, כאמור, בחרו לפחות 2%-3 מן האוכלוסייה להוסיף ביטוח בריאות פרטי על הביטוח הבסיסי, המסופק כמעט במלואו על־ידי קופות־החולים.

לוח 1 שלהלן מציג את סוגי ביטוחי הבריאות המוצעים היום בישראל ואת אחוז האוכלוסייה המכוסה בפוליסות אלו. בלוח אנו מבחינים בין המשווק של הביטוח (sponsor) לבין המבטח (insurer), הארגון המשווק ביטוח לחבריו, אבל אינו לוקח על עצמו בהכרח את הסיכון. למשל, קופת־חולים עשוייה לשווק תכנית ביטוח לחבריה הארגון המבטח עשוי להיות חברה מסחרית. מנקודת ראותם של הצרכנים, קופת־החולים הינה המבטח, אבל מנקודת ראותו של המבטח המסחרי, קופת־החולים הינה ערוץ השיווק וההפצה של מוצר הביטוח שלו. מבטח של תכנית הינו הארגון הנוטל על עצמו את הסיכון האקטוארי.

1 ההנחות שביסוד חישובים אלה מוצגות בדו"ח המחקר המלא.

לוח 1: מבטחי בריאות בישראל, 1990

המשווק	סוג הכיסוי	מבטח	אחוז האוכלוסייה המבוטחת
קופות־חולים	(1) ביטוח בריאות בסיסי מרצון	קופות־חולים	95%
	(2) ביטוח בריאות משלים־חובה	חברות ביטוח [1]	95%
	(3) ביטוח בריאות משלים מרצון	קופת־חולים מכבי	3%
מבטחים מסחריים	(1) ביטוח בריאות בסיסי מרצון	חברת שילוח	0.5%
	(2) ביטוח בריאות נוסף מרצון	מבטחי משנה	13%–10%

1 קופת־חולים לאומית אינה מסתייעת בחברת ביטוח משנה עבור תכנית ביטוח החובה המשלים שלה.

מקור: **ראיונות עם מבטחי בריאות מסחריים וסקר צרכנים, 1990**

2. פוליסות ביטוח בריאות מסחרי ומשלים

ביטוח בריאות משלים־חובה מסופק על־ידי ארבע קופות־החולים, ביטוח בריאות משלים מרצון מסופק כיום על־ידי קופת־חולים אחת, וביטוח בריאות מסחרי מסופק על־ידי חברות ביטוח פרטיות. בעת הכנת הדו"ח, עשר חברות גדולות סיפקו לציבור למעלה מעשרים פוליסות ביטוח בריאות שונות. שני סוגי הפוליסות אמורים לכסות:

(א) שירותים שאינם כלולים בסל הבסיסי של קופות־החולים;

(ב) שירותים המסופקים בתנאים שונים מאלה שבהם מסופק הסל הבסיסי על־ידי הקופות.

הביטוח המסחרי נועד לאפשר למבוטח מימון של השירותים הבאים: ניתוחים והשתלות בחו"ל; הוצאות עבור מנתח שנבחר על־ידי המבוטח; הוצאות ניתוח שבוצע בבתי־חולים פרטיים; טיפול שיניים; טיפול סיעודי כרוני ממושך, בעיקר לקשישים; טיפולים אחרים המבוצעים על בסיס פרטי או במערכות פרטיות כגון: ייעוץ רפואי, טיפולים מתקדמים נגד עקרות וטיפולי לב מיוחדים.

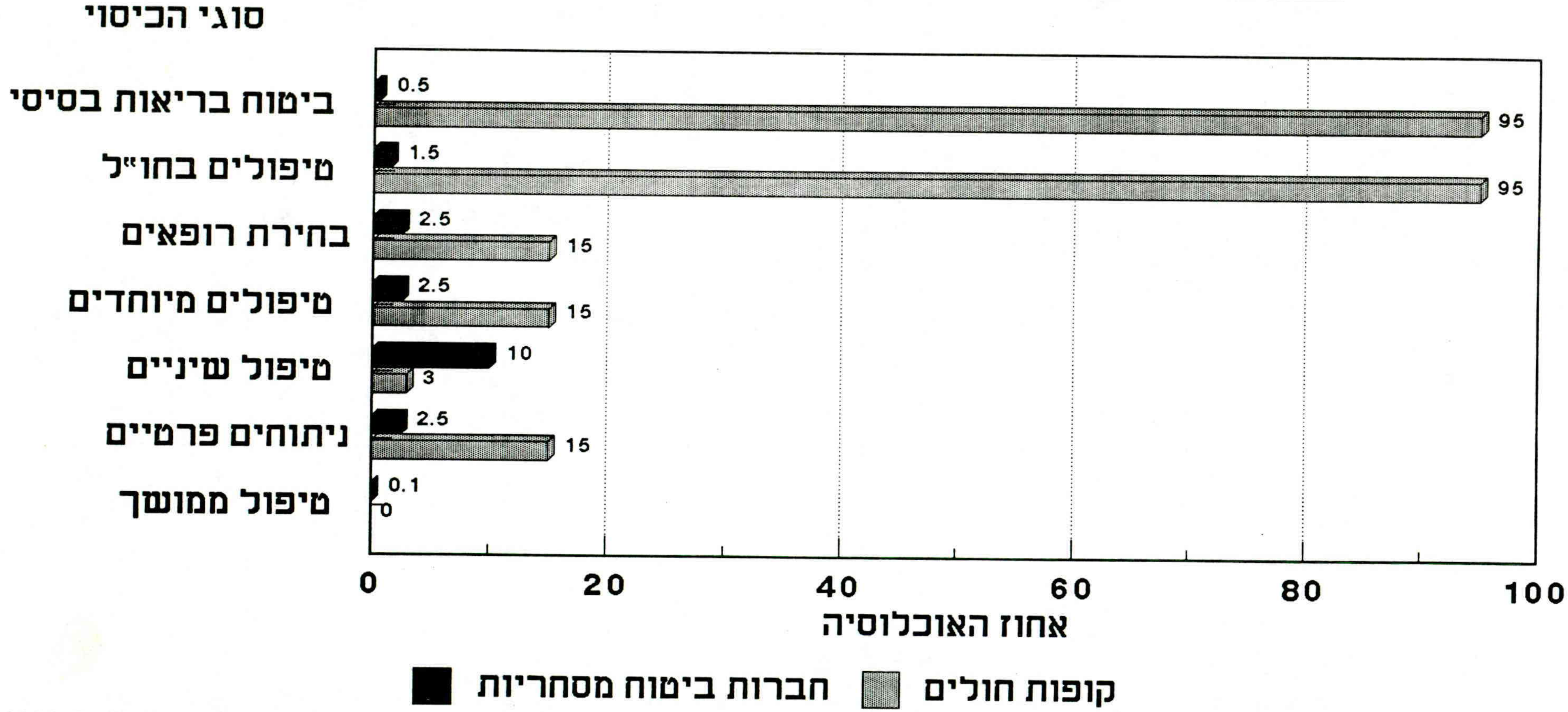
בנספח 1 מוצגת המסגרת המושגית לניתוח הפוליסות הללו.

הכיסוי המסחרי הנפוץ ביותר הוא עבור טיפול שיניים, והוא מקיף לפחות 10% מן האוכלוסייה. בין 2% ל־3% מן האוכלוסייה בחרו לרכוש פוליסות ביטוח בריאות וסיעוד מסחריות.[1] 95% מן האוכלוסייה מכוסים בביטוח משלים־חובה בתוקף החברות בקופות־החולים. (ראה תרשים 1 להלן.)

---

1 אל נתון זה יש להתייחס בזהירות בגלל מספר סיבות. ראשית, יש מבוכה רבה בקרב המבוטחים לגבי זהות המוצר שברשותם; שנית, כאשר אוכלוסיית רוכשי הביטוחים במדגם קטנה, טווח השונות סביב האומדן רחב מאוד.

תרשים 1: ביטוח בריאות וסיעוד משלים ומסחרי לפי סוג הכיסוי והיקף הכיסוי, 1990



מקור: ראיונות וסקר צרכנים, 1990

*השירותים העיקריים הנרכשים מכספי פוליסות פיצוי

את פוליסות ביטוח הבריאות המשלים־חובה והמסחרי ניתן לבנות כך שישלמו תגמולים בדרכים מגוונות. אנו מבחינים בין שני סוגי כיסוי: כיסוי של שירותים מסוימים וכיסוי לגילוי של מחלות מסוימות. בישראל, הפוליסות המסחריות הנמכרות היום משלמות תגמולים על **בסיס שיפוי** (indemnity) או על **בסיס פיצוי** (compensatory). פוליסת שיפוי מפצה על הוצאות עבור שירותי בריאות שנצרכו בפועל על־ידי המבוטח. לעומתן, פוליסות פיצוי משלמות תגמולים על עצם האירוע או על גילוי מחלה העלולים לגרור הוצאות רפואיות גדולות, והן אינן זקוקות להוכחה על הוצאות טיפול בריאותי בפועל. למרות שמבוטח יכול להשתמש בתגמולים של פוליסת פיצוי כרצונו, ההנחה היא שהם נועדו לכסות צריכת שירותים רפואיים, כגון, ניתוחים, בחירה של רופאים וטיפולים מיוחדים – כולם במערכת הפרטית. לעומת תגמולי פיצוי ושיפוי, קופות־החולים מספקות תגמולים בצורת **שירותים רפואיים**, כלומר המבטח מבטיח שירות למבוטח ולא החזר הוצאות או פיצוי כספי.

לוח 2: מאפיינים של ביטוח בריאות משלים ומסחרי בהשוואה לביטוח הבסיסי בקופות־החולים, 1990

	ביטוח בסיסי בקופות־החולים	ביטוח משלים־חובה בקופות־החולים	ביטוח מסחרי בחברות ביטוח
התגמול:	שירות רפואי	כיסוי הוצאות	בעיקר פיצוי כספי
הכיסוי:	טיפול רפואי כוללני, למעט כל מה שצויין במפורש כי לא נכלל (כמו השתלות, ניתוחים וטיפולים בחו"ל)	טיפולים ספציפיים המוגדרים בפוליסה. בעיקר השתלות וניתוחים בחו"ל	טיפולים ספציפיים המוגדרים בפוליסה. השתלות וניתוחים בארץ ובחו"ל, שיניים, תרופות, התייעצות
הפרמיה:	פרוגרסיבית, לפי גודל משפחה ומצב כלכלי	אחידה ליחיד אחידה למשפחה	אחידה, לפי גיל, מין, וגובה הכיסוי המבוקש
חישוב הפרמיה:	חישוב תקציבי כולל	חישוב אקטוארי ותקציבי כולל	חישוב אקטוארי לפי עלות הפרוצדורות והסיכונים
מימון הפרמיה:	מבוטח ומעביד	המבוטח בלבד	המבוטח בלבד
הצטרפות:	בדרך כלל עד גיל 60, לאחר גיל זה ההצטרפות היא לביטוח חלקי	פתוח לכל חברי הקופות	בדרך כלל מגיל 20 עד 55
	בחלק מהקופות מותנית בשייכות לאיגוד מקצועי או פוליטי	מותנית בחברות בקופת־חולים	מותנית במצב בריאות ובגיל
משך זכאות:	כל החיים	כל החיים	פיצוי: נפסק בדרך כלל בגיל 65 שיפוי: נמשך בדרך כלל כל החיים
מקום ההספקה:	במערכת הציבורית והפרטית בארץ	במערכת הפרטית בארץ ובחו"ל	במערכת הפרטית בארץ ובחו"ל
מעמד חוקי:	כפוף לתקנון הקופה	כפוף בדרך כלל לחוק חוזי הביטוח (למעט קופת־חולים לאומית)	כפוף לחוק חוזי הביטוח תשמ"א – 1981

לוח 2 לעיל מסכם את המאפיינים של פוליסות ביטוח בריאות משלים־חובה ומסחרי, בהשוואה לביטוח הבסיסי של קופות־החולים.

באמצעות פוליסות הביטוח המשלים־חובה, רוב האוכלוסייה מכוסה עבור שירותים שניתן לבצעם רק בחו"ל. פוליסות אלה, הממומנות על־ידי הקופות, מכסות בדרך־כלל השתלות לב, ריאה, כבד, כליות והשתלות אחרות, ניתוחים להצלת חיים וטיפולים מיוחדים. הפרמיות ליחידים נעות מדולר ועד 2.50 דולר לחודש וכל הפוליסות מפצות על הוצאות עד למכסימום של כ–100,000 דולר. להוציא קופת־חולים כללית, הפוליסות המשלימות של שאר קופות־החולים מכסות גם טיפול המסופק במערכות פרטיות בארץ, ומאפשרות חופש בחירה נרחב יותר במנתח או במומחה (ראה נספח 2 לניתוח מלא של פוליסות ביטוח משלים־חובה).

קופת־חולים מכבי מציעה ביטוח משלים מרצון לחבריה. זאת בנוסף לתכנית הביטוח המשלים־חובה. התכנית המשלימה מרצון נועדה לכסות שירותים המכוסים בחלקם על־ידי חבילת הביטוח הבסיסית או שאינם מכוסים כלל, כגון טיפול שיניים. למעשה, הכיסוי הפופולרי ביותר בחבילה זו הינו עבור טיפול שיניים. קרוב לשליש (165,000 ב–1990) מחברי קופת־חולים מכבי בחרו להשתתף בתכנית (ראה נספח 3 לניתוח פוליסת הביטוח המשלים מרצון של קופ"ח מכבי).

מרבית פוליסות ביטוח הבריאות המסחריות שבשוק הינן פוליסות פיצוי. התגמולים בגין פוליסות פיצוי אמורים לממן שירותים הקשורים למחלה מסוימת. המחלות המכוסות הן לב, סרטן, אירוע מוחי ובעיות כליות לסוגיהן. בדרך כלל משתמשים בפוליסות אלה כדי לממן רכישת שירותים מהמערכת הפרטית. מתרשים 1 עולה כי השירותים העיקריים הנרכשים מכספי פוליסות הפיצוי הם: בחירת רופאים, טיפולים מיוחדים וניתוחים.

השונות בין הפרמיות גדולה אפילו לגבי מרכיבים זהים למדי, והתגמולים המרביים יכולים להגיע עד 100,000 דולר. הכיסויים המסופקים על־ידי מרבית הפוליסות מסתיימים בגיל 65, וניתן לרכוש פוליסה לא יאוחר מגיל 60. לוח 3 מסכם את המאפיינים העיקריים של פוליסות ביטוח בריאות מסחריות (ללא פוליסות טיפול שיניים וללא פוליסות טיפול סיעודי ממושך) שנמכרו ב–1990. נספח 4 כולל ניתוח של מספר פוליסות בריאות מסחריות הקיימות כיום בשוק.

צמיחתו של ביטוח סיעודי לטיפול ממושך מדגימה תרומה פוטנציאלית חשובה של המבטחים המסחריים למערכת הבריאות והרווחה הציבורית, שאיננה נותנת כיום כיסוי הולם לצורכי הקשישים.

כיום יש בשוק ארבע פוליסות ביטוח סיעוד.[1] כולן מכסות שירותים רפואיים בבית ובמוסד. שלוש מהן מכסות גם שירותים סיעודיים פרה־רפואיים (כשהכוונה היא לטיפול אישי ועזרה ביתית).

שלוש מן הפוליסות הללו הן פוליסות פיצוי. האירוע המכוסה על־ידן הינו מצב של מוגבלות, הנמדד לפי מוגבלות/ריתוק/הזדקקות לעזרה; ותחילת השימוש בשירות (לדוגמה, כניסה למוסד). פוליסה אחת הינה פוליסת שיפוי, המכסה הוצאות שימוש בשירותים בפועל עד לתקרה מוגדרת מראש. השונות בין הפרמיות גדולה גם כאשר הכיסויים דומים. התגמולים יכולים להגיע בשתי התכניות עד 3,000 דולר לחודש, בתכנית אחת עד 4,000 דולר לחודש, ובשתי תכניות – ללא הגבלה. בדרך כלל ניתן להצטרף לתכניות אלה עד גיל 80. הכיסוי הוא למספר שנים מוגדר מראש, ובתכנית אחת – ללא הגבלת משך הזמן. נספח 5 מסכם את אפיוני פוליסות ביטוח הסיעוד הללו.

צמיחתו של ביטוח השיניים מדגימה את התרומה בפועל של הביטוח המסחרי לקידום הנושא. קיימות כיום בשוק שלוש תכניות ביטוח שיניים מסחריות עיקריות. כולן פוליסות שיפוי, המשווקות באופן קבוצתי, בדרך כלל לעובדים ובני משפחותיהם. הן מודולריות ומכסות, לפי בחירת הצרכן, שירותי מניעה, שימור, שיקום ושחזור. השונות בין הפרמיות גדולה מאוד, בעיקר בגלל השיווק באמצעות הסדרים קבוצתיים המושפעים ממשא ומתן בין המבטח לבין נציג הקבוצה המבוטחת. נספח 6 מסכם את אפיוני פוליסות ביטוח השיניים העיקריות.

---

1 עם סיום המחקר נודע על תחילת השיווק של פוליסת סיעוד נוספת. המייחד אותה הוא אפשרות הבחירה בין שלושה מסלולי ביטוח לשירותי סיעוד, ומעבר מאחד לשני לפי הגיל ולפי הצרכים, וכן בחירה בין צורות תגמול שונות.

לוח 3: כיסוי ביטוח בריאות מסחרי (ללא טיפול שיניים וללא טיפול סיעודי ממושך), 1990[1]

משתנים עיקריים של הפוליסות	סיכום של מאפייני הפוליסה
שווקו לראשונה	1990–1985
מספר המבוטחים	100,000–70,000[2]
שיטת התשלום	בעיקר פוליסות פיצוי אבל גם שיפוי
תהליכי חיתום[3]	תנאים מוקדמים, תקופת המתנה של 90 יום, הכבדת החיתום הרפואי עם העלייה בגיל
הצטרפות	בדרך כלל מגיל 20 עד 55. בשיפוי הכיסוי מסתיים בגיל 65. בפיצוי הכיסוי יכול להימשך כל החיים. יש המבטחים ילדים מגיל 3 עד 18
תנאי זכאות	אבחנת הרופא ומסמכים רפואיים או צורך מוכח בכיסוי של שירות כלשהו
כיסויי פיצוי	התקפי לב CVA סרטן הפסקת פעילות כליות צורך בהשתלות (למשל: לב, כבד, כליה)
כיסויי שיפוי	ניתוח לב צינתור בלוניזציה של הלב השתלות לב השתלות לב וכבד השתלות לב, כבד וכליה לבלב ומח עצמות (פחות שכיח)
תגמולים מרביים	$50,000 עד $80,000 לפיצוי ועד $100,000 לשיפוי
פרמיות חודשיות	השונות תלויה הרבה בצורת הכיסוי הנבחר. יש הנחות לנשים ותוספת פרמיות למעשנים. פרמיות לבן 35 עשויות לנוע מ–$1.50 ועד $3.50 לחודש ל–10,000 ש"ח כיסוי
השתתפות עצמית	יש בפוליסות שיפוי
ביטוח משנה	כולם מבוטחים בביטוח משנה

1 לוח זה מסכם ניתוח של 10 פוליסות ביטוח בריאות מסחרי שונות, ומציג את המכנה המשותף הרחב ביותר. הדו"ח המלא כולל ניתוח ארבע פוליסות ביטוח סיעוד ושתי פוליסות ביטוח שיניים.

2 כאמור בהערה 1 עמ' 5, לנתון זה יש להתייחס בזהירות.

3 שיטות למנוע סלקציה שלילית (דחיית מצטרפים).

נקודות חוזק ותורפה בפוליסות הקיימות

ניתוח מבנה הפוליסות מגלה מספר נקודות חוזק. פוליסות ביטוח הבריאות המסחריות בישראל מיועדות לכסות את המחלות בהן הפרט נמצא בסיכון הגבוה ביותר להוצאות גבוהות במיוחד (catastrophic expenses). ההגדרה של תנאי הזכאות ושל תביעת התגמולים והערעור עליהם איננה אחידה בפוליסות השונות, אבל, בכל פוליסה מוצגת ההגדרה בצורה ברורה. החברות המשווקות פוליסות שיפוי מנסות להבטיח זמינות של שירותים למבוטחיהן למרות שלא חלה עליהן אחריות זו. ולבסוף, בכל התכניות מובטח לצרכן חידוש אוטומטי של הפוליסה כל עוד הוא משלם עבורה.

ניתוח הפוליסות הסיעודיות מלמד כי כל הפוליסות בישראל מכסות שירותים גם בבית וגם במוסד, בשונה מארצות-הברית בה חלק מהפוליסות אינן מכסות שירותים בבית. יתרון נוסף של הפוליסות הסיעודיות בארץ, לעומת ארצות-הברית, הוא בכך שהן פוליסות מסולקות, דהיינו, גם כאשר המבוטח מפסיק לשלם פרמיה, תנוצל הקרן שהצטברה עד אותה עת, להמשך ביטוח ברמה מוקטנת. ולבסוף, ההסתמכות על מידת המוגבלות כתנאי לזכאות היא חיובית, משום שמוגבלות בתפקוד היא אינדיקטור מרכזי לצורך בשירותי טיפול ממושך. בארצות-הברית, לעומת זאת, עדיין יש פוליסות סיעודיות המתבססות על מצב בריאות כתנאי זכאות.

פוליסות ביטוח בריאות מסחרי וסיעודי לוקות במספר חסרונות:

(א) אין ערובה שהתגמולים ישמרו על כוח הקנייה שלהם לאורך זמן, בעיקר בזמנים של אינפלציה גבוהה, גם כאשר התגמולים מעודכנים. זאת, משום שיש חשש שמדד הוצאות הבריאות יעלה יותר ממדד יוקר המחייה. זהו חיסרון חמור, במיוחד בפוליסות ביטוח סיעוד אשר רוכשים אותן זמן רב לפני המימוש שלהן במטרה לבנות מראש את קרן התגמולים.

(ב) ברוב הפוליסות הסיעודיות יש מרכיב של "תיאום זכאויות". פירושו של דבר, שכאשר אדם רוכש פוליסה עם תגמול של 1,500 דולר לחודש, ואותו אדם זכאי ומקבל תגמולים מהממשלה או מגורם מבטח אחר בגובה 500 דולר לחודש, הפוליסה תתגמל אותו רק בהפרש - 1,000 דולר לחודש. שתי סוגיות קשורות לנושא זה. האחת, האם הצרכן מודע למשמעות "תיאום זכאויות", והשנייה, האם החיסכון המושג על-ידי חברת הביטוח באמצעות תיאום הזכאויות נלקח בחשבון בעת קביעת גובה הפרמיה.

(ג) כדי לתגמל את מלוא התגמול, המבוטח צריך להיות מוגבל בצורה חמורה מאוד. רוב המבוטחים לא יגיעו לרמת מוגבלות זו, ולכן יהנו רק מ-50% או 75% ממלוא התגמולים.

(ד) קיים חוסר בהירות בשימוש במושגים מסוימים. לדוגמה, השימוש בהגדרות של סיעוד רפואי ופרה-רפואי בפוליסות המסחריות, שאיננו תואם את ההגדרות המקובלות במערכת הבריאות והרווחה הציבורית; או, אי-הבהירות לגבי השוני בין תשישות נפש לאלצהיימר, כאשר פוליסה אחת לא מחריגה אלצהיימר ופוליסה אחרת לא מחריגה תשישות נפש.

(ה) יחידים אינם רשאים לרכוש את מרבית פוליסות הבריאות לאחר גיל 55 ותקופת הכיסוי של רוב הפוליסות הללו (מסוג פיצוי) מסתיימת בגיל 65; זאת, דווקא כאשר גובר הסיכון לחלות במחלה קשה, ההמתנה במערכת הציבורית מתארכת והולכת, וקטנה היכולת הכלכלית של הקשישים לקנות שירותים ללא ביטוח בשוק הפרטי.

(ו) בעייתית היא גם שפת החוזים. היא מסובכת ומקשה על הצרכן להבין את הכתוב; אופן ניסוח חלק מהחריגים עלול לגרום לאנשים לחשוב כי הביטוח מכסה עבורם מצבים או שירותים שבפועל אינם מכוסים על-ידו. לדוגמה, בפוליסה סיעודית, המכסה טיפול מוסדי וטיפול בבית, אך אינה מכסה הוצאות אלה אם הן נגרמו כתוצאה ממחלת אלצהיימר, מופיעים שני הנושאים הללו בסעיפים שונים, והצרכן לא בהכרח מבין את משמעות ההחרגה; דוגמה נוספת, פוליסת בריאות מסחרית, המדגישה כיסוי מחלות ושירותים לילדים, למעט שירותי מומחה לרפואת ילדים.

(ז) ישנה שונות גדולה בין הפרמיות גם כאשר הכיסויים דומים. הדבר מקשה על הצרכן לבצע הערכה השוואתית ריאלית בין הפוליסות השונות.

(ח) התגמולים של פוליסות הפיצוי נחשבים להכנסה לצורך מס לעומת תגמולי פוליסות השיפוי שאינם חייבים במס. ספק אם בעלי הפוליסות מודעים להבדלים אלה.

כיווני פיתוח אפשריים של השוק בעתיד

על־סמך ראיונות עם אנשי ביטוח, ניתוח הבעיות במערכת הבריאות וניתוח תכניות ביטוח הבריאות והסיעוד, המוצעות כיום, ניתן להצביע על כיווני פיתוח אפשריים של התחום בעתיד:

(א) **כיסוי שירותים שאינם מכוסים כיום**, כגון: רפואה חלופית, בריאות הנפש בקהילה, סיעוד לכל האוכלוסייה, מחלות מקצועיות, רפואת ספורט פנאי, טיפולים קוסמטיים ללא הכרח רפואי.

(ב) **כיסוי שירותים בתנאים שונים מתנאי ההספקה כיום**, כגון: מימון טיפול תרופתי וטיפול ממושך לחולי איידס, טיפולים חדשניים מורכבים בתחום רפואת העיניים; השתלות, ניתוחים וטיפולים חדשניים ומורכבים יקרים במיוחד, טיפול מונע, וכן ביטוח שר"פ.

(ג) **אסטרטגיות שיווק חדשות**, אפשריות כגון: שיווק ביטוח שיניים ליחידים, שיווק ביטוחי סיעוד לקבוצות.

(ד) **סלי ביטוח חדשים** כגון "סל מעגל חיים" המורכב מביטוח חיים + ביטוח בריאות + ביטוח סיעוד, כאשר אי־מיצוי של זכאויות בתחום אחד נזקף לזכות המבוטח בתחום שני.

(ה) **הידוק הקשר בין מבטחים לספקי שירותים** מתוך אינטרס כלכלי משותף.

(ו) **התפתחות שירותי ייעוץ** לצרכנים בנושא הביטוח.

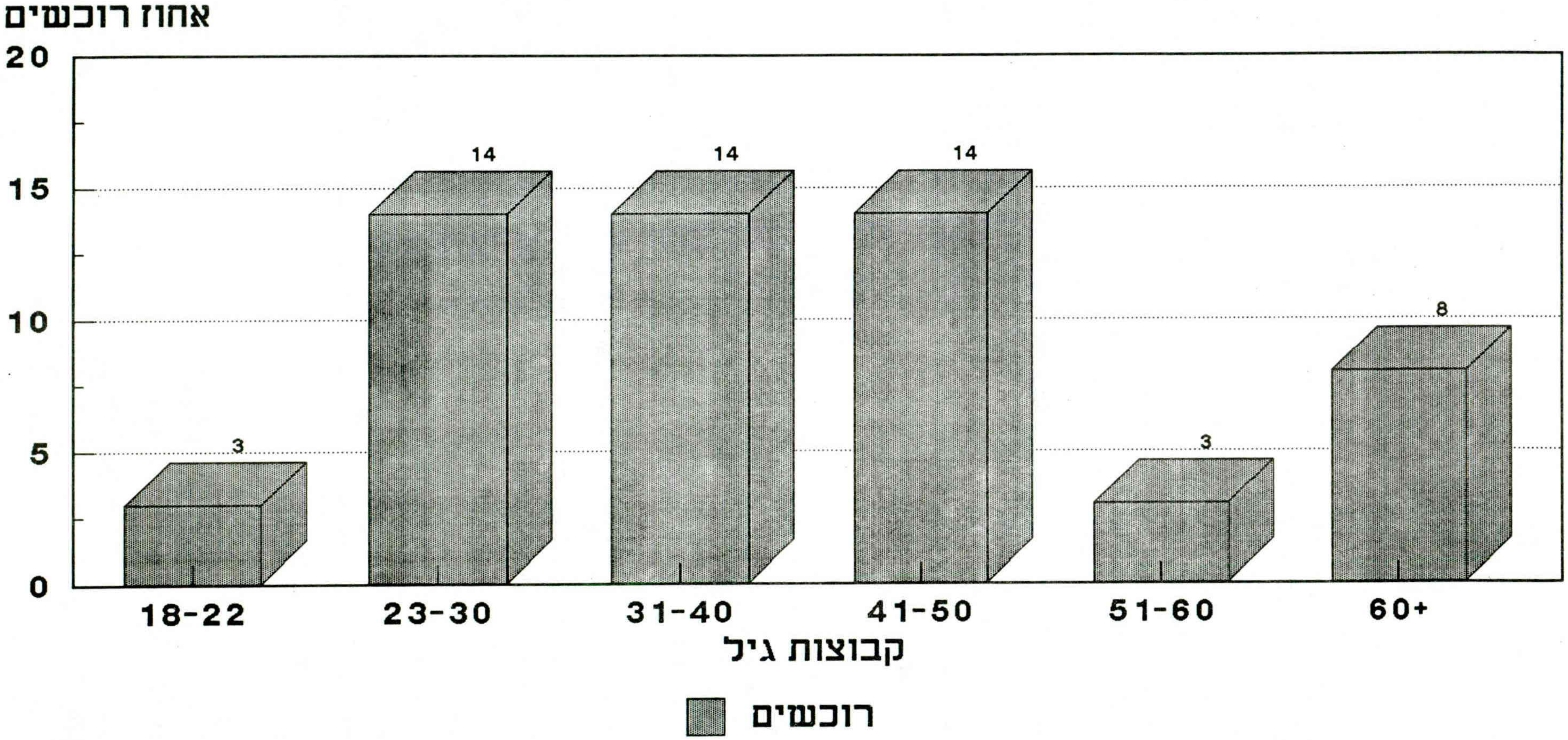
3. תכונות מאפיינות של רוכשי פוליסות ביטוח בריאות מסחריות

סקר הצרכנים, שנערך בשיתוף עם מכון "דחף", הצביע על כך שהרוכשים של היום הם בגיל הביניים ובעלי השכלה גבוהה. תרשים 2 מראה כי כ־6% מקרב בני 50 ומעלה, לעומת 14% מקרב בני 23–50, רכשו פוליסות. באשר להשכלה (תרשים 3), 21% מקרב אלה שיש להם השכלה על תיכונית נמנים בין הרוכשים, לעומת פחות מ־10% אשר לא החלו או לא השלימו השכלה תיכונית.

הסיכוי להיות רוכש היה קשור עד היום גם להכנסה ולמוצא. למשל, תרשים 4 מראה, כי 16% מאלה המגדירים את הכנסתם מעל לממוצע רוכשים פוליסות, כ־12% המגדירים את הכנסתם ממוצעת, ו־8% המגדירים את הכנסתם מתחת לממוצע. לפיכך, למרות ששיעור הרכישה בין בעלי הכנסה גבוהה הינו פי 1.25 מאשר בין בעלי הכנסה ממוצעת, יש לזכור כי רוכשי הפוליסות מצויים גם בקרב בעלי הכנסה נמוכה. אחד ההסברים האפשריים לכך הוא רכישת פוליסות ביטוח שיניים קבוצתיות באמצעות מקומות העבודה. ממצאים אלה מצביעים על כך שרוכשי הפוליסות אינם בהכרח בעלי ההכנסה הגבוהה.

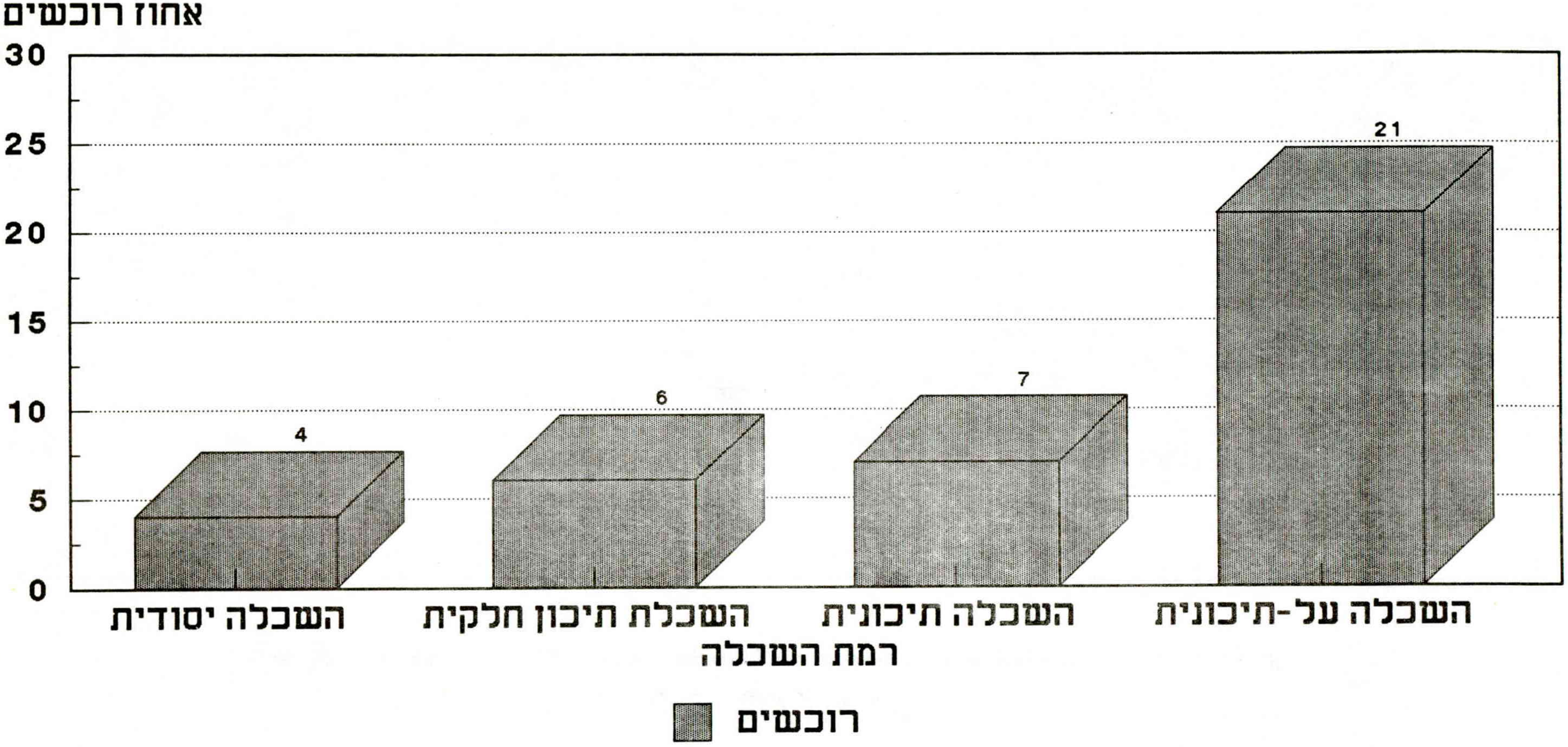
באשר למוצא (תרשים 5), נמצא, כי בקרב הרוכשים גבוה פי שניים שיעור בני מוצא מערבי מבני מוצא מזרחי. 16% בקירוב מן הקבוצה הראשונה רוכשים פוליסות לעומת 7% מן הקבוצה השנייה. תרשימים 2 עד 5 מסכמים את הקשר בין מאפיינים דמוגרפיים ושיעור רוכשי הפוליסות לסוגיהן.

תרשים 2: אחוז רוכשי ביטוחי בריאות לפי קבוצות גיל, 1990



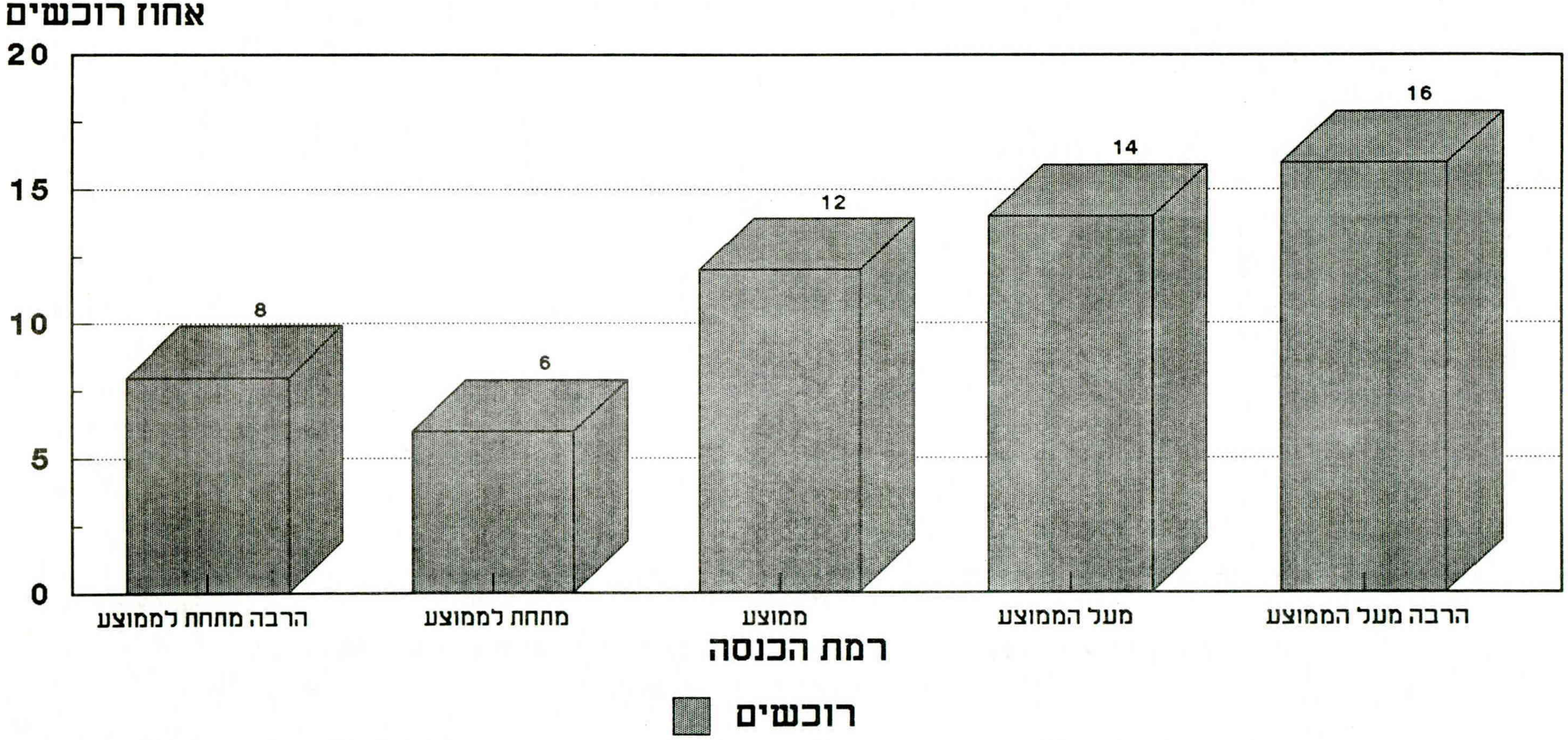
מקור: סקרי מכון "דחף" שהושלמו באוגוסט
ובנובמבר 1990

תרשים 3: אחוז רוכשי ביטוחי בריאות לפי רמת השכלה, 1990



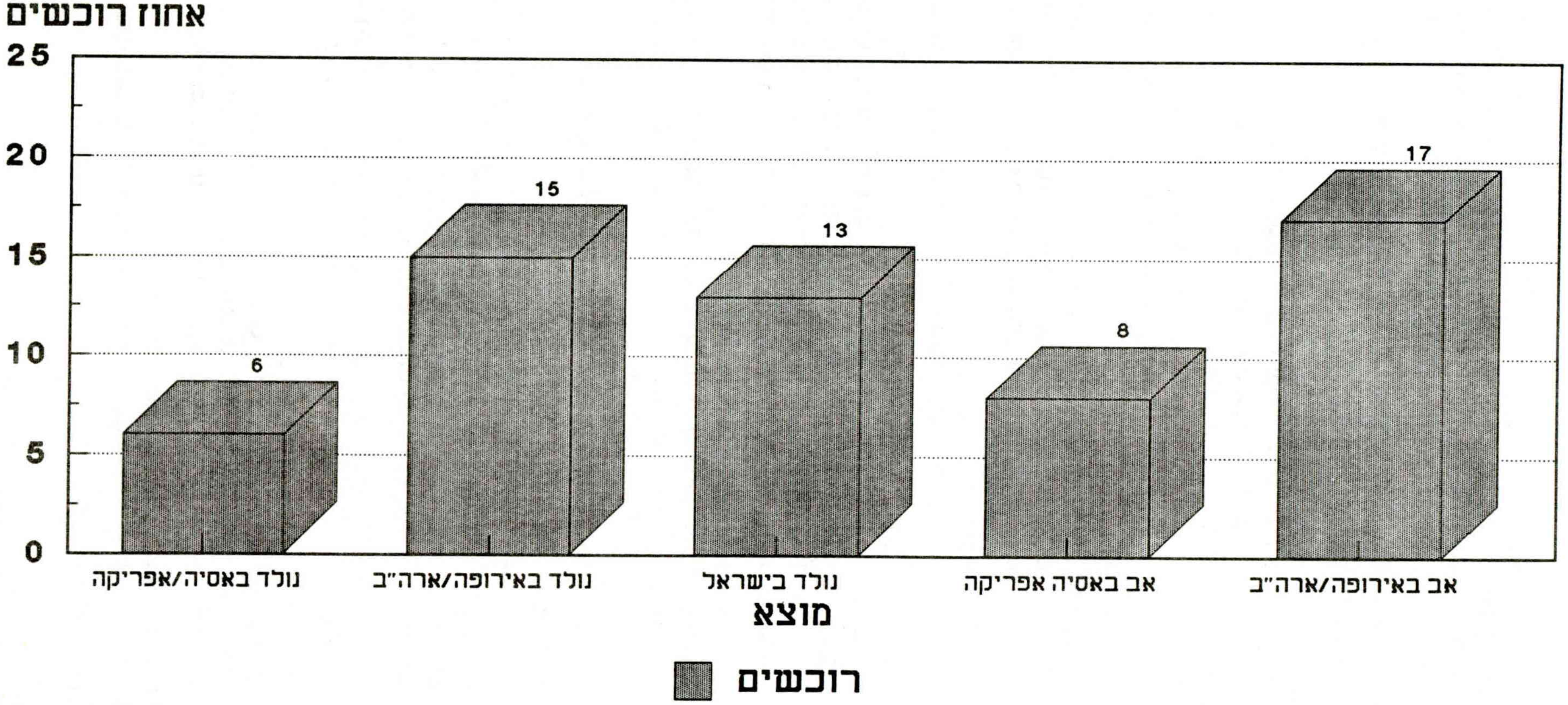
מקור: סקרי מכון "דחף" שהושלמו באוגוסט
בנובמבר 1990

תרשים 4: אחוז רוכשי ביטוחי בריאות לפי רמת הכנסה, 1990



מקור: סקרי מכון "דחף" שהושלמו באוגוסט ובנובמבר 1990

תרשים 5: אחוז רוכשי ביטוחי בריאות לפי מוצא, 1990
(ארץ לידה)



מקור: סקרי מכון "דחף" שהושלמו באוגוסט ובנובמבר 1990

4. מניעים לכניסה לשוק

מרבית מבטחי הבריאות המסחריים נכנסו לשוק בחמש השנים האחרונות. פוליסות הסיעוד התפתחו בשנתיים האחרונות. כמה סיבות תרמו לכך.

(א) ירידה בשביעות־הרצון של הצרכן משירותי הבריאות הציבוריים, בעיקר משירותי האשפוז שמספקות קופות־החולים והממשלה. הללו הובילו לכך שהצרכנים החלו לחפש דרכים חלופיות לממן טיפול המסופק במערכות פרטיות, טיפול המסופק על־ידי רופאים שנבחרו באופן חופשי על־ידי הצרכן וטיפול שאינו מכוסה על־ידי קופות החולים.

(ב) הלחץ שהופעל על המבטחים להוסיף מוצרים חדשים כדי לענות על דרישות חדשות - זאת על־ידי לקוחות שנזקקו לטיפולים היקרים ועל־ידי מעסיקים שנתבקשו לתרום או לאשר מבצעי התרמה.

(ג) חברות הביטוח ראו בתחום זה הזדמנות עסקית חדשה. סקרים שבוצעו על־ידי החברות הצביעו על כך שהצרכנים מעוניינים ומוכנים לשלם עבור כיסוי בריאות מסחרי.

(ד) חברות הביטוח חשו שמעמדן איתן דיו כדי לענות לביקוש משום שהיתה להן היכולת להעתיק מוצרי ביטוח מחו"ל, להשיג ביטוח משנה מחברות זרות שעימן היו להן קשרים בתחומי ביטוח אחרים, ולנצל ערוצי שיווק והפצה קיימים (סוכנים ומעסיקים גדולים).

הסיבות שהביאו את קופות־החולים להיכנס לשוק ולספק חבילות ביטוח בריאות משלים־חובה היו מעט שונות. בין הסיבות העיקריות ניתן למנות:

(א) הלחץ שהפעילו החברים היה הסיבה הראשונית להרחבת הכיסוי. במיוחד הופעל לחץ עצום לכסות השתלות, ניתוחים מסובכים וטיפולים מיוחדים שלא ניתן לבצעם בישראל והקופות לא היו מחוייבות לכסות אותם על־פי התקנונים שלהן.

(ב) מקצת קופות־החולים ראו בתוספת של חבילת ביטוח דרך להעלות פרמיות, ולממן שירותים אשר סופקו באופן לא מלא על־ידי סל הביטוח הבסיסי. במילים אחרות, הביטוח המשלים נועד אולי "לפצות" על ההבטחות של קופות־החולים לגבי הכיסויים המסופקים בחבילות הבסיסיות. לדוגמה, קופת־חולים אחת מציעה כיסוי לטיפול פריון במערכת הפרטית הן בסל הבסיסי שלה והן בסל הביטוח המשלים.

(ג) חלק מקופות־החולים משתמשות בתוספת ביטוח משלים כהזדמנות להגדיר מחדש בצורה ברורה את סל התגמולים הבסיסי.

(ד) לבסוף, ככל שהצרכנים הגבירו את הביקוש לכיסויים חדשים מקופות־החולים שלהם ומן המבטחים המסחריים, כך גבר חשש של קופות־החולים שהן עלולות לאבד נתח שוק למתחרים. לפיכך, תוספת ביטוח משלים נתפסה כאמצעי הגנה מפני אובדן חברים לקופות־חולים אחרות, ומפני אובדן פלח שוק לחברות המסחריות.

אי־הוודאות באשר לסיכון הפיננסי הכרוך בכיסויים חדשים, סיכון שעשוי להיות גדול למדי, הביאה את רוב קופות־החולים לדאוג לביטוח משנה לתכניותיהן. בכל המקרים, הפרמיות שנאספו מהכיסוי המשלים נוהלו כמערכת חשבונאית נפרדת ונקבעו בשיטה אקטוארית השונה משיטת קביעת הפרמיות עבור סל השירותים הבסיסי. מכיוון שהפוליסות הללו הינן במסגרת ביטוח חובה, מנקודת הראות של הצרכן נתפס הביטוח המשלים הזה כהרחבה של הסל הבסיסי או כחלק ממנו.

5. ההשלכות של הגידול בשוק ביטוח הבריאות המסחרי והמשלים

שוק ביטוח הבריאות המסחרי נמצא בעלייה. ככל שמספר רב יותר של אנשים יעמדו מול הסיכון של הוצאות פרטיות גבוהות־יחסית עבור שירותים, ילך ויגדל השוק. ככל שירבו שירותי בריאות פרטיים בבתי־חולים ציבוריים ובנפרד מהם, כך ייווצרו הזדמנויות נוספות לשוק המבטחים המסחריים. גם להרכב

הסל הבסיסי המסופק על-ידי קופות-החולים יש השפעה על הגידול בשוק. בהתחשב בעלייה הגדולה לארץ, במצבן התקציבי הבלתי בטוח של חלק מהקופות וברתיעה הכללית מלקיחת סיכונים חדשים, לא נראה כי סל השירותים הבסיסי יתרחב בקרוב באופן משמעותי. אולם, אם יאומצו ההמלצות של ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, שקראה לכלול בסל הבסיסי טיפול שיניים לילדים וקשישים וטיפול ממושך, ניתן לצפות לצמצום חלקם של המבטחים המסחריים בכיסוי שירותים אלה.

האם הגידול במכירת הפוליסות יקטין או יחריף כמה מן הבעיות הקיימות במערכת הבריאות כפי שהן נתפסות על-ידי הצרכנים, מספקי השירותים והממשלה? היות שרבים מכיסויים אלה הוצעו לציבור רק באחרונה, ומעט אנשים רכשו פוליסות, עדיין מוקדם לנתח בהקשר הישראלי את ההשפעות של התפתחות השוק באופן אמפירי. אולם, ניתן להצביע על כיוון השפעות אפשרי בעזרת הספרות הבינלאומית.

באופן כללי, השפעות הגידול בשוק זה קשורות לסוגיות הבאות:

א. המידה שבה יש העברת משאבים מן המערכת הציבורית למערכת הפרטית ולהיפך כאשר מקורות המימון משתנים;

ב. ההשפעה על נגישות השירותים בקרב קבוצות אוכלוסייה שונות;

ג. השפעת מגמות אלה על עלות השירותים ואיכותם;

ד. התפתחות צורכי הטיפול הרפואי בישראל;

ה. הרמה וההרכב (פרטי מול ציבורי) של ההוצאה הלאומית על שירותי בריאות.

הגידול בשוק זה יגביר את הנגישות הפיננסית לשירותים וכן יביא לקיצור תורים לטיפולים מסוימים, כל עוד תשתית מערכת הבריאות הפרטית תתאים עצמה לגידול בדרישה לשירותים. לאלה היכולים להרשות לעצמם לרכוש פוליסות, עשויה להיות נגישות רבה יותר לטיפול באיכות גבוהה, והדבר עשוי ליצור מערכת טיפול בעלת שתי רמות.

הגידול בשוק הביטוח המסחרי יקטין את הלחץ על מערכת הבריאות הציבורית, בעיקר מצד האוכלוסייה הצעירה, מתחת לגיל 65, והפחות חולה. המערכת הציבורית צפויה להמשיך להיות אחראית עיקרית לקשישים.

לכיסויי ביטוח נוספים יש השפעה רבה על השימוש בשירותי בריאות בישראל ועל עלותם. הניסיון הבינלאומי מלמד, שביטוח מביא לגידול בביקוש לשירותי בריאות עבור מבוטחים. ניתן לבלום ביקוש זה על-ידי הכללת תנאי השתתפות עצמית הולמים בפוליסות. בעקבות המבטחים בחו"ל, נוהגים אותם מבטחים בישראל, המספקים כיסוי שיפוי, לחפש דרכים לפקח על עלויות, בהן: הכנסת מרכיב של השתתפות עצמית לסוגיו, חוזים עם ספקי שירותים וביצוע תהליכי בקרת שימוש. אחת השיטות הפוטנציאליות לפיקוח עתידי על העלויות, שהועלתה על-ידי מבטחים, היא להיכנס לתחום הספקת-שירותים כדי לפקח גם על המימון וגם על הספקת השירותים.

לוח 4 מציג את יחסי הגומלין בין מטרות המערכת הכוללת וההשפעות הפוטנציאליות של גידול השוק. לא תמיד שוררת אחידות דעים בדבר הכיוון הצפוי של ההשפעות - בין חיובי ובין שלילי. לדוגמה, רבים יסכימו, שלמערכת מימון פרטית יש השפעות אנטי-שוויוניות, משום שמי שיכול להרשות לעצמו לרכוש ביטוח, קרוב לוודאי שיקבל שירותים באופן מיידי. עם זאת, גם בהעדר שוק ביטוח פרטי, יש כאלה הנהנים משירותים בשל יכולתם לשלם עבור טיפול פרטי. ביטוח, בכוח עקרונות הרחבת הסיכון, מאפשר לרבים יותר את הנגישות הפיננסית לשירותים. לפיכך, נגישות רבה יותר לכיסויי ביטוח עשוייה אף היא לסייע בהגברת השוויון. כאשר יש בספרות אי-הסכמה כללית (או חוסר ידע) באשר להשפעות שיש לגידול בשוק על מטרות מפתח של המערכת, ציינו זאת בלוח 4 ב-"?". כאשר ישנה עדות משכנעת מן הספרות, סימנו את כיוון ההשפעה ב-"X".

לוח 4: יחסי גומלין בין מטרות יסוד של מערכת הבריאות לבין הגידול בשוק ביטוח הבריאות המסחרי והמשלים*

מטרת המערכת	השפעות פוטנציאליות של הגידול: חיובי	השפעות פוטנציאליות של הגידול: שלילי
1. נגישות שירותים שווה לכל נפש	?	?
2. הפחתת עלויות מינהל של מערכת ביטוח בריאות		X
3. הרחבת חלוקת נטל העלויות (שיתוף בסיכון)	X	
4. הרחבת ההגנה הפיננסית של הצרכנים	X	
5. הפחתת הוצאות פרטיות של הצרכן עבור שירותים	X	
6. שמירת על יציבות המחירים של שירותי הבריאות		X
7. הגברת פיקוח ארצי על עלויות שירותי הבריאות		X
8. הקטנה או ייצוב של המימון הציבורי של שירותי הבריאות	X	
9. שימוש יעיל יותר במקורות ציבוריים	?	?
10. מניעת שימוש יתר בשירותים ברמת הפרט		X
11. שמירה על היקף המקורות הקיים (במונחים של התל"ג או התקציב) הנצרך על־ידי מגזר הבריאות		X
12. פיתוח תשתית בלא גידול בהשקעות הציבוריות	X	
13. הרחבת הבחירה החופשית של הצרכן ועצמאותו	X	
14. רגישות לצורכי הצרכן	X	
15. שיפור רמת הבריאות	?	?
16. פיתוח תחומים רפואיים ייחודיים	?	?

* ניתוח זה מבוסס על סקירה מקיפה של הספרות הבינלאומית. דיון מפורט בסוגיות אלה נמצא בדו"ח המלא.

X - יש הסכמה בספרות המקצועית לגבי כיוון ההשפעה.

? - אין הסכמה לגבי הכיוון ההשפעה או שחסר ידע בספרות המקצועית.

הערכה כוללת של הגידול בשוק דורשת מאיתנו לשקול את ההשפעות החיוביות והשליליות המצויינות בלוח 4. החשיבות שאדם מסוים מייחס לכל אחת מהמטרות מותנית בתפיסת העולם שלו. יש שיחזיקו בדעה, כי גישה שוויונית לכל שירותי הבריאות הזמינים היא היא המטרה הראשונה במעלה, ויראו את צמיחתו של ביטוח מסחרי כמזיקה ואנטי־שוויונית. לעומת זאת, אחרים עשויים להאמין, כי המטרה החשובה ביותר של המערכת היא דווקא מתן חופש בחירה ועצמאות לצרכן (בנגישות לשירותים ולביטוח) ותהליך פיתוח השוק ייתפס על ידם כדבר חיובי.

מורכבות המערכת והריבוי של מצבי אי־ודאות מקשים על ביצוע הערכה כללית של הגידול הרצוי בשוק. לכאורה, אם קופות־החולים והממשלה יספקו סל שירותים ברמת איכות מתקבלת על הדעת, ההיתר ליחידים להוסיף על רמה זו באמצעות ביטוח הבריאות המסחרי - כאשר השאר יישאר קבוע - יאפשר ליחידים לשפר את רמת השירות הזמינה להם (כלומר, קיצור זמן המתנה, תכנון גמיש של ניתוחים אלקטיביים וחופש בחירה) מבלי לפגוע ברמת השירות של חסרי ביטוח הבריאות המסחרי (נגישות לשירותים שאיכותם ירודה וגידול בהוצאות הפרטיות). התוצאה עשויה להיות גידול בסך־כל ההוצאות לבריאות וגידול בהכנסות של שירותי הבריאות ממקורות פרטיים. למעשה, סוגיית המפתח שעימה מתמודדים קובעי המדיניות היא המידה שבה הגידול בשוק זה יפגע בנגישות לשירותים על בסיס היכולת הכלכלית ובאיכות הטיפול של אלה שאין ביכולתם או שאינם מעוניינים לרכוש ביטוח פרטי, וכן המידה שבה ניתן להשיג את מטרות המערכת הכוללות.

6. תפקיד הממשלה בשוק היום

בעבר הממשלה לא נקטה כל מדיניות ברורה לגבי כניסת חברות הביטוח המסחריות לשוק. אך היתה שרשרת של פעולות מתוכננות ובלתי מתוכננות אשר תרמה אולי לכניסתם המהירה של מבטחים מסחריים לפעילות בהספקת ביטוח בריאות נוסף, ביטוח שיניים וביטוח סיעוד. אלה כללו:

(א) גישה אוהדת כלפי הרפואה הפרטית.

(ב) צמצום חלקה של הממשלה במימון שירותי הבריאות וגידול בהוצאות פרטיות על בריאות בשנות ה–80'.

(ג) ההיתר שניתן ב–1984 לבצע ניתוחי לב במערכות פרטיות. דבר זה הביא לגידול בביקוש לשירותים אלה במערכת הפרטית, ומבטחים פרטיים ראו בכך סוג טיפול שיש לכלול אותו בביטוח.

(ד) דרישות ההשקעה הכספית של המדינה מחברות הביטוח שונו ב–1990 לכיוון המאפשר חופש בחירה גדול יותר בהשקעות מצד חברות הביטוח. הדבר מצביע על שאיפתה של הממשלה להקטין את תפקידה בשוק ההון, ונותן לחברות הביטוח מעט יותר גמישות מבעבר.

לאחרונה ניתן אור ירוק לגידול בשוק זה והדבר בא לידי ביטוי בהצהרות פומביות של שר הבריאות, בניירות עמדה ממשלתיים ובהמלצות ועדת נתניהו, שאומצו על־ידי שר הבריאות.

כיום, הממשלה משפיעה על דמות השוק לפחות בארבע דרכים:

(א) חוקי מס

(ב) חוקי ביטוח

(ג) פעילות המפקח על הביטוח

(ד) הוועדה לאישור נסיעות לחו"ל לחולים (ועדת משיח).

חוקי המס משפיעים על ערך התגמול של הפוליסות המסחריות בארץ. למשל: תגמולים בגין פוליסות פיצוי נחשבים כהכנסה, וחייבים במס. לא כך לגבי תגמולים בגין פוליסות שיפוי. דוגמה נוספת הינה ההקלות במסים שונים שניתנו (עד מרץ 1991) לנזקקים לטיפול בחו"ל, שקיבלו את אישור ועדת משיח לבצע את הטיפול הנדרש, וכן ההתייחסות לחלק מהתשלומים לביטוח שיניים כהוצאה מוכרת לצורך פטור ממס. באמצעות שינויים בחוקי המס, המשפיעים על מחירי הפוליסות ועל תגמוליהן, משפיעה הממשלה על עיצוב הפוליסות כמו גם על הקצב שבו הן נמכרות בשוק.

ב–1981 חוקקה הכנסת שני חוקים הקשורים לפיקוח על תעשיית הביטוח. האחד קשור לפיקוח על הענף, והשני קשור לפיקוח על חוזי הביטוח. המפקח על הביטוח (במשרד האוצר) אחראי ישירות לביצוע שני חוקי הביטוח הללו. יש לציין כי הוא ממלא גם את תפקיד המפקח על שוק ההון. מתוך דיונים עם

מבטחים, אנשי אקדמיה ונציגים של משרד המפקח על הביטוח עולה, שכיום פונקציות מסויימות במשרד המפקח על הביטוח מודגשות יותר מאחרות. הפונקצייה המרכזית של המפקח הינה להבטיח את היציבות של חברות הביטוח, כך שהעתודות הפיננסיות של החברה יוכלו לענות על תביעות צפויות, וכן לוודא שהכספים הושקעו כהלכה. כיום, לא זוכות לעדיפות עליונה פונקציות פיקוח כגון: הגנת הצרכן במונחים של גובה פרמיות סביר ואופן עיצוב הפוליסות, בהירות חוזי הביטוח, תנאי זכאות הגיוניים וטיב הליכי התביעה.

הוועדה לאישור נסיעות לחו"ל לחולים (ועדת משיח) הינה המכשיר העיקרי של משרד הבריאות כדי להשפיע על השימוש בביטוח החובה המשלים המוצע על־ידי הקופות. ארבע קופות־החולים מתנות את תשלום התגמולים על־פי פוליסת ביטוח משלים־חובה בקבלת אישור מוועדת משיח, ובנוסף לכך, באישור הקופה. מרבית הבקשות המוגשות לוועדה מאושרות, וכ-350–450 איש לשנה נשלחים לחו"ל לקבלת טיפול.

תרשימים 6 ו-7 מציגים את מספר הטיפולים שאושרו על־ידי הוועדה בשנים האחרונות ואת סוגיהם.

ממצא משמעותי הוא שלאחר הפעלת ביטוח משלים־חובה על־ידי קופות־החולים ב-1990, חלה (לפי נתונים משלושת החודשים הראשונים של 1990) עלייה של כ-50% במספר הפונים בבקשת אישור לטיפולי חו"ל לוועדת משיח בעוד שמספר הטיפולים המאושרים על־ידי הוועדה עלה בכ-10%.

נוסף לסמכויות של משרדי הבריאות והאוצר, המדינה יכולה להשפיע על ההתפתחויות בשוק באמצעות משרד מבקר המדינה. משרד זה מבצע בדיקות בתחומים שונים, ואף ניתח בעבר נושאים הקשורים לביטוח, כגון, תפקידו של המפקח על הביטוח (ראה דו"ח מבקר המדינה 1988). לתוצאות של דו"חות משרד מבקר המדינה יש השפעה על קובעי המדיניות. הפרסום הרחב שניתן לדו"חות אלה יכול אף לגרום לשינויים בחברות עצמן, למשל בשיטות השיווק שלהן, במבנה הפוליסות ובעלויותיהן.

7. *תפקידה הפוטנציאלי של הממשלה בשוק ביטוח הבריאות*

קובעי המדיניות צריכים לעסוק בשתי שאלות הקשורות זו בזו:

א. האם על הממשלה לקבל את הגידול באופן סביל או לעודד אותו, ואם כן, כיצד?

ב. מה צריך להיות תפקיד הממשלה בעיצוב השוק?

ראשית, הממשלה יכולה להתמקד **בהבטחת הגנת הצרכן**. חוזי ביטוח הבריאות והסיעוד מסובכים. מחקרים שנערכו במדינות אחרות מראים, שלעתים קרובות צרכנים אינם יודעים איזו רמה ואילו סוגים של תגמולים מתאימים להם, כיצד להתאים עצמם לדרישות התגמולים, מהן זכויותיהם לערעור, והאם הפרמיות סבירות, וכן האם מצבה הכספי של החברה שממנה הם רוכשים את הפוליסה איתן. העדר מידע מונע תפקוד יעיל של השוק, ולכן תפקיד הממשלה בתחום זה חשוב במיוחד.

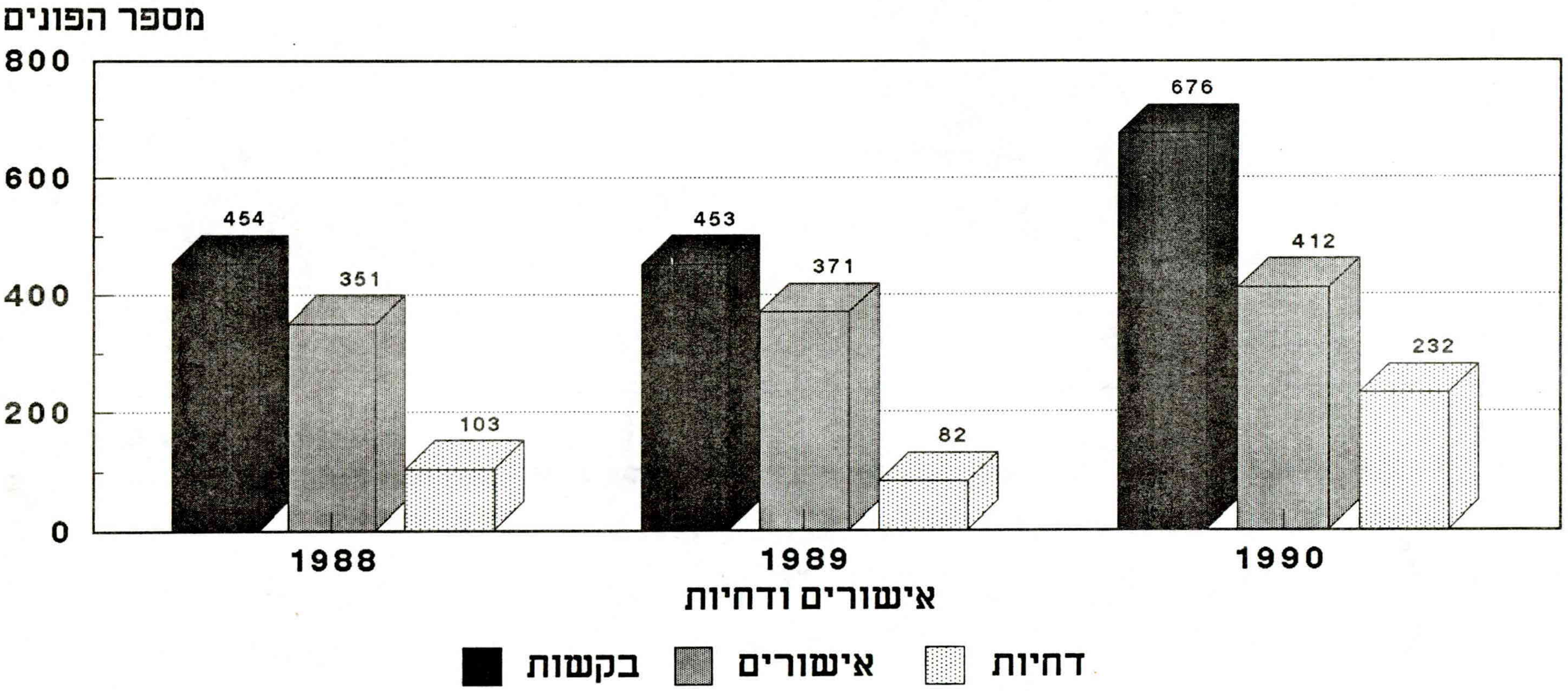
הפעולות הרצויות בכיוונים אפשריים אלה הן:

(1) הספקת מידע לצרכנים לגבי מרכיבים שיש לבדוק בפוליסה כמו גם מידע על רמת הסיכון שהם נוטלים. זאת ניתן לעשות באמצעות מדריך לצרכן;

(2) סקירה שוטפת של הפוליסות ושל החומר השיווקי כדי להבטיח התאמה ביניהם וכדי להבטיח שהתכנית המוצעת מוצגת באופן שלם ומדויק בחומר השיווקי;

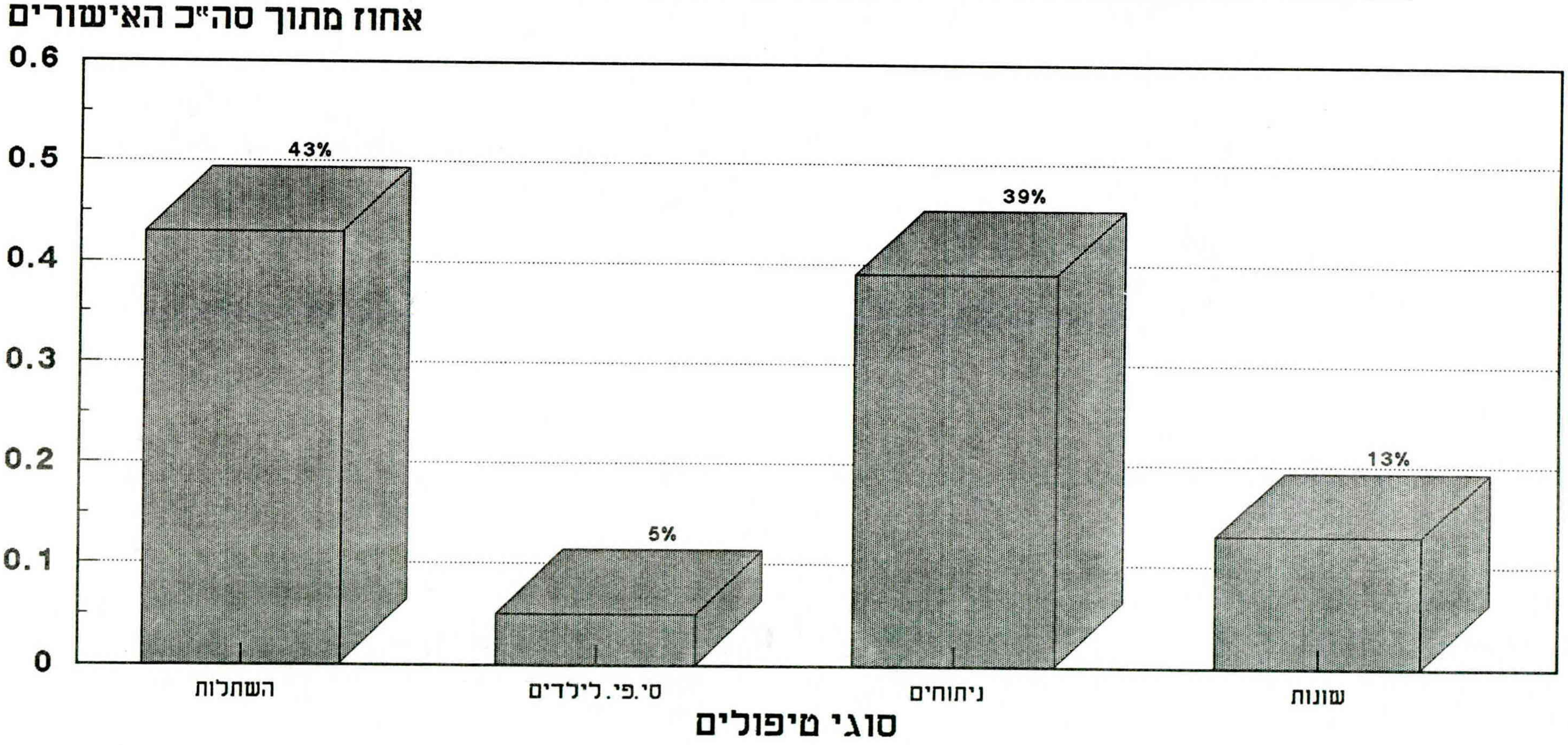
(3) סקירה שוטפת של החוזים כדי להבטיח שהם הוגנים, ברורים וקריאים וכן שהצרכנים משלמים עבור פוליסות המספקות תגמולים משמעותיים.

תרשים 6: אישורים ודחיות של ועדת אישורים ממלכתית עבור נסיעות לחו"ל של חולים (ועדת משיח) 1988-1990



הערכות 1990 מבוססות על 3 החודשים הראשונים של 1990

תרשים 7: טיפולים רפואיים שאושרו על-ידי הועדה הממלכתית לאישור נסיעות לחו"ל של חולים (ועדת משיח), 1989



שנית, חיוני שהממשלה תיצור **מנגנון מעקב על ההתפתחויות בשוק**. כרוכים בכך יצירת תהליך של קיטלוג פוליסות, ניתוח פוליסות לצורך הערכת השפעותיהן האפשריות על היבטים שונים של מערכת הבריאות או אפילו גיבוש נייר עמדה ממלכתי שיתייחס לנושאים האלה. כל אלה יהוו תשומה לתהליך התכנון כמו גם לתהליך הוויסות.

שלישית, לגידול בשוק ביטוח הבריאות המסחרי והמשלים יש השלכות על מערכת הבריאות הציבורית הנמצאת בתחום האחריות של משרד הבריאות. משרד הבריאות בולט בהעדרו בקרב המעורבים בפיתוח השוק ובוויסותו. מומלץ **שמשרד הבריאות ימלא תפקיד פעיל יותר** בתחום ביטוחי הבריאות המסחריים על־ידי מעורבות בתהליך בדיקת פוליסות ומתן מידע אפידמיולוגי לחברות הביטוח. הדבר יבטיח פעולה של הממשלה מתוך ראייה לאומית כוללת.

לבסוף, אם הממשלה מעוניינת לאמץ מדיניות של **עידוד פעיל של השוק**, עליה לבצע מספר שינויים במדיניות המיסוי אשר יאיצו את גידול השוק. הבולטים שבהם קשורים למיסוי על תגמולים בפוליסות פיצוי ולשאלה האם יש להכיר בפרמיות המשולמות על־ידי המעסיקים לטובת המועסקים כהוצאות מוכרות לצורכי פטור ממס.

מסקנות

התנאים התורמים לגידול בשוק ביטוח הבריאות המסחרי והמשלים וביטוח הסיעוד המסחרי עשויים להישאר בעינם לפחות בטווח הקצר. אם תאומצנה ההמלצות של ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (ועדת נתניהו), תהיה לכך השפעה על התפתחות שוק ביטוח הבריאות המסחרי במימון טיפול בריאות בישראל. מצד אחד, הפעלת רפואה פרטית בבתי־חולים ציבוריים עשויה לתרום לגידול בשוק זה. מצד שני, הפעלת מרכיבים אחרים של הרפורמה, או יוזמות של מבטחים וספקים, שיובילו לשיפורים בשירותי הבריאות הציבוריים, עשויה לבלום את התפתחות השוק.

גידול בשוק ביטוח זה עשוי לסייע לשחרר מעט מהלחץ על המערכת הציבורית בכך שיאפשר ליחידים גישה לשירותים מחוץ למערכת הבריאות הציבורית. למרות שגידול השוק מתנהל בקצב איטי מעט ממה שצפתה תעשיית הביטוח, מתוכננת הופעתם של כיסויי ביטוח חדשים. אבל גם אם כמות הכסף המוזרמת למערכת הבריאות מן הביטוח הפרטי תמשיך להיות קטנה יחסית, השפעתו על מערכת הבריאות כולה עשויה להיות גדולה.

בדו"ח זה תיארנו את המאפיינים של השוק המתפתח במונחים של גודל, סוג המוצרים והתכונות המאפיינות את הרוכשים כיום. כמו־כן התמקדנו בשאלה כיצד ניתן לעצב שוק זה באמצעות פעולות הממשלה. הואיל והשוק ממשיך לגדול, מתהדקים קשרי הגומלין בין מגזר הבריאות הפרטי לציבורי. תהליך זה עשוי להותיר אחריו מרוויחים ומפסידים. האתגר העומד בפני קובעי המדיניות הוא להבטיח שכאשר השוק יילך ויגדל, עדיין תוכל הממשלה לפקח עליו; זאת כדי להקטין את ההשפעות השליליות האפשריות על מערכת הבריאות הציבורית, ועם זאת להגדיל באופן מרבי את התגמולים שצרכנים עשויים לקבל מהאפשרות החדשה שנפתחה לפניהם לאחרונה למימון שירותי בריאות בישראל.

ביבליוגרפיה

ברנע, ת. 1989. **סל שירותי בריאות בקופות־החולים בישראל**. דמ-17-89. ג'וינט־מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה, ירושלים.

ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. 1990. ירושלים.

תדמור, מ. 1990/91. **מדריך הביטוח בישראל**. שנתון.

Ackerman. 1987. *Insurance* (October), Israel.

Barnard, K. 1990. "Trends in Health Care: Beyond Market Economics". Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Blair, R.; and Vogel R. J. 1978. "A Survivor Analysis of Commercial Insurers". *The Journal of Business* Vol. 51.

Bodenheimer, T. 1990. "Should We Abolish the Private Health Insurance Industry?". *International Journal of Health Services* Vol. 20, No. 2.

Central Bureau of Statistics. 1988. *Monthly Statistical Bulletin* Vol. 39, Jerusalem.

Central Bureau of Statistics; and The Ministry of Finance. 1988. *Insurance in Israel, 1986*. Special Series No. 823, Jerusalem.

Central Bureau of Statistics. 1988. *Monthly Statistical Bulletin* Vol. 39, No. 5, Jerusalem.

Central Bureau of Statistics. 1988. *Monthly Statistical Bulletin* Supplement Vol. 39, No. 2, Jerusalem.

Central Bureau of Statistics. 1989. *Statistical Abstract of Israel*, Jerusalem.

Central Bureau of Statistics. 1989. *National Health Expenditures 1986/1987* (Supplement to Monthly Statistical Bulletin) Vol.5, Jerusalem.

Central Bureau of Statistics. 1989. *National Expenditures on Health 1986/1987 and Preliminary Estimates for 1987/1988* (Supplement to the Statistical Abstract of Israel) Vol. 5, Jerusalem.

Cherkin, L.; and Wagner, E. 1990. "The Effect of Office Visit Copayments on Preventive Care Services in an HMO". *Inquiry* Vol. 27, No. 1.

Chinitz, D.; and Rosen, B. 1990. *A Tale of Two Markets: Hospital Competition in Israel*. JDC-Brookdale Institute of Gerontology (unpublished manuscript), Jerusalem.

Cohen, M.; Kumar, N.; McGuire, T.; and Wallack, S. 1991.

"Long-Term Care Financing Proposals: Their Costs, Benefits and Impact on Private Insurance". *Research Bulletin, Health Insurance Association of America*, Washington, D. C.

Evans, R. 1982. "Health Care in Canada: Patterns of Funding and Regulation". In: *The Public Private Mix for Health, the Relevance and Effects of Change*, McLachlan, G.; and Maynard, A., eds. The Nuffield Provincial Hospital Trust.

Evans, R. G. 1987. "Public Health Insurance: The Collective Purchase of Individual Care". *Health Policy* Vol. 7.

Factor, H.; and Shuval, A. 1988. *Agencies Providing Home-care Services for the Elderly in Israel.* JDC-Brookdale Institute of Gerontology, Research Report: RR–7–88, Jerusalem.

Fairbank A. C.; Stapleton, S. R.; and Jarrett, P. E. M. 1990. "Patients with Private Health Insurance Using NHS Facilities in Preference to Private Care". *British Medical Journal* Vol. 300.

Feldstein, P. 1983. *Health Care Economics* Second Edition, John Wiley & Sons, New York.

French H.E. 1976. "The Property Rights Theory of the Firm: Empirical Results from a Natural Experiment". *Journal of Political Economy* (February).

French H.E.; and Ginsburg P. 1988. "Competition Among Health Insurers Revisited". *Journal of Health Politics, Policy and Law* Vol. 13, No. 2.

Goldberg L.; and Greenberg, W. 1988. "Health Insurance Without Provider Influence: The Limits of Cost Containment". Journal of *Health Politics, Policy and Law* Vol. 13, No. 2.

"Competition for Supplemental Medical Health Insurance Policies Heats Up". *Haaretz* November 8, 1990.

Harrison, S. "Provider Markets in English Health Care: Incentives and Prospects", Presented at WHO Conference on New Approaches to Managing Health Services, Leeds, United Kingdom, 29–31 January, 1990.

Hay, J.; and Leahy, M. 1984. "Competition Among Health Plans: Some Preliminary Evidence". *Southern Economics* Journal Vol. 50.

Hemenway, D.; Killen, A.; Cashman, S.; Parks, C.; and Bicknell, W. 1990. "Physicians' Responses to Financial Incentives: Evidence From a For-profit Ambulatory Care Center". *New England Journal of Medicine* Vol. 322, No. 15.

Ministry of Health. 1977, 1982, and 1987. *Hospitals and Day-care Units in Israel.*

"Income Tax Laws of the State of Israel, Section, 47–b-b". 1988. *Insurance* (March), Israel

Insurance (December, 1988), Israel.

"The Book of Laws". 1981. *Insurance Business Law* Vol. 1005.

"The Book of Laws". 1981. *Insurance Contract Law* Vol. 1021.

Javor, A. 1990. "The New National Health Fund and the Health Care Reform in Hungary", Presented at WHO Conference on New Approaches to Managing Health Services, Leeds, United Kingdom, 29–31 January, 1990.

Lavie, A. *Haaretz* May 17, 1990.

Manning, W. G.; Newhouse, J. P.; Duan, N.; Keeler, E. B.; Leibowitz, A.; and Marquis, M. S. 1987. "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence From a Randomized Experiment". *American Economic Review* (June).

Manning W. G. 1981. "A Two-part Model of the Demand for Medical Care: Preliminary Results from the Health Insurance Study". In: *Health, Economics, and Health Economics,* Van der Gaag, J.; and Perlman, M., eds. North-Holland, Amsterdam.

Newhouse, J. P.; Phelps, C. P.; and Marquis, S. 1980. "On Having Your Cake and Eating it Too: Econometric Problems in Estimating Demand for Health Services". *Journal of Econometrics* (August).

Newhouse, J.P. et al. 1980. "The Effect of Deductibles on the Demand for Medical Care Services". *Journal of the American Statistical Association* (September).

Newhouse, J.P. 1988. "Has the Erosion of the Medical Marketplace Ended?". *Journal of Health Politics, Policy and Law* Vol. 13, No. 2.

Newhouse, J.P. 1989. "Do Unprofitable Patients Face Access Problems?". *Health Care Financing Review* Vol. 11, No. 2.

Propper, C.; and Maynard, A. 1989. *The Market for Private Health Care and the Demand for Private Insurance in Britain.* Center for Health Economics, Health Economics Consortium, Discussion Paper 53.

Propper, C.; and Eastwood, A. 1989. *The Reasons for Non-corporate Private Health Insurance Purchase in the U. K.: The Results of a New Survey and an Econometric Analysis of the Determinants of Purchase.* Center for Health Economics, University of York, Discussion Paper 52.

Ronals, A.; Vogel, J.; and Blair, R. D. 1975. *Health Insurance Administrative Costs.* Social Security Administration, Office of Research and Statistics, Staff Paper No. 21.

Rosen, B. 1988. *The Public – Private Mix in Israeli Health Care.* JDC-Brookdale Institute of Gerontology, Research Report: RR–13–89 (E & H), Jerusalem.

Rosenthal, G. 1970. "Price Elasticity of Demand for Short-term General Hospital Services". In: *Empirical Studies in Health Economics* H. Klarman Edition, Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Schecter, M. 1990. *An Economic Feasibility Study of Paid Health Care Services Using Public Hospital Facilities.* Haifa University, (unpublished manuscript).

Shani, M. *Davar*, October 28, 1990.

State Controller's Report. 1988. Jerusalem.

Van den Hjuevel, W. J. A. "Organization and Financing of Health Services: The Ideology of the Market Mechanism", Presented at WHO Conference on New Approaches to Managing Health Services, Leeds, United Kingdom, 29–31 January, 1990.

Weissman, J.; and Epstein, A. M. 1989. "Case Mix and Resource Utilization by Uninsured Hospital Patients in the Boston Metropolitan Area". *Journal of the American Medical Association* Vol. 261.

Zook, C. J.; and Moore, F. D. 1980. "The High-Cost Users of Medical Care". *New England Journal of Medicine* Vol. 302, No. 991.

נספח 1: מסגרת מושגית לניתוח פוליסות ביטוח בריאות

נספח 1: מסגרת מושגית לניתוח פוליסות ביטוח בריאות

מרכיבי הפוליסה	הסבר
סוג הביטוח	
(Form of Insurance)	האירוע שמבטחים נגדו.
שיפוי (Indemnity Benefit)	ביטוח כנגד הוצאות בפועל של טיפול עד לסכום קבוע מראש.
פיצוי (Compensatory Benefit)	תשלום סכום חד־פעמי כתגמול ביטוח על גילוי מחלה מסוימת, בלא קשר לסכום ההוצאות הרפואיות בפועל.
שירות (Service Benefit)	ביטוח כנגד הוצאות טיפול בפועל תוך הבטחה לספק את הטיפול. קופת־חולים מספקת תגמול בצורת שירותים.
סוגי ביטוח בריאות בישראל (Types of Health Coverage in Israel)	
ביטוח בריאות בסיסי מרצון (Voluntary basic health coverage)	ביטוח בריאות מקיף המסופק על־ידי קופות־החולים או חברות ביטוח מסחריות למעוניינים בו מרצונם
ביטוח בריאות משלים־חובה (Mandatory supplemental health coverage)	ביטוח בריאות נוסף לשירותים מסוימים, המסופק למבוטחי קופת־חולים תמורת תשלום נוסף, שהם חייבים בו בעקבות חברותם בקופת־החולים
ביטוח בריאות משלים מרצון (Voluntary supplemental health coverage)	ביטוח בריאות נוסף לשירותים מסוימים, המסופק למבוטחי קופת־חולים תמורת תשלום נוסף, מרצון
ביטוח בריאות מסחרי נוסף מרצון (Voluntary additional commercial health insurance)	ביטוח בריאות נוסף שנועד לרכישת שירותים מסוימים או לקבלת פיצוי בעת גילוי מחלה, המסופק על־ידי חברות ביטוח מסחריות (ללא קשר לחברות בקופת־חולים)
תנאי הפוליסה (Policy Conditions)	
חיתום (Underwriting)	תורת זיהוי הסיכונים. דרישות רפואיות מכתיבות את אפשרות הביטוח.
תקופת המתנה (Wait Period)	משך הזמן שבו חייבים האנשים להיות מבוטחים לפני קבלתם את תגמולי הביטוח.
מגבלות גיל (Age Limits)	טווח הגילים שבו יכולים אנשים להצטרף לתכנית ביטוח.
תחומי הכיסוי (Covered Services)	השירותים שתגמולי הביטוח מכסים.

נספח 1: (המשך)

מרכיבי הפוליסה	הסבר
חריגים (Exclusions)	תנאים שבהם לא ישולמו התגמולים גם אם אירע האירוע שכנגדו בוטחו.
תנאי זכאות (Benefit Triggers)	אירוע המחייב את המבטח בתשלום תגמולים.
בפוליסת שיפוי (Indemnity)	שימוש בשירותים והוצאות טיפול.
בפוליסת פיצוי (Compensatory)	בפוליסת בריאות - גילוי מחלה בפוליסת סיעוד - כניסה למוסד.
בפוליסת שירות (Service)	שימוש בשירותים והוצאות טיפול.
הפרמיה (Premium)	הסכום שעל המבוטח לשלם בעבור חוזה הביטוח. פרמיות הביטוח נקבעות ברמה כזו שתכסה את העלויות הצפויות של התביעות, הניהול, השיווק, הסיכון, הרווח והוצאות מס.
השתתפות בעלות (Cost Sharing)	סכום שמשלם המבוטח עבור השימוש בשירותים המכוסים על־ידי הביטוח.
כיסוי משותף (Copyments)	מוגדר בדרך־כלל במונחים של אחוזים מתוך סה"כ ההוצאות שתשלם חברת הביטוח. לדוגמה: פוליסת ביטוח עשויה לכסות רק 80% מהוצאות הטיפול.
השתתפות עצמית (Deductibles)	השתתפות עצמית כספית תובעת מן המבוטח לשלם X ש"ח מן ההוצאות כתנאי לכך שחברת הביטוח תשלם תגמולים. השתתפות עצמית בזמן דורשת מן המבוטח לשלם מכיסו עבור טיפול במשך תקופת זמן מסוימת לפני שחברת הביטוח מתחילה לשלם את התגמולים.
תקרת תגמולים (Limits)	תקרת הערך הכולל של התגמולים שניתן לשלמם למבוטח.
הגנה מפני שחיקה אינפלציונית (Inflation Protection)	מנגנון המבטיח שתגמולי הביטוח ימשיכו לשמור על ערכם לאורך זמן.
הצמדה לסל השקעות (Investment Basket)	התגמולים גדלים בהתאם לערך ההשקעות של החברה.
הצמדה למדד יוקר המחייה (Cost of Living)	התגמולים גדלים בהתאם לעלייה במדד יוקר המחייה.

נספח 1: (המשך)

מרכיבי הפוליסה	הסבר
פוליסה מסולקת (Non-forfeiture Provisions)	פוליסה מסולקת מאפשרת למבוטחים לקבל חזרה חלק מן הפרמיות ששילמו לאורך השנים, או להמשיך להיות מבוטחים ברמה מוקטנת גם אם הפסיקו את תשלום הפרמיה.
תיאום הטבות (Coordination of Benefits)	הפחתת תגמולי ביטוח כאשר המבוטח מקבל תגמולים מחברת ביטוח אחרת או מן הממשלה עבור אותו אירוע המכוסה בביטוח.
שיווק (Marketing)	הדרך שבה הפוליסה נמכרת לצרכנים.
שיווק אישי (Individual)	יחידים יכולים לרכוש את הפוליסה.
שיווק קבוצתי (Group)	הפוליסה יכולה להירכש באופן קבוצתי.
פוליסה עצמאית (Stand-alone)	הפוליסה יכולה להירכש בלי הצורך לרכוש כל פוליסה נוספת.
פוליסה נספחת (Rider)	ניתן לרכוש פוליסה כתוספת למוצר ביטוח אחר, בדרך כלל פוליסת ביטוח חיים.
עצירת נזק (Stop-loss)	מבטח או מבוטח לוקחים על עצמם סכום סיכון מסוים. מעל סכום זה מכסה ביטוח המשנה.

נספח 2: כיסוי ביטוח משלים-חובה שמספקות קופות-החולים, 1990

נספח 2: כיסוי ביטוח בריאות משלים-חובה שמספקות קופות-החולים, 1990

	קופות-חולים			
משתנה הפוליסה	כללית	מכבי	מאוחדת	לאומית
שווק לראשונה:	1990	1989	1989	1989
שם:	"שתיל"	"מכבי מקיף"	"מאוחדת עדיף"	"רפואה לאומית ובינלאומית"
מספר המבוטחים המשוער:	3.3 מיליון	400,000	250,000	346,000
שיטת התשלום:	שיפוי	שיפוי	שיפוי	שיפוי
תהליכי חיתום:	אין	תנאים מקדימים ו-3 חודשי המתנה	אין	אין
רשאים להצטרף:	חברים בביטוח מלא וחלקי	חברים בביטוח מלא וחלקי	חברים בביטוח מלא וחלקי	חברים בביטוח מלא וחלקי
תקופת המתנה:	3 חודשים לטיפול בבית-חולים	3 חודשים	4 חודשים לטיפול בבית-חולים	18 חודשים
תנאי זכאות:	ועדה רפואית ממשלתית וועדה של הקופה לצורך טיפולים בחו"ל	כמו קופת-חולים כללית לגבי טיפולים בחו"ל	כמו קופת-חולים כללית לגבי טיפולים בחו"ל	כמו קופת-חולים כללית לגבי טיפולים בחו"ל
		לצורך הצלת חיים או מניעת נכות של עד 70%	לטיפול בישראל, כאשר הרופא האישי מחליט כי האיש אינו יכול לחכות לטיפול במערכת הציבורית	אם אין הקופה יכולה לבצע ניתוח בתוך 6 חודשים; אם אין הקופה יכולה לספק שירותים אחרים בתוך פרק זמן סביר

נספח 2: (המשך)

משתנה הפוליסה	קופות־חולים כללית	מכבי	מאוחדת	לאומית
תחומים מכוסים בחו"ל				
השתלות:	כבד, כליות, לב, לב וריאות, ריאות, מח עצמות	כבד, כליות, לב, לב וריאות	כבד, כליות, לב	כבד, כליות, לב, ריאות, מח עצמות, לב וריאות
ניתוחים:	ניתוחים להצלת חיים וטיפולים מיוחדים	כמו קופת־חולים כללית או למניעת 70% נכות	כמו קופת־חולים כללית	כמו קופת־חולים כללית
טיפולים מיוחדים:	טיפולים מיוחדים נגד סרטן	טיפולים מיוחדים נגד סרטן מחוץ לישראל	טיפולים מיוחדים נגד סרטן	טיפולים מיוחדים נגד סרטן
סכום פיצוי מרבי:	$110,000 למבוטח לשנה	$105,000	$100,000	לא מפורט
תקרת תגמולים פנימית				
השתלות:	$110,000	$105,000	$100,000	תקרת תגמולים של $100,000 להשתלות; $30,000 עבור כליות ומח עצמות
ניתוחים:	$50,000	$35,000	$35,000	טיפול נגד סרטן עד $50,000
טיפולים מיוחדים:	$50,000	$35,000	$35,000	אין כיסוי בחו"ל

נספח 2: (המשך)

משתנה הפוליסה	כללית	מכבי	מאוחדת	לאומית
		קופות־חולים		
תחומים המכוסים בישראל				
השתלות:	אין כיסוי	אין כיסוי	כל השירותים שכוסו עד כה בסל הבסיסי, מכוסים עתה במערכות פרטיות	אין כיסוי
ניתוחים:	אין כיסוי	אין כיסוי	כל השירותים שכוסו עד כה בסל הבסיסי מכוסים עתה במסגרות פרטיות	מסובכים בינוניים קלים
טיפולים מיוחדים:	אין כיסוי	אין כיסוי	כיסוי בבתי־חולים פרטיים ובמשמרת שנייה בבתי־חולים ציבוריים	צינתור, הרחבת העורקים, פריון, טיפולים חדשניים, בדיקות מיוחדות
תקרת תגמולים פנימית				
השתלות:	אין התייחסות	אין	אין	אין
ניתוחים:	אין התייחסות	אין	אין	מסובכים – $18,000 בינוניים – $8,000 קלים – $3,000
טיפולים מיוחדים:	אין התייחסות	אין	אין	עורקים – $2,500 צינתור – $1,200

נספח 2: (המשך)

משתנה הפוליסה	כללית	קופות-חולים מכבי	מאוחדת	לאומית
פרמיות				
אישית:	3 ש"ח	2 ש"ח	5 ש"ח	4 ש"ח
משפחתית:	3 ש"ח	4 ש"ח	10 ש"ח	7 ש"ח
כיסוי משותף:	אין	אין	10% לכל הטיפולים המתבצעים במסגרות פרטיות	25% לניתוח ו-20% לטיפולים מיוחדים בישראל
דמי ארגון (להסתדרות):	אין	אין	אין	אין
שיווק:	נספח לביטוח הבסיסי	זהה	זהה	זהה
מעמד פיננסי:	קרן כספית עצמאית (עם מערכת חשבונאית נפרדת)	קרן כספית עצמאית (עם מערכת חשבונאית נפרדת)	תקבולים משולבים בקרן הכספית של הביטוח הבסיסי	קרן כספית עצמאית (עם מערכת חשבונאית נפרדת)
הגנה מפני שחיקה אינפלציונית:	לא מוזכר	לא מוזכר	לא מוזכר	לא מוזכר
ביטוח משנה:	דיקלה (קבוצת הסנה)	פניקס (עצירת נזק)	דרך חברה זרה (עצירת נזק)	אין
מעמד משפטי:	חוק הביטוח 1981	חוק הביטוח 1981 והתקנות של קרנות הנכות לקבלת שירותים בחו"ל	תקנות של הקופה	תקנות של הקופה

נספח 3: כיסוי ביטוח בריאות משלים מרצון שמספקת קופת חולים מכבי, 1990

נספח 3: כיסוי ביטוח בריאות משלים מרצון שמספקת קופת חולים מכבי, 1990

משתנה הפוליסה	"מכבי מגן"
שווקה לראשונה:	1951
מספר הרוכשים (אומדן):	165,000
שיטת התשלום:	שיפוי
תנאי חיתום:	דיווח-עצמי בכתב על מצב הבריאות. יחידים מעל גיל 40, תיירים ותושבי קבע חייבים בבדיקות רפואיות. יש תקופת המתנה של 3 חודשים
תנאי הצטרפות לתכנית:	חברי הקופה צריכים להיות חברים מלאים כתנאי להצטרפותם. בני 60 ומעלה אינם יכולים להצטרף. נשים אינן יכולות להצטרף אלא אם כן בעליהן חברי הקופה
תנאי זכאות:	טיפול בחו"ל מותנה באישור ראש המחלקה המתאימה בבית החולים, משרד הבריאות (ועדת משיח) והמנהל הרפואי של הקופה. הקריטריון לקבלת שירותים בארץ הוא, שאין ניתן לקבל שירותים אלו בדרך אחרת בתוך פרק זמן סביר
תחומים מכוסים בחו"ל:	
השתלות:	לב, ריאות, כבד וכליות
ניתוחים:	אין מעבר למה שצוין
טיפולים מיוחדים:	ניתוחים מסובכים אחרים
סכום פיצוי מרבי:	$25,000
תקרת תגמולים פנימית:	
השתלות:	$35,000, כל עוד אין הסכום עולה על 50% מעלות האשפוז והניתוח
ניתוחים:	$35,000, כל עוד אין הסכום עולה על 50% מעלות האשפוז והניתוח
טיפולים מיוחדים:	אין מעבר לאלה שצוינו
תחומים המכוסים בישראל:	
השתלות:	חופש בחירה בבית חולים פרטי
ניתוחים:	חופש בחירה בבית חולים פרטי צינתור בלוניזציה ניתוח לב פתוח

משתנה הפוליסה	**"מכבי מגן"**
טיפולים מיוחדים:	ייעוץ ציוד רפואי טיפול שינים: – ביקורת שנתית – ניקוי שיניים – טיפול מונע – טיפול אורתודונטי שיקום בבית בסיוע אחות פרטית אשפוז סיעודי טיפול אישי טיפולי פריון
תקרת הגמולים פנימית:	
השתלות:	עד גיל 60 מקבלים עד 90 ימי אשפוז בשנה. מעל גיל 60 מקבלים עד 60 ימי אשפוז, ומעל 65 מקבלים עד 30 ימי אשפוז
ניתוחים:	התנאים זהים לאלה שצוינו לעיל
טיפולים מיוחדים:	75% מההוצאות על ייעוץ, ועד שלוש פעמים בשנה; המחיר המקובל עבור טיפול בשר"פ; 50% מהוצאות על ציוד רפואי בנוסף על 33% המכוסים ע"י הסל הבסיסי טיפול שיניים: ביקורת שנתית – חינם. ניקוי – הנחה של 75% ; טיפול מונע – 25% הנחה. טיפול אורתודונטי – הנחה של 25% טיפול אחות פרטית: 85 $ ליום ועד 8 ימים, או $1000 לשנה אשפוז סיעודי: 1000 $ לחודש, ולא יותר מ 80% מכל ההוצאות טיפול אישי: מחצית ממחיר אשפוז בבית חולים סיעודי; ההוצאות על טיפול ממושך בסה"כ לא תעלינה על 25,000 $ לשנה צינתור: 1,200 $ בלוניזציה: 2,400 $ ניתוח לב פתוח: 14,000 $ טיפולי פריון: 1,800 $
פרמיות:	עד גיל 18: 2 ש"ח בגילאי 19-45: 4 ש"ח בגילאי 46-60: 6 ש"ח
כיסוי משותף:	מ- 20% עד 25% לכל הטיפולים המתבצעים בישראל
ביטוח משנה:	אין
מעמד משפטי:	אגודה שיתופית לביטוח הדדי

נספח 4: פוליסות ביטוח בריאות מסחריות נבחרות, 1991

נספח 4א: מגדל, סהר, ציון

נספח 4ב: המגן, הסנה, פניקס

נספח 4ג: פוליסות כלל

נספח 4ד: פוליסות שילוח

הערה: לכל חברות הביטוח נשלח עותק של הניתוח כדי לאמת את הנתונים וכדי לתקן לפי הצורך. אנו מניחים שחברות שלא הגיבו בדואר או בטלפון לשאלותינו נהגו כך משום שהחומר שיקף נכונה את הפוליסות שלהן.

כל החברות התבקשו לספק לצוות המחקר נתוני פרמיות המעודכנים ל-1 בינואר 1991. מהחברות המספקות פוליסות פיצוי, ביקשנו לקבל נתוני פרמיות ל-10,000 ש"ח תגמולים לגברים ולנשים בגיל 35. מהחברות המספקות פוליסות שיפוי, ביקשנו לקבל פרמיות חודשיות לגברים ולנשים בגיל 35.

יש לציין שגובה הפרמיות הנגבות בפועל איננו זהה תמיד לפרמיה המדווחת. הדבר נכון במיוחד כאשר יש הסדר רכישה קבוצתי המוזיל את המחיר.

נספח 4א: פוליסות ביטוח בריאות מסחריות נבחרות, 1991: מגדל, סהר, ציון

	ביטוחים מסחריים		
משתנה הפוליסה	מגדל "מח"ר"[1]	סהר "סהירות"	ציון "בריא"
שווק לראשונה:	1989	1989	1988
תשלום:	פיצוי	פיצוי	פיצוי
חיתום:	המתנה של 3 חודשים; בדיקה רפואית שגרתית; בדיקה יסודית יותר עם העלייה בגיל; תנאים מקדימים	זהה	זהה
הצטרפות:	עד גיל 55; הכיסוי פוקע בגיל 65; כיסוי עבור ילדים מגיל 3 עד 21	זהה	זהה, אין כיסוי עבור ילדים
תחומי כיסוי:	התקף לב; מעקף; CVA; סרטן; דיאליזה; השתלת לב, כליות, כבד; נכות מלאה ולצמיתות בשל עיוורון או אובדן גפיים (זרועות); תגמולי פטירה (רק הורים; בחלק מהם גם ילדים)	זהה, אך אין כיסוי עבור נכות	זהה + כיסוי על נכות כתוצאה משיתוק הגפיים התחתונות; תגמולי פטירה כתוצאה ממחלה; צינתור, בלוניזציה, מח עצמות, לבלב; השתלות
חריגים:	התאבדות; פשע; סמים; אלכוהול; פגיעות במהלך שירות צבאי; טיסה רגילה; פגיעה עצמית	התאבדות; פשע; סמים; אלכוהול; פגיעה עצמית	זהה למגדל

1 מגדל מציעה גם כיסוי נוסף על גילוי סרטן.

נספח 4א: (המשך)

משתנה הפוליסה	מגדל "מח"ר"	**ביטוחים מסחריים** סהר "סהירות"	ציון "בריא"
תנאי זכאות:	גילוי מחלה על-ידי הרופא בצירוף מסמכים או ביצוע טיפול בשירות מכוסה	זהה	זהה
סכום פיצוי מרבי[2]:	מבוגרים: 164,000 ש"ח ילדים: 50% מהתגמול הנמוך ביותר הניתן להורים	מבוגרים: 164,000 ש"ח ילדים: 50% מהתגמול הנמוך ביותר הניתן להורים	178,000 ש"ח
פרמיות[3]:			
גבר בן 35:	55.6 ש"ח	46.4 ש"ח	49.9 ש"ח
אשה בת 35:	50.9 ש"ח	40.1 ש"ח	51.9 ש"ח
הנחות :	ילדים ונשים מקבלים הנחות	זהה	נשים מקבלות הנחות
פרמיות נוספות:	מעשנים מחוייבים בתוספת של לפחות 15%	מעשנים מחוייבים בתוספת של 10%	מעשנים מחוייבים בתוספת של 10%
הבטחת הפרמיות:	5 שנים	5 שנים	5 שנים
הגנה מפני שחיקה אינפלציונית:	הצמדה למדד יוקר המחיה	זהה	זהה
תיאום הטבות:	אין	אין	אין
שיווק:	פוליסה עצמאית או פוליסה נספחת	פוליסה עצמאית או פוליסה נספחת	רק כפוליסה נספחת לפוליסת ביטוח חיים

2 התגמול המרבי מעודכן לינואר 1991.

3 הפרמיה השנתית ל-10,000 ש"ח, מעודכנת לינואר 1991.

נספח 4ב: פוליסות ביטוח בריאות מסחריות נבחרות, 1991: המגן, הסנה, פניקס

		ביטוחים מסחריים	
משתנה הפוליסה	המגן "מזור"	הסנה "בריאות פלוס"	פניקס "מרפא"[1]
שווק לראשונה:	1988	1988	1988
תשלום:	פיצוי	פיצוי	פיצוי
חיתום:	3 חודשי המתנה; בדיקה רפואית שגרתית; יסודית יותר עם העלייה בגיל; תנאים מקדימים	אין תקופת המתנה. כל השאר זהה להמגן	זהה להמגן
הצטרפות:	עד גיל 55; הכיסוי פוקע בגיל 65; אין כיסוי לילדים	זהה, אך כולל כיסוי לילדים	גילאים: 20–54; הכיסוי פוקע בגיל 65; אין כיסוי לילדים
תחומי כיסוי:	התקף לב; מעקף; CVA; סרטן; דיאליזה; השתלת לב, כליות, כבד; אין כיסוי עבור נכות או תגמולי פטירה	זהה. בלי כיסוי נכות, אך כולל תגמולי פטירה	זהה, אך בלי כיסוי נכות. תגמולי פטירה ישנם רק כאשר שירותי הבריאות מנצלים כ-70% של ההוצאות במשך 3 חודשים
חריגים:	התאבדות; פשע; סמים; אלכוהול; פגיעות במהלך שירות צבאי; טיסה רגילה; פגיעה עצמית	זהה	זהה
תנאי זכאות:	גילוי מחלה על-ידי הרופא בצירוף מסמכים, או ביצוע טיפול בשירות מכוסה	זהה	זהה

1 לאחרונה החלה הפניקס לשווק פוליסת בריאות מודולרית חדשה ("קו הבריאות"). הפוליסה מקנה למבוטחים נגישות לשירותי בריאות פרטיים במרכזים רפואיים ציבוריים, בתוקף הסכם מוקדם בין המבטח לספק השירותים; הפוליסה גם מקנה למבוטחים בדיקת בריאות תקופתית אחת לשנתיים.

הפניקס מציעה גם ביטוח לגילוי סרטן ("מאבק בסרטן"). ביטוח זה מכסה בנוסף למבוגרים גם ילדים.

נספח 4ב: (המשך)

משתנה הפוליסה	המגן "מזור"	הסנה "בריאות פלוס"[2]	פניקס "מרפא"
	ביטוחים מסחריים		
סכום פיצוי מרבי:	100,000 ש"ח; להשתלת כבד סכום הפיצוי עשוי להגיע עד 150,000 ש"ח	מבוגרים:150,000 ש"ח; להשתלת כבד סכום הפיצוי עשוי להגיע עד 225,000 ש"ח לילדים לא יותר מ-50% מהתגמול הנמוך ביותר להורים.	75,000 ש"ח; להשתלת לב וכבד סכום הפיצוי עשוי להגיע עד 50,000 ש"ח
פרמיות			
גבר בן 35:	15.5 ש"ח	62.7 ש"ח	21.3 ש"ח
אשה בת 35:	24.8 ש"ח	57.7 ש"ח	16.8 ש"ח
הנחות :	יש הנחות ללא-מעשנים	יש הנחות לנשים ולילדים	יש הנחות לנשים
תוספת פרמיות:	אין תוספת פרמיות	תוספת 15% למעשנים	תוספת של שלוש שנים למעשנים
הבטחת פרמיות:	5 שנים	6 שנים	5 שנים
הגנה מפני שחיקה אינפלציונית:	הצמדה למדד יוקר המחיה	הצמדה למדד יוקר המחיה	הצמדה למדד יוקר המחיה
תיאום הטבות:	אין	אין	יש עם כיסויים פרטיים אחרים[3]
שיווק:	פוליסה נספחת לביטוח חיים	פוליסה עצמאית או פוליסה נספחת לביטוח חיים	רק פוליסה נספחת לפוליסת ביטוח חיים

2 התכנית שמציעה מנורה זהה לתכנית "בריאות פלוס" שמציעה חברת הסנה.

3 הפוליסה מכסה את ההפרש בין הסכום המשולם על־ידי מבטח אחר עד ל-114,000 ש"ח להתקפי לב או ניתוח לב, CVA, סרטן, השתלת כליה. השתלת לב, עד ל-171,000 ש"ח, השתלת כבד עד ל-357,000 ש"ח. בשום מקרה, לא יעלו סכומי הפיצויים על סכום הפיצוי המרבי של הפוליסה. הפרמיה תוחזר על פיצויים שלא נוצלו על־פי סעיף תיאום ההטבות.

נספח 4ג: פוליסות ביטוח בריאות מסחריות נבחרות, 1991: כלל

משתנה הפוליסה	"רפואה First Class"	ביטוחים מסחריים "רפואה שלמה – סל"	"רפואה שלמה לב שקט"
שווק לראשונה:	1989	1987	1987
תשלום:	פיצוי ו/או שיפוי	פיצוי	פיצוי או שיפוי
חיתום:	3 חודשי המתנה; בדיקה רפואית שגרתית יסודית יותר עם העלייה בגיל; תנאים מקדימים	זהה	זהה
הצטרפות:	הצטרפות עד גיל 55. הכיסוי פוקע בגיל 65 רק לגבי חלק ג'; ילדים מגיל 3 עד 18 חלק ב'; ילדים מלידה עד גיל 18 חלק א'	זהה, כיסוי לילדים יש בפוליסת "רפואה שלמה לילדים"	זהה, אין כיסוי לילדים
תחומי כיסוי:	יש שלוש אפשרויות: (א) כיסוי לניתוחים ולאשפוז בישראל ובחו"ל (קיימת אפשרות גם לכיסוי בסכום נמוך יותר לאשפוז) (ב) ייעוץ ואבחנה על־ידי מומחה ובדיקות נדרשות (יוצאים מכלל זה מומחים לרפואת ילדים) (ג) תשלום חד־פעמי על גילוי מחלה כגון: סרטן, התקף לב, אי־ספיקת כליות. שיקום לאחר התקף לב. הערה: לילדים אין כיסוי לבעיות לב	CVA, סרטן, כליות, השתלת כבד	התקף לב, צינתור, בלוניזציה, ניתוח לב, השתלה: לב בלבד

נספח 4ג: (המשך)

משתנה הפוליסה	"רפואה First Class"	ביטוחים מסחריים "רפואה שלמה - סל"	"רפואה שלמה לב שקט"
חריגים:	ניתוחים קוסמטיים; מחלת נפש; הריון או לידה רגילה; טיפול שיניים; ביקורים אצל מומחי ילדים; בדיקות גניקולוגיות תקופתיות; איידס	אם גורם המחלה הינו סמים	אין
תנאי זכאות:	שימוש בשירותים או גילוי מחלה	גילוי מחלה	שימוש בשירותים או גילוי מחלה
סכום פיצוי מרבי:	94,500 ש"ח	164,000 ש"ח	110,000 ש"ח לפוליסת שיפוי; 62,500 ש"ח לפוליסת פיצוי
פרמיות			
גבר בן 35:	64.50 ש"ח[1]	2.35 ש"ח[2]	10.96 ש"ח[2]
אשה בת 35:	64.50 ש"ח	2.35 ש"ח[2]	6.09 ש"ח[2]
הנחות:	10% לנשים לגבי חלק ג' של הכיסוי	אין	50% לנשים; 10% ללא־מעשנים
הבטחת פרמיות:	חמש שנים או קודם לכן, בהסכמת המפקח על הביטוח	חמש שנים	חמש שנים או כאשר המחירים עולים יותר מב - 20%
הגנה מפני שחיקה אינפלציונית:	צמוד למדד יוקר המחייה	צמוד למדד יוקר המחייה	צמוד למדד יוקר המחייה
תיאום הטבות:	יש	לא ברור	יש
שיווק:	פוליסה עצמאית	פוליסה נספחת לביטוח חיים	פוליסה נספחת לביטוח חיים

1 כיסוי לחלקים א' + ב'.

2 פרמיה ל־10,000 ש"ח תגמול מעודכנת לינואר 1991.

נספח ד4: פוליסות ביטוח בריאות מסחריות נבחרות, 1991: שילוח

	ביטוחים מסחריים	
משתנה הפוליסה	**"ניתוחית"**	**"ניתוחית +"**
שווק לראשונה:	1987	1988
תשלום:	שיפוי	שיפוי
חיתום:	בדר"כ 3 חודשי המתנה; לשירותים מסוימים יש תקופת המתנה ארוכה יותר - ניתוח בזמן לידה, הפלה או ניתוח חניכיים; בדיקה שגרתית; בדיקה יסודית יותר עם העלייה בגיל; תנאים מקדימים	זהה לניתוחית, אך מי שמחזיק בפוליסת ניתוחית אינו חייב בהמתנה; בכל המקרים יש תקופת המתנה לניתוח פה
הצטרפות:	הצטרפות עד גיל 60 אך הביטוח אינו פוקע בגיל 65; ההצטרפות עשויה להיות של יחידים ושל משפחות. אין גיל מינימום	זהה לניתוחית. אין גיל מינימום
תחומי כיסוי:	ניתוחים בחו"ל; ניתוחים פרטיים על פי רשימת ההסכמים של שילוח, או אחרים במחירים מוזלים. מכוסים: הוצאות עבור רופאים; הוצאות עבור אחות פרטית והוצאות אשפוז חלקיות - מהיום ה-4 עד היום ה-21	כולל את כל השירותים המכוסים בניתוחית ושלוש תוספות: (1) אשפוז מלא עד 21 יום; (2) כיסוי מלא על מעקף לב; (3) ניתוחי חניכים או ניתוחי עקירת שן (ניתוחי פה)
חריגים:	ניתוחים קוסמטיים; פגיעה עצמית; פריון; פגיעה בעת עבודה או בעת שירות צבאי; סמים ועוד	זהה לניתוחית
תנאי זכאות:	שימוש בשירותים	שימוש בשירותים

נספח ד4: (המשך)

משתנה הפוליסה	ביטוחים מסחריים "ניתוחית"	"ניתוחית +"
סכום פיצויים מרבי:	לניתוח בחו"ל, אותו הסכום שהיה נדרש לביצועו בישראל; סכומים אחרים לשירותים מסוימים כגון: ניתוח בטן וניתוח לב	7,100 ש"ח לאשפוז; 26,070 ש"ח - למעקף לב
פרמיות[1]		
גיל 35: (גברים ונשים)	28.66 ש"ח	40.81 ש"ח
הבטחת פרמיות:	5 שנים	5 שנים
הגנה מפני שחיקה אינפלציונית:	הצמדה למדד יוקר המחייה	הצמדה למדד יוקר המחייה
תיאום הטבות:	תשלום פיצוי לניתוח בבית-חולים ציבורי שמכוסה על-ידי הקופה; אינו מכסה שירותים המבוטחים על־ידי גורמים מסחריים אחרים	זהה לניתוחית
שיווק:	פוליסה עצמאית	נמכרת כפוליסה עצמאית או יחד עם פוליסת ניתוחית

1 פרמיה ל-10,000 ש"ח תגמול מעודכנת לינואר 1991.

נספח 5: פוליסות ביטוח סיעוד מסחריות, 1990

נספח 5: פוליסות ביטוח סיעוד מסחריות, 1990[1]: ציון, מגדל, כלל, המגן

משתנה הפוליסה	ציון "סיעודית"	מגדל "בראש מורם"	כלל "משענת"	המגן "כבוד עצמי"
	ביטוחים מסחריים			
שיטת התשלום:	פיצוי	שיפוי ופיצוי[2]	פיצוי	פיצוי
חיתום:	לפי גיל וערך ההטבה	לפי גיל בלבד	לפי גיל וערך ההטבה	לפי גיל וערך ההטבה
חריגים:	מוגדרים[3]	מוגדרים	מוגדרים	מוגדרים[4]
גיל כניסה מרבי:	80	80	85	85
תחומי כיסוי:	טיפול סיעודי רפואי ופרה־רפואי	טיפול סיעודי רפואי	טיפול סיעודי רפואי ופרה־רפואי	טיפול סיעודי רפואי ופרה־רפואי
תנאי זכאות[5]	100% פיצוי – כאשר מתקיים אחד מתוך התנאים הבאים: רתוק למיטה או לכיסא גלגלים או אינו יכול ללכת ללא עזרה או אין לו שליטה על הסוגרים או אחד מהם; או נדרשת עזרה מלאה ב–3 פעולות יומיום (ADL)	כאשר כל התנאים מתקיימים: זקוק לעזרה בפעילויות יומיום; והינו רתוק למיטה או לכיסא גלגלים, או זקוק לעזרה בהליכה; ומצבו לא ישתפר באמצעות טיפול רפואי; ואין צורך באשפוז מיידי להצלת חיים	100% פיצוי – כאשר מוגבל ב–5 מתוך 5 מגבלות ADL	100% פיצוי – כאשר מוגבל ב–6 מתוך 6 מגבלות ADL

1 ב–1991 החלה חברת הביטוח הפניקס לשווק ביטוח סיעוד מקיף בשם "עוגן".

2 צורת התשלום שונתה לאחרונה משיפוי לכל סוגי השירותים לפיצוי לטיפול סיעודי מוסדי ולשיפוי לטיפול סיעודי ביתי.

3 "סיעודית" איננה מחריגה כיסוי לטיפול כתוצאה מאלצהיימר.

4 "כבוד עצמי" איננה מחריגה תאונות דרכים. ב–1991 החלה חברת "המגן" לשווק פוליסת "כבוד עצמי" מורחבת אשר איננה מחריגה תשישות נפש ודרישות המוגבלות בה שונות.

5 למספר מוגבלויות קטן יותר פיצוי נמוך יותר (לדוגמה: 3 מתוך 5 מוגבלויות מקנות 50% מהתגמול).

נספח 5: (המשך)

משתנה הפוליסה	ציון "סיעודית"	מגדל "בראש מורם"	כלל "משענת"	המגן "כבוד עצמי"
		ביטוחים מסחריים		
תנאי זכאות לטיפול סיעודי פרה־רפואי[6]:	הטיפול מסופק במוסד ליחידים שאינם יכולים לבצע 3 מתוך 6 פעולות ADL בלא עזרה	אינו מכוסה	זהה לסיעוד רפואי	זהה לסיעוד רפואי
מקום הספקה:	בית ומוסד	בית ומוסד	בית ומוסד	בית ומוסד
משך הזכאות:	עד 60 חודשים	60 חודשים	אין הגבלה	אין הגבלה
סכום פיצוי מרבי:	עד 3,000 דולר לחודש	עד 3,000 דולר לחודש	עד 4,000 דולר לחודש	אין הגבלה
פרמיה חודשית:[7]	לפי גיל ומין	לפי גיל ומין	לפי גיל ומין	לפי גיל ומין
כיסוי ל־5 שנים עם המתנה של 1 חודש ל־1,000 ש"ח:				
גברים בגיל 65:	93.- ש"ח	113.- ש"ח	62.- ש"ח	61.- ש"ח
נשים בגיל 65:	125.- ש"ח	125.- ש"ח	88.- ש"ח	96.- ש"ח
השתתפות עצמית: (Deductibles)	חודש או 6 חודשים	חודש	חודש, 3 או 6 חודשים	חודש, 3 או 6 חודשים
כיסוי משותף: (Copayments)	מה שאינו מכוסה על־ידי ההטבה	מה שאינו מכוסה על־ידי ההטבה	מה שאינו מכוסה על־ידי ההטבה	מה שאינו מכוסה על־ידי ההטבה
הגנה מפני שחיקה אינפלציונית[8]:	צמוד לסל ההשקעות של החברה	צמוד לסל ההשקעות של החברה	צמוד לסל ההשקעות של החברה	צמוד לסל ההשקעות של החברה

6 בפרה־רפואי הכוונה לשירותי טיפול אישי ועזרה ביתית.

7 מדגם הפרמיות שלעיל מייצג את העלות ל־1,000 ש"ח כיסוי לחמש שנים, עם המתנה של חודש אחד.

8 לגבי מבוטחי "כלל" ו"מגדל" יש לציין כי מעת קבלת התגמולים צמוד ערך התגמול למדד יוקר המחייה.

נספח 5: (המשך)

משתנה הפוליסה	ציון[9] "סיעודית"	מגדל "בראש מורם"	כלל "משענת"	המגן "כבוד עצמי"
	ביטוחים מסחריים			
פוליסה מסולקת:[10]	מלוא התגמול לפרק זמן מוגבל	חלק מהתגמול לכל החיים	חלק מהתגמול לכל החיים	חלק מהתגמול לכל החיים
תיאום הטבות:	אין עם חוק ביטוח סיעוד. יש עם ההטבות הממשלתיות האחרות	יש, עם כל ההטבות הממשלתיות	אין	יש, עם כל ההטבות הממשלתיות
ביטוח משנה :	יש	יש	יש	יש
מעמד חוקי:	חוק חוזי ביטוח 1981	חוק חוזי ביטוח 1981	חוק חוזי ביטוח 1981	חוק חוזי ביטוח 1981

9 לאחרונה החלה ציון לשווק פוליסה חדשה הנקראת "סיעודית זוגית" המיועדת לזוגות.

10 פוליסה מסולקת מאפשרת למבוטחים לקבל בחזרה חלק מן הפרמיות ששילמו לאורך השנים, גם אם הפסיקו להיות מבוטחים בה.

נספח 6: פוליסות ביטוח שיניים מסחריות, 1991

נספח 6: פוליסות ביטוח שיניים מסחריות, 1991: שילוח ודקלה

משתנה הפוליסה	שילוח "ביטוח בשן"	ביטוחים מסחריים שילוח "ביטוח בשן משולב"	דקלה "שנהב"
שווקו לראשונה:	1978	1987	1980
שיטת התשלום:	שיפוי	שיפוי	שיפוי
חיתום:	אין תקופת המתנה	אין תקופת המתנה	אין תקופת המתנה
תנאי הצטרפות:	חוזה ל־3 שנים באמצעות המעביד; כיסוי משפחתי	חוזה ל־6 שנים באמצעות המעביד; כיסוי משפחתי	חוזה ל־3 שנים באמצעות המעביד לעובדים קבועים ומשפחותיהם
	קנס על הפסקת הפוליסה לפני תום המועד	קנס על הפסקת הפוליסה לפני תום המועד	חובה להיות מתחת לגיל 62
תחומי הכיסוי:	טיפול מונע	טיפול מונע; תותבות, טיפול תקופתי; סתימות מורכבות וכתרים	טיפול מונע וכן אפשרות לרכישת כיסוי לתותבות; כיסוי גם לטיפול בחו"ל
תנאי זכאות:	שימוש בשירותים מותנה באישור המבטח לתכנית הטיפול; האישור תקף ל־6 חודשים	שימוש בשירותים מותנה באישור המבטח לתכנית הטיפול; האישור תקף ל־6 חודשים	שימוש בשירותים המוגדרים בפוליסה באישור רופא השיניים המטפל; לכיסויים אחרים יש צורך באישור המבטח
פרמיות:			
גיל 35: (דוגמה לפוליסה קבוצתית)	23 ש"ח	50 ש"ח	אין נתונים מהחברה
הבטחת הפרמיות:	לתקופת החוזה	לתקופת החוזה	לתקופת החוזה
הגנה מפני שחיקה אינפלציונית:	צמוד למדד יוקר המחייה	צמוד למדד יוקר המחייה	צמוד למדד יוקר המחייה
תיאום הטבות:	אין	אין	אין
שיווק:	פוליסה קבוצתית	פוליסה קבוצתית	פוליסה קבוצתית

מכון ברוקדייל הספריה ירושלים

רשימת פרסומים נבחרים
של התכנית לחקר מדיניות בריאות

ע - פרסום בעברית   א - פרסום באנגלית

כהן, מ.; ברנע, ת. 1991. **התפתחות שוק ביטוח הבריאות המשלים והמסחרי וביטוח הסיעוד בישראל וההשלכות על מערכת שירותי הבריאות ועל מדיניות הממשלה**. תמצית מחקר. דמ-22-91 (ע); דמ-23-91 (א).

היחידה לחקר מדיניות בריאות ג'וינט-מכון ברוקדייל. 1991. **דו"ח ועדת נתניהו: רקע, תוכן ותגובות ראשוניות**. דמ-24-91 (א).

בופורד, ג'.א. 1991. **הנהגת רפורמות מרכזיות במערכות בריאות גדולות**. דמ-20-91 (א).

בנטור, נ.; רוזן, ב. 1991. **כלים לקידום היעילות במערכת הבריאות בישראל**. (ע).

יובל, ד.; רוזן, ב.; גבאי, א.; אופנהיים, ד. 1991. **רופאים עצמאיים בקופת-חולים כללית: רקע היסטורי וארגוני**. דמ-19-91 (א). (ע בקרוב).

ברנע, ת. 1989. **סל שירותי הבריאות בקופות-החולים בישראל**. דמ-17-90 (ע).

רוזן, ב.; אלנצוויג, א. 1989. **שיטות תיגמול במערכת הבריאות: סקירת הקיים**. דמ-5-88 (א); דמ-14-88 (ע).

רוזן, ב. 1989. **תיגמול רופאים בישראל: ניתוח של הצעות מדיניות נבחרות**. דמ-11-89 (ע). **והרבעון הכלכלי** 139:556-576 (ע).

Rosen, B. 1989. "Professional Reimbursement and Professional Behavior: Emerging Issues and Research Challenges". Soc Sci Med 29(3):455-462 (א).

רוזן, ב. 1989. **רפואה פרטית ורפואה ציבורית בישראל**. דמ-12-89 (א).

ברנע, ת. 1988. **חינוך לבריאות לקשישים בישראל: סקירת פעילות וחומר חינוכי**. דמ-164-88 (ע).

יעבץ, ר.; שי, ד.; שובל, י. 1988. **טיפול עצמי בבריאות: תפיסות וגישות של אנשי מקצועות רפואיים נלווים**. דמ-152-88 (ע).

רוזן, ב. 1988. **שירותי הבריאות בישראל: ביבליוגרפיה נבחרת**. דמ-6-88 (ע+א).

יעבץ, ר.; שי, ד.; שובל, י. 1988. **טיפול עצמי בבריאות: תפיסות וגישות של רופאים**. דמ-150-88 (ע).

ברנע, ת. 1987. **תכנון בריאות על-פי יעדים: מיון יעדי בריאות של ישראל, אירלנד, ארה"ב וארגון הבריאות העולמי**. הוכן עבור משרד הבריאות. דמ-3-87 (ע).

רוזן, ב. 1987. **השוואה בין-לאומית: בריאות התושבים בישראל על-פי מדדים כמותיים של האזור האירופי של ארגון הבריאות העולמי**. הוכן עבור משרד הבריאות. דמ-4-87 (ע+א).

כהן, מ.; רוזן, ב. 1991. "כיוונים חדשניים במערכת הבריאות בישראל". New Approaches to Managing Health Services, WHO (א) (בקרוב).

גרוס, ר.; רוזן, ב.; ברנע, ת. 1991. "ביזור ואוטונומיה בשירותי בריאות" **בטחון סוציאלי** (ע) (בקרוב).

ניתן להזמין פרסומים מג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל.
ת.ד. 13087, ירושלים 91130.

SELECTED PUBLICATIONS
of the Health Policy Research Program

H – publication in Hebrew　　　　E – publication in English

Cohen, M. and Barnea, T. 1991. *The Rise of Supplemental, Commercial Health and Long-term Care Insurance in Israel: Market Description and Implications for the Health Care System and Government Policy.* Summary Report RR–22–91 (H), RR–23–91 (E).

JDC-Brookdale Health Policy Research Unit. Rosen, B. (ed). 1991. *The Netanyahu Commission Report: Background, Contents and Initial Reactions.* RR–24–91 (E).

Boufford, J.I. 1991. *Managing Major Changes in Large Health Care Systems.* RR–20–91 (E).

Bentur, N. and Rosen, B. 1991. *Instruments for Promoting Efficiency in the Israeli Health System* (H).

Yuval, D., Rosen, B., Gabbay, U. and Oppenheim, D. 1991. *Independent Physicians in Kupat Holim Clalit: The Historical and Organizational Context.* RR–19–91 (E) (H forthcoming).

Barnea, T. 1989. *Benefits Packages of Sick Funds in Israel.* RR–17–89 (H).

Rosen, B. and Ellencweig, A. 1989. *A Mapping of Health-care Reimbursement in Israel.* RR–5–88 (E); RR–14–89 (H).

Rosen, B. 1989. *Physician Reimbursement in Israel: An Analysis of Selected Policy Proposals.* RR–11–89 (E) and in *The Economic Quarterly* 139:556–576 (H).

Rosen, B. 1989. *The Public-Private Mix in Israeli Health Care.* RR–13–89 (E).

Rosen, B. 1989. "Professional Reimbursement and Professional Behavior: Emerging Issues and Research Challenges". *Soc Sci Med* 29(3):455–462 (E).

Barnea, T. 1988. *Health Education for Adults in Israel: Overview of Programs and Educational Aids* (H).

Javetz, R., Shye, D. and Shuval, J.T. 1988. *Self Care in Health: Attitudes and Approaches of Members of the Allied Medical Professions.* D–152–88 (H).

Rosen, B. 1988. *Health Services Literature in Israel: A Selected Bibliography.* RR–6–88 (H & E).

Shuval, J.T., Javetz, R. and Shye, D. 1988. *Self Care in Health: Attitudes and Approaches of Physicians. D–150–88 (H).*

Barnea, T. 1987. *Health Planning by Targets: A Review of the Health Targets of Israel, Ireland, United States and the World Health Organization.* Prepared for the Ministry of Health. RR–3–87 (H).

Cohen, M. and Rosen, B. "New Directions in Israeli Health Care". Forthcoming in *New Approaches to Managing Health Services,* WHO (E).

Gross, R., Barnea, T. and Rosen, B. "Decentralization and Autonomy in Health Care Systems". Forthcoming in *Social Security* (H).

Publications may be ordered from the JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Adult Human Development in Israel, P.O.B. 13087, Jerusalem 91130, Israel

19156

סימן הפרסום	BR-RA-22-91 C 3

שם המחבר כהן, מרק; ברנע, תמרה;

שם הספר התפתחות שוק ביטוח הבריאות

המשלים והמסחרי ובביטוח...

שם השואל	תאריך	חתימה
[illegible]	18.1.93	[illegible]
[illegible]	20.1.93	[illegible]
[illegible]	8/8/95	[illegible]

מכון ברוקדייל: הספריה

BR-RA-22-91
C.3

מכון ברוקדייל: הספריה
את הספר יש להחזיר עד

תאריך	תאריך	תאריך

RA410.9 I 8B3
51450