

# ביטוח הבריאות בישראל – ממודל פלורליסטי למודל הרבדים<sup>1</sup>

דנה שוורץ-אילן,<sup>2</sup> שפרה שורץ<sup>3</sup> ורויטל גרוס<sup>4</sup>

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (חכב"ם) חולל רפורמה במערכת הבריאות של מדינת ישראל בכלל ובמודל ביטוח הבריאות בפרט. עם הפעלתו הוסדר ועוגן בחקיקה המבנה הביטוחי המורכב משלושה רבדים (מודל הרבדים):

1. הרובד הראשון – ביטוח בריאות ממלכתי לכלל האוכלוסייה, באחריות המדינה.
  2. הרובד השני – שירותי בריאות נוספים (שב"ן) לחברי קופות החולים, באחריות קופות החולים עצמן.
  3. הרובד השלישי – ביטוחי בריאות פרטיים, שמספקות חברות ביטוח.
- במאמר מנותחים ומוצגים הקשר בין המבנה הביטוחי למאפייני המודל ויחסי הגומלין בין השחקנים, הערכים והעקרונות של המודל.
- המאמר מבוסס על עבודת מחקר איכותנית העוסקת בניית מדיניות קיימת והערכת מודל קיים.
- כלי המחקר הוא ראיונות עומק פתוחים, מובנים למחצה, עם קובעי מדיניות ומנהלים במערכת הבריאות ומחוצה לה. אל הראיונות מתלווה סקירת ספרות נרחבת מהארץ ומהעולם.

---

1 המחקר שעליו מבוסס מאמר זה נעשה במימון המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות וקרן רפי רוטר, מכבי שירותי בריאות.

2 אגף רפואה, חטיבת הקהילה, שירותי בריאות כללית. הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

3 הפקולטה לניהול ע"ש גילפורד גלייזר, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

4 הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב. מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות הבריאות. בית הספר לעבודה סוציאלית והמחלקה לניהול, אוניברסיטת בר אילן.

פרופ' רויטל גרוס ז"ל נפטרה ממחלה ביום כ' בסיוון תשע"א, 22 ביוני 2011. כותבות המאמר מבקשות להקדיש את המאמר לזכרה.

מניתוח הממצאים עולה שהשינוי שחולל חבב"ם התאפשר משום שמלבד שינויים מעטים, נשמרו הבסיס הקיים והשחקנים המרכזיים. ואולם החוק שינה את חוקי המשחק וכך גם את יחסי הכוחות בין השחקנים. חבב"ם מייצג את הדעות והעמדות הרווחות בחברה שבה התפתח המודל.

הסוגיות המרכזיות הנידונות הן שוויוניות, תחרות, שילוב בין פרטי לציבורי ותפקיד המדינה. סוגיות אלה קשורות זו בזו, משתלבות זו בזו ומשפיעות זו על זו. לדוגמה: הרצון להגביר את התחרות בין קופות החולים ומנגד הצורך שהמדינה תסדיר את פעילותן ותפקח עליהן.

המודל על שלושת רבדיו, מאפייניו והערכים שהוא מבוסס עליהם, יחד עם השחקנים המשפיעים עליו, מספקים מענה מיטבי לציפיות הציבור בנתנם את השירות המרבי בתקציב ובתנאים הקיימים, תוך שמירת שיווי המשקל בין מרכיבי המודל בדומה למרצדת.

## מבוא

המבנה הבסיסי של מערכת הבריאות בישראל<sup>5</sup> נקבע עוד לפני הקמתה של מדינת ישראל כמערכת פלורליסטית שיש לה זיקה הדוקה לגורמים פוליטיים, המשתמשים בשירותי הבריאות כבמשאב פוליטי ויש להם השפעה רבה על עיצוב מדיניות הבריאות (גרוס, תשנ"ט; Cohen 1986). במהלך שנות קיומה של מדינת ישראל התחוללו במערכת הבריאות שינויים רבים, עד להתייצבותה עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1994.

החוק חולל רפורמה במערכת הבריאות הישראלית בכלל ובמודל ביטוח הבריאות בפרט. עם הפעלתו הוסדר ועוגן בחקיקה המבנה הביטוחי המורכב משלושה רבדים (מודל הרבדים) ונקבעו כללי המסגרת שבה פועלים זה לצד זה הביטוחים הציבוריים והפרטיים ויחסי הגומלין ביניהם.<sup>6</sup>

1. הרובד הראשון – ביטוח הבריאות הממלכתי: זהו רובד שנוצר בעקבות חקיקת חבב"ם בשנת 1994 והחלתו בשנת 1995. החוק קבע שהמבטחת היא מדינת ישראל, וספקיות השירותים הן קופות החולים. רובד זה היה קיים למעשה לפני חקיקת חבב"ם, אך עקרונותיו ודרכי הפעולה שלו היו שונים. למשל: לפני החקיקה היו קופות החולים המבטחות וספקיות השירותים, והביטוח היה ביטוח וולנטרי וכיסה 96% מהתושבים;

5 מערכת הבריאות בישראל כוללת את קופות החולים, בתי החולים, משרד הבריאות וכל ספקי השירות הפרטיים שהיוו חלק ממנה לאורך השנים. ביטוחי הבריאות הם חלק ממערכת נרחבת זו.

6 חשוב לציין שבכל מערכת בריאות בעולם יש במודל ביטוחי הבריאות הנהוג בה שילוב ציבורי-פרטי מסוים.

אחריה המבטחת היא מדינת ישראל, ספקיות השירותים הן קופות החולים, והביטוח הוא ביטוח אוניברסלי לכל התושבים; כלומר: מבוטח זכאי לשירותי בריאות בלי שזכאות זו תהיה מותנית בתנאי כלשהו כמו היכולת לשלם (בן-נון, ברלוביץ ושני 2005, עמ' 177; דורון, 1985).

2. הרובד השני – שירותי בריאות נוספים (שב"ן) של קופות החולים: רובד זה נהג גם לפני חקיקת חבב"ם כביטוח רפואי לכל דבר, אך הוסדר על פי החוק עם עקרונות ומאפיינים שונים, לא כביטוח, אלא כשירות הניתן לכל המבוטחים באותה קופה. מהחלת חוק ההסדרים ב-1998 ואילך קופות החולים משווקות ומוכרות שירותי בריאות נוספים, המפורטים בתקנון מאושר בידי משרד הבריאות. המבוטחים יכולים להצטרף אליהם תמורת תשלום חודשי על פי קבוצת הגיל שאליה הם שייכים ולקבל שירותים שונים כמפורט בתקנון הקופה, ללא בדיקת מצב רפואי קודם וללא החרגות. קופות החולים חייבות לקבל כל פונה.

3. הרובד השלישי – ביטוחי בריאות פרטיים של חברות ביטוח: רובד זה היה קיים גם לפני חקיקת חבב"ם. הביטוח הוא ביטוח וולנטרי, המבוסס על הסיכון האישי של המבוטח המשלם פרמיה חודשית עבור פוליסת ביטוח בריאות.

מאמרים רבים נכתבו בעבר על חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל. במאמר זה יוצג מודל ביטוחי הבריאות בישראל על שלושת רבדיו דרך נקודות המבט של השחקנים השונים המשפיעים על המודל ומושפעים ממנו לאורך שנות קיומו, עמדות השחקנים השונים כלפי מבנה המודל, מאפייניו, הערכים והעקרונות המרכיבים אותו והדילמות המלוות אותו לאורך השנים.

במאמר נציג את מבנה המודל ומאפייניו ונבחן את מהות הקשר ביניהם. המבנה מתייחס למעשה לשלושת הרבדים ולשחקנים המשתתפים, ליחסי הכוחות ולחלוקת האחריות ביניהם לאורך הזמן. עוד יוצגו הסוגיות המרכזיות המשותפות לשלושת הרבדים המרכיבים את מודל הרבדים המשמש את ביטוח הבריאות בישראל: שוויוניות, תחרות, שילוב בין מגזר פרטי לציבורי ותפקיד המדינה.

המאמר מבוסס על עבודת מחקר איכותנית (לפירוט שיטת המחקר ראו שוורץ-אילן, 2007) העוסקת בניתוח מדיניות קיימת והערכת מודל קיים. במאמר יוצגו ממצאים שעלו מתוך 51 ראיונות עומק פתוחים, מובנים למחצה, עם קובעי מדיניות ומנהלים בכירים בתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה (ממשרד הבריאות והאוצר, קופות החולים, בתי החולים וחברות הביטוח הפרטיות, חברי כנסת, פעילים בתנועות חברתיות/ארגונים חברתיים שונים ואנשי אקדמיה ממוסדות שונים), הקשורים למודל ביטוח הבריאות הישראלי. הראיונות נערכו כדי לעמוד על עמדתם ועל נקודת מבטם של המרואיינים בנוגע למבנה

המודל (הכולל את השחקנים המשתתפים, יחסי הגומלין וחלוקת האחריות ביניהם), לעקרונות והמאפיינים של כל אחד מהרבדים ולקשר ביניהם.

כדי להבטיח עקביות בראיונות בנוגע לנושאים העיקריים של המחקר, הם נערכו בעזרת שאלון שנתן את הכיוון הכללי. שיטת הניתוח של המידע האיכותני התבססה על מיון על פי קטגוריות (גרוס, תשנ"ט). במסגרת ניתוח הראיונות לא התייחסנו לקבוצת הארגונים (משרדי ממשלה, קופות חולים, חברות ביטוח פרטיות, מוסדות אקדמיים וארגונים חברתיים) שאליהם משתייכים המרואיינים, אלא למרואיינים באופן פרטני יותר, כי התוצאות הראו שקבוצות הארגונים הן הטרוגניות ועל כן יש להתייחס למרואיינים בנפרד מן הקבוצה כולה. כך למשל נמצא שאין תמימות דעים בין בעלי התפקידים במשרד הבריאות ובמשרד האוצר באשר לרוב הנושאים שהועלו אף שהם נמנים עם קבוצת הממשל, וכך גם לא נמצאה תמימות דעים בתשובות המרואיינים בקבוצת קופות החולים.

במהלך הראיונות הועלו שאלות רבות, ולאחר הניתוח הראשוני הוחלט בסופו של דבר, שהראיונות ינותחו בהתאם למודל שלושת הרבדים של ביטוח הבריאות בישראל ובהתאם לדעתם של בעלי התפקידים הבכירים על כל אחד מהרבדים והמודל בכללותו, תוך קיבוץ התשובות ותכלולן (Patton, 1987).

לצד הראיונות וניתוחם נערכה סקירת ספרות מדעית נרחבת שכללה ספרים, דו"חות מחקר ומאמרים אקדמיים מהארץ ומהעולם, דו"חות של ועדות חקירה ציבוריות ממלכתיות, דברי חקיקה ותקנונים, פרסומים ממשלתיים, קטעי עיתונות רלוונטיים, חומר ומצגות מכנסים שונים בארץ ובעולם ומאתרי אינטרנט שונים מהארץ ומהעולם.

## ביטוחי בריאות בישראל – מודל שלושת הרבדים

### מבנה ועקרונות המודל לאחר החקיקה –

#### השחקנים המשתתפים, יחסי הגומלין וחלוקת האחריות ביניהם

במהלך השנים ליוו את התפתחות מודל ביטוח הבריאות הישראלי שחקנים שונים ממגזרים מגוונים: הכנסת (מליאת הכנסת וועדת העבודה, הרווחה והבריאות) ששימשה במהלך השנים זירת מאבק עם כניסת החוק לתוקף; שני משרדי ממשלה, משרד הבריאות (קובע מדיניות בריאות, מפקח ומספק שירותי בריאות) ומשרד האוצר (משפיע על מדיניות דרך התקציב); ארבע קופות החולים; בתי החולים השונים (ממשלתיים, שירותי בריאות כללית, פרטיים וציבוריים וולנטריים); מוסדות פרטיים (כמו מרפאות לשירותי רפואת השן, שירותי אשפוז פסיכיאטרי וגריאטרי, שירותי אבחון וטיפול מרפאתיים ומערכת

רוקחות); הסתדרויות עובדים (כללית ולאומית); המוסד לביטוח לאומי; חברות ביטוח פרטיות; חברות המפתחות ומייצרות תרופות וטכנולוגיות רפואיות שונות.

כאמור, לפני חקיקת החוק פעלו בשוק ביטוח הבריאות בישראל שחקנים רבים. הראשיים בהם היו המדינה, פוליטיקאים בכירים ומפלגות גדולות, חברות הביטוח, ארבע קופות החולים וההסתדרות. עם החלתו בשנת 1995, הוצאה ההסתדרות מחוץ למסגרת זו (בן נון, ברלוביץ ושוני, 2005). חבכ"ם הביא לידי ניתוק הקשר בין ההסתדרות הכללית לקופת חולים כללית וגם בין הסתדרות העובדים הלאומית לקופת חולים לאומית (ס' 4 ג-ד, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994). כך הופחתה עד למינימום השפעת הזיקה הפוליטית של הקופות.

בבחינת יחסי הגומלין במודל ביטוח הבריאות בישראל לפני החלת החוק ואחריה עולה שספקי השירות הם אותם ספקים, אך הגורם המפקח והגורם המבטח השתנו. לאחר חקיקת החוק המדינה היא המפקחת על יישום חבכ"ם באמצעות קופות החולים. לפני החלת החוק היו קופות החולים המבטחות וספקיות השירותים (שירות או באמצעות קניית השירותים מספקים אחרים) וביצעו פיקוח עצמי; משרד הבריאות לא התערב בענייני הקופות, אלא עסק בקביעת שירותים וטכנולוגיות בבתי החולים. חבכ"ם קבע שמכאן ואילך המדינה היא המבטחת את כל תושביה ולא עוד קופות החולים. הקופות נותרו מוסדות ללא כוונת רווח, המספקים את השירותים כמחויב לפי הסל ([www.euro.who.int/Document/E81826sum.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E81826sum.pdf)). קופות החולים נחשבות מבטחות בכל הקשור לשירותי הבריאות הנוספים (סעיפים 3 ו-10, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994; חוק ההסדרים במשק המדינה, 1998). חשוב לציין שתוכניות שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן) אינן מוגדרות בחוק כתוכניות ביטוח, אלא כתוכניות למתן שירות למבוטחים תמורת תשלום נוסף, תלוי גיל, ללא קשר למצבו הבריאותי של המבוטח, מחלות קודמות או רקע רפואי קודם. הקופות מחויבות לקבל לשב"ן את כל מבוטחיהן.

החוק שינה את כללי המשחק במערכת, ובעקבות כך השתנה גם אופי התחרות בין הקופות (Gross & Harrison, 2006). החוק אמנם מתיר לקופות החולים תחרות מסוימת (ס' 8 [1א] לחוק), אך בפועל אין כמעט תחרות על דמי הבריאות, היקף ההשתתפויות העצמיות או הרכב סל השירותים. הקופות מתחרות על איכות השירותים בסל השירותים הבסיסי ועל השב"ן. החוק הגביל גם את האוטונומיה של הקופות. שר הבריאות מסדיר את פעולותיהן, ומפקח על איכות השירותים שהן מספקות. זאת ועוד, יחד עם שר האוצר הוא מפקח על פעילותן הפיננסית. הקופות מחויבות למסור לממשלה כל מידע ניהולי, פיננסי או רפואי על פי דרישה. עוד קבע החוק גם הוראות בדבר ההנהלה הפנימית של כל קופה והמבנה הספציפי של גוף ההנהלה, תקנות בדבר מינוי נציב קבילות הציבור בכל קופה והגדיר את תהליך ההתקשרות עם ספקי שירות. החוק קבע עונשים למנהלים הכלליים אם

לא ייענו להוראות החוק. החוק גם אסר על הקופות להעביר כספים להסתדרויות העובדים ועל כל זיקה שהיא ביניהן לבין איגוד כלשהו. אלה השינויים שהחוק כיוון אליהם, אך חשוב לציין שלא כולם אכן יושמו במלואם או אף בחלקם במהלך השנים.

לוח 1 מציג את השחקנים הראשיים במערכת הבריאות לפני חקיקת החוק ואחריה.

לוח 1

### מבנה מודל ביטוח הבריאות

יחסי הגומלין בין השחקנים הראשיים במודל לפני ואחרי חקיקת חב"ם

לאחר החלת החוק	לפני החלת החוק	
המדינה	קופות החולים	המפקח
המדינה (סל בסיסי) קופות החולים (סל משלים)	קופות החולים (סל בסיסי וסל משלים)	המבטח
המבוטחים תקציב המדינה	המבוטחים והמעבידים תמיכת המדינה	המממן
קופות החולים משרד הבריאות פרטיים וציבוריים	קופות החולים משרד הבריאות פרטיים וציבוריים	ספקי השירותים

לאחר שנחקק החוק גובשו גם ערכי היסוד של ביטוח הבריאות בישראל: שוויוניות, סולידריות, זמינות ונגישות וכן חופש מעבר בין הקופות. כל העקרונות האלה לא נהגו לפני חקיקת חב"ם. גם הכיסוי הביטוחי היה חלקי, ולא כל תושבי ישראל בוטחו בקופות החולים. סל השירותים של הקופות השונות לא היה אחיד, ולעתים אף בתוך אותה קופה לא זכו כל המבוטחים לשירות זהה. עם חקיקת חב"ם, נקבע שכל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק וכי הזכות לשירות תינתן בלי תלות ביכולתו הכלכלית של המבוטח, במצב בריאותו או במעמדו החברתי (ס' 3א, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994). כך נקבע שכל מבוטח ישלם כפי יכולתו (כאחוז מהכנסתו) ויקבל לפי צרכיו. מלבד זאת נקבעו פטורים ושיעורי תשלום מופחתים למבוטחים מעוטי יכולת. לפני החקיקה היה מצב של סולידריות רק בתוך הקופה עצמה. לאחר החלת החוק בא עקרון הסולידריות לידי ביטוי בערבות הדדית בין מבוטחי כלל הקופות: כל חברי הקופות משלמים לפי היכולת (תקציב מרכזי), כל קופה מקבלת תקציב בהתאם למבוטחיה (על פי נוסחת הקפיטציה), וכל מבוטח מקבל שירות בהתאם לצורך (בקופה שלו). עוד קבע החוק ששירותי הבריאות יינתנו בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח – עקרונות הזמינות והנגישות. חשוב לציין שעקרונות אלה רווחו בקופות חולים כללית במידה גדולה יותר משאר הקופות עוד טרם החקיקה. החוק אף מיסד את זכותם של המבוטחים לעבור מקופה לקופה, ללא קשר לגורמים מתווכים בדרך, דוגמת חברות הסתדרות, כפי שרווח

לפני חקיקת החוק. חבכ"ם ביטל את האפשרות של הקופות לברור מבוטחים. החוק קבע שקופה לא תדחה את קבלתו של תושב שבחר להירשם בה ולא תתנה את חברותו בה בתנאי או בתשלום כלשהו (ס' 3ד, 5ג, 4ג, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994). לפני חקיקת החוק מומנה המערכת גם באמצעות מס מקביל (מס אחיד שנגבה בידי המעסיקים) וגם באמצעות תמיכת המדינה. עם חקיקת החוק נקבע שמקורות המימון יהיו דמי ביטוח בריאות, מס מקביל (שבוטל בחוק ההסדרים 1997), הקצאה שנתית מתקציב המדינה והשתתפות עצמית של המבוטחים. כיום המשאבים בין הקופות מוקצים על פי נוסחת הקפיטציה. לפני חקיקת החוק התבססה כל קופה על הכנסה מדמי הביטוח שגבתה ממבוטחיה. החוק הגדיר סל שירותים בסיסי, אחיד לכלל הקופות (ס' 13א, 17, 7, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994), בניגוד לסל השירותים המשתנה מקופה לקופה שנהג לפני החלת החוק – סל לא אחיד, שנקבע בתקנוני הקופות ולא הובא באופן גורף לידיעת לכל חברי הקופה. סל שירותים משלים רווח לפני חקיקת החוק כפוליסת ביטוח לכל דבר, ומאז חוק ההסדרים 1998 הונהג סל משלים המבוסס על תקנון למכירת שירותים רפואיים בידי קופות החולים. חשוב לציין שלפני החלת החוק היה החלק הארי של סל השירותים המשלים ברוב הקופות סל חובה לחברי הקופה, וכיום הסל המשלים הוא וולונטרי. עקרונות הפעולה של מערכת הבריאות לפני החלת החבכ"ם ואחריה מוצגים בלוח 2.

## לוח 2

## השוואת עקרונות הפעולה של מודל ביטוח הבריאות לפני ואחרי החלת חבכ"ם

העקרונות / כללי המשחק	לפני החלת החוק	לאחר החלת החוק
שוויוניות	-	+
סולידאריות	+ / -	+
זמינות ונגישות (פריסת שירותים)	+ / -	+
חופש מעבר בין הקופות	-	+
ברירת מבוטחים בידי הקופות	+	-
מימון המערכת	מס אחיד + מס מקביל + תמיכת המדינה	מס בריאות ייעודי + תקציב המדינה
הקצאת משאבים בין הקופות	מתוך הכנסות המבוטחים	נוסחת הקפיטציה: גיל המבוטחים ומספרם
סל שירותים בסיסי	לא חובה, לא אחיד, נקבע בתקנון, אין שקיפות	חובה, אחיד, נקבע בחוק, יש שקיפות
סל שירותים משלים	חובה + רשות	רשות

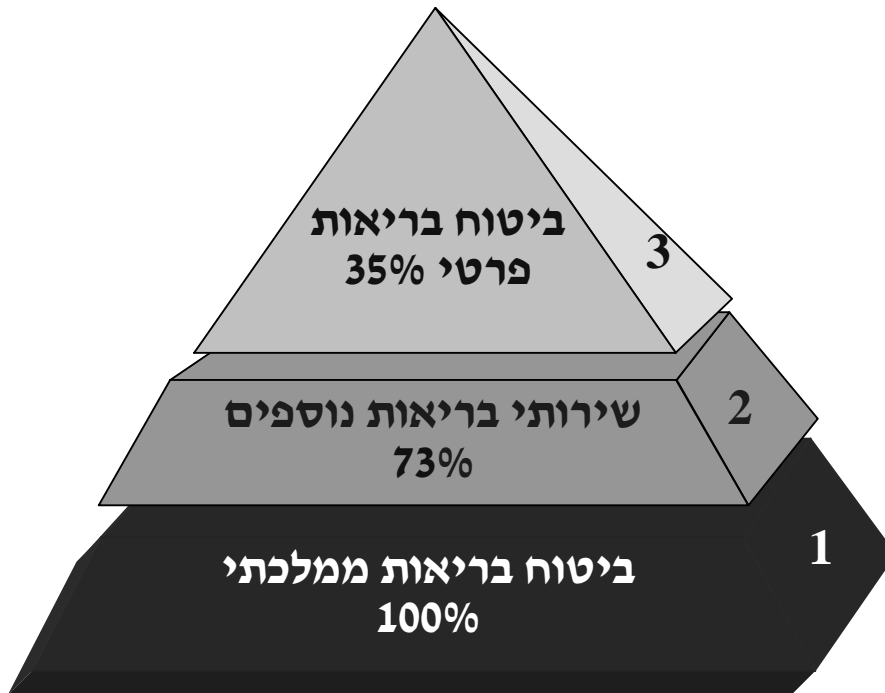
החלת חבב"ם בינואר 1995 היתה נקודת מפנה במדיניות הבריאות בישראל (גרוס, טבנקין וברמלי-גרינברג, 2000). בעקבות החוק הוגדרה המדינה כמבטחת, ההסתדרות איבדה מכוחה, ארבע קופות החולים הוגדרו כספקיות שירותים תחת עקרונות פעולה חדשים, ונקבעו שינויים ביחסי הגומלין ביניהן.

חבב"ם הוביל למעשה למיסוד המבנה הקיים של מודל ביטוח הבריאות בישראל ויצר מסגרת חוקית ברורה. החוק הגדיר את תפקידו של כל שחקן במודל הרבדים ויצר את המסגרת לכל אחד מהם: המדינה מבטחת ואחראית לביטוח הבריאות של כל תושביה; הקופות מספקות שירותים (ואינן מבטחות), ויש באפשרותן לספק שירותי בריאות נוספים (ולא לבטח ביטוח משלים כפי שנעשה לפני החקיקה) (חוק ההסדרים 1998), תוך יצירת הפרדה מוחלטת מחברות הביטוח הפרטיות.

שיעור המבוטחים בכל רובד נכון לשנת 2009 (ברמלי-גרינברג, גרוס, יאיר ועקיבא, 2010) מוצג בתרשים 1. בתרשים זה מוצגת פירמידה המבוססת על אחוז המבוטחים בכל רובד, אך אין הדבר אומר שכל מי שיש לו שב"ן הוא בעל ביטוח בריאות פרטי, ומנגד כל בעלי השב"ן מבוטחים תחת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.



תרשים 1  
 מודל ביטוח הבריאות הישראלי  
 חלקם של המבוטחים מכלל האוכלוסייה בכל אחד מהרבדים, ישראל, 2009<sup>7</sup>



השוואה מפורטת בין שלושת הרבדים מופיעה בנספח 1.

### מבנה מודל ביטוח הבריאות הישראלי

כאמור, החלת חבב"ם בינואר 1995 היתה נקודת מפנה במדיניות הבריאות בישראל. עם חקיקתו העניק חבב"ם מסגרת חוקית ויצר את מודל הרבדים (ברמלי-גריןברג וגרוס, 1999, עמ' 2-3). החוק התווה את הגבולות הברורים של המודל; הוא הגדיר את השחקנים ואת תפקידם (כלומר את מבנה המודל) ואת כללי המשחק ועקרונות הפעולה. אחד המנהלים

<sup>7</sup> לגבי מבוטחי הביטוח הפרטי - אין נתוני אמת על ביטוח פרטי, מדובר בהערכה לפי סקר של מכון ברוקדייל (2009). הנתונים מתייחסים לאוכלוסייה הבוגרת (בני 22+), לגבי מבוטחי השב"ן - מתוך אתר משרד הבריאות על פי דו"ח של טופר-חבר טוב ורביד-ברזילי מ-2010.

במשרד הבריאות אמר ש"החוק נתפר לפי איך שהמערכת נראתה. הושארו ארבע קופות חולים. הן לא וירטואליות; הן מייצגות ידע, מידע וטכנולוגיה, מתודה ומסורת רפואית שלא ניתן לבטלה. השארת קופות החולים תחת המבנה הקיים היתה הפתרון היחיד האפשרי בנסיבות שהיו. לא היתה דרך אחרת. חבב"ם לא היה עובר ללא הקופות". ועוד הוא אמר, ש"יש קשר בין מבנה המערכת לעקרונות. המבנה של הקופות מאפשר להן לעשות את מה שהן צריכות ולפעול על פי העקרונות". מנהל בכיר בכללית ציין ש"מבנה הקופות הוא הנצחה היסטורית, כשהחוק למעשה צילם את חלוקת האחריות ההיסטורית שהיתה. החוק מבוסס על ההיסטוריה של התפתחות מערכת הבריאות בישראל".

החוק הגדיר את שלושת רובדי המודל, אך הסדיר את שני הראשונים בלבד – ביטוח בריאות ממלכתי ושב"ן – והחיל עליהם עקרונות פעולה חדשים תוך שינוי יחסי הגומלין ביניהם מבחינת הכפיפויות והאחריות. הרובד השלישי, ביטוחי הבריאות הפרטיים, לא השתנה מבחינת השקנים ועקרונות הפעולה; אין הוא כפוף לחבב"ם, אם כי ניתן לומר שהוא הושפע ומושפע עד היום משני הרבדים האחרים, כפי שיפורט בהמשך.

במסגרת הראיונות עלה נושא המבנה של המודל והשקנים הלוקחים בו חלק. המרואיינים הבהירו את הצורך ברבדים השונים, הציבורי והפרטי, והסבירו מדוע לדעתם נוצרה דווקא חלוקה זו של הרבדים. מרואיינים מכל המגזרים ציינו שהמבנה נובע מכך שהרובד הציבורי לא יכול לתת את מרב שירותי הבריאות, ולכן נוצרו הרבדים הנוספים הפרטיים (למרות הידיעה שבעלי אינטרסים מסוימים עשויים לרצות להרחיב את הרבדים העליונים ובכך לפגוע ברובד הבסיסי). הם הסבירו ששלושת הרבדים תלויים למעשה זה בזה, וכשהרובד הציבורי אינו מספק ומוגבל מבחינת משאבים ותקציב, צומחים הרבדים הנוספים, הפרטיים, המבוססים על המימון העצמי של הציבור. מנהלים בכירים במשרד הבריאות הגדירו את שלושת הרבדים והחלוקה ביניהם בהתאם לתוספת הבריאותית שניתן להפיק מהם: "הסל הבסיסי – מה שמוגדר בתוך הסל ללא ספק מוסיף בריאות. הסל המשלים – דברים שהתוספת הבריאותית שלהם בסימן שאלה. הסל הפרטי – דברים שלא קשורים לתוספת לבריאות אלא תוספת שירות או נוחות. אם זה ככה, אז הרבדים הם בסדר גמור; זו חלוקה תיאורטית. ההגדרות ברורות!". בחלוקה זו תמכו גם מנהלים בכירים במשרד האוצר.

חשוב לציין שרבים מהמרואיינים ערערו על מעמדו של הרובד השני. הם תהו אם אפשר שגוף ציבורי המספק שירות ציבורי יספק גם שירות פרטי. אנשי האוצר העלו את נושא הבעלות על השב"ן כאחד החסרונות העיקריים שלו. ואלה היו תהיותיהם: "האם נכון שהשב"ן ימכור מוצר שמתחרה בסל הבסיסי? אותו גוף נותן את אותו שירות. האם ליצור הפרדה חשבונאית מלאה או שדרך השב"ן יש אפשרות לרווחים שיסייעו לגירעונות בסל? זו שאלה ערכית." בנושא זה אין לשכוח את האינטרס של משרד האוצר לקדם את השוק הפרטי של ביטוחי הבריאות ולא את יריבו הציבורי (השב"ן).

מנהל בכיר באחת מחברות הביטוח אפיין את השב"ן ביחס לקיים בעולם ואמר ש"לא קיים שב"ן בעולם, לא קיים ביטוח בעולם שניתן להתאימו למציאות כל שנה". מנגד חשוב לציין שהמרוויינים לא התנגדו לביטוח בריאות פרטי; נהפוך הוא, הם הסכימו שהביטוח הפרטי הוא מוצר כמו כל מוצר פרטי אחר ולמי שיש כסף שירכוש אותו.

הממצאים מהספרות (Horev & Babad, 2005) ומהראיונות מלמדים שהחקיקה לא שינתה את הרכב השחקנים המשתתפים במודל ביטוחי הבריאות, אך שינתה את עוצמתם ואת השפעתם, וזאת בהתאם לנסיבות ולהתרחשויות ולשינויים בתפיסה ובדגשים – אותם השחקנים עם מעמד שונה.

השחקנים המרכזיים המשתתפים במודל על שלושת רבדיו כיום הם משרד האוצר, משרד הבריאות, קופות החולים וחברות הביטוח. המרוויינים ניסו להסביר מדוע השתנו במהלך השנים יחסי הכוחות כך שידו של משרד האוצר על העליונה. ההסבר העיקרי הוא ששוק הבריאות הפך לשוק כלכלי. בשוק כזה התחזק משרד האוצר בגלל שליטתו בתקציב המדינה, לרבות תקציב הבריאות, ובחוק ההסדרים ([www.knesset.gov.il/lexicon/heb/hesderim.htm](http://www.knesset.gov.il/lexicon/heb/hesderim.htm)). במהלך השנים תפסו כלכלני משרד האוצר תפקיד מרכזי בנושאי מדיניות בריאות כדי לצמצם עלויות והוצאה ציבורית ולהגדיל את היעילות הכלכלית של מערכת הבריאות. משרד האוצר נחשב למשרד החזק ביותר בשל אחריותו על תקציב המדינה ומכאן על המדיניות כולה. כוחו של האוצר גדל לאחר החקיקה בעקבות החלת חוק ההסדרים והשינויים שנערכו במודל בעקבותיו. אף שהמרוויינים הגדירו את משרד הבריאות כאחד השחקנים המרכזיים במודל, נחלש כוחו לאחר החקיקה, בעיקר כי כוחו של משרד האוצר גדל. קופות החולים גם הן שחקן מרכזי. אחד מחברי הכנסת הסביר מדוע: "מדובר במערכת עם מסורת חברתית חשובה מאוד; שום ביטוח בריאות לא היה, לולא הקופות שהקיפו את רוב האוכלוסייה." יש לציין שכוחן של כללית ולאומית נחלש במהלך השנים בעקבות הניתוק מההסתדרויות שאליהן השתייכו.

יחסי הגומלין בין משרד האוצר למשרד הבריאות ובין חברות הביטוח לקופות החולים משפיעים על התפתחות המודל בעיקר מאז חקיקת חב"ם.

המרוויינים תיארו את יחסי הגומלין בין שני משרדי הממשלה כיחסים שיש בהם משחקים פוליטיים (הבאים לידי ביטוי במאבק בין בעלי עוצמה על הקצאת הכוח ביניהם) ואינטראקציות אישיות שונות. במערכת יחסים זו בולטת דומיננטיות האוצר ושליטתו המלאה אל מול השחיקה במעמד משרד הבריאות ותפקידו במודל ביטוח הבריאות.

יחסי הגומלין בין חברות הביטוח לקופות החולים באים לידי ביטוי בעיקר בכל הנוגע לרובד השני (שב"ן) ולרובד השלישי (ביטוחי הבריאות הפרטיים) ולניצול המערכת הציבורית וקופות החולים בידי חברות הביטוח הפרטיות.

מתוך הראיונות והספרות (ברמלי-גרינברג וגרוס, 2006, עמ' 365) עולה שביטוחי הבריאות הפרטיים נמצאים ביחסי גומלין עם המערכת הציבורית ומושפעים הן ממדיניות הבריאות הממלכתית והן מסל השירותים הניתן במערכת הציבורית. הביטוחים הפרטיים גם משפיעים על המערכת הציבורית: על הביקוש לשירותים, על ההוצאה לבריאות וכן על שביעות הרצון הכללית של המבוטחים ממערכת הבריאות.

יחסי הגומלין הללו מהווים חלק ממסכת של מאבקי כוחות בין בעלי אינטרסים במערכת הבריאות (ראו שלו, 2003 עמ' 22) על הקצאת עוצמה ביניהם (כלומר פוליטיקה), והם מניעים את המודל ומשפיעים על התפתחותו בהתאם לתיאוריית יחסי הכוחות והאינטרסים של בעלי עניין (Horev & Babad, 2005).

המבנה הנוכחי של מודל ביטוח הבריאות בישראל מתבסס על מערכת הבריאות הישראלית כפי שהתפתחה במהלך השנים, ומשקף מיוזג של ההתפתחות ההיסטורית של המדינה, הפילוסופיה הסוציאלית שלה, סדרי העדיפויות האידיאולוגיים והחברתיים שלה, השפעה של קבוצות האינטרסים השונות שלקחו חלק בתהליך הפוליטי (כמו המאבק הפלורליסטי ומאבקי הכוח בין המדינה להסתדרות), יחסי הכוחות ביניהן (פוליטיקה) והפלורליזם הרווח בחברה הישראלית. אין זה תוצר מתוכנן של מדיניות חברתית של הממשלה, במיוחד לאור חולשתו של משרד הבריאות (Cohen, 1986, p. 97-98).

---

## הסוגיות המרכזיות הנידונות במודל ביטוח הבריאות הישראלי

---

מתוך ניתוח מבנה מודל הרבדים עולות מספר סוגיות מרכזיות המשותפות לכל אחד מהרבדים, אך מקבלות דגשים שונים בהתייחס לכל רובד. הסוגיות המרכזיות הן שוויוניות, תחרות, שילוב בין מגזר פרטי לציבורי ותפקיד המדינה.

### שוויוניות

השוויוניות היא סוגיה שעלתה בכל אחד משלושת הרבדים.

הרובד הראשון: ערך השוויון הוא ערך מרכזי במערכת הבריאות, והצד המעשי שלו הוא הבטחת רמה הולמת של בריאות ורווחה ונגישות שווה לשירותי הבריאות לכל שכבות האוכלוסייה, ללא קשר למעמד חברתי, דת, גזע או יכולת כלכלית. ערך זה הוא אחד

הערכים המרכזיים בחבב"ם שקבע כי "ביטוח בריאות ממלכתי יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית" (חבב"ם, התשנ"ד-1994, ס' 1; גרוס, 1996, עמ' 54).

בהקשר של הרובד הראשון, הביטוח הממלכתי, עולה השאלה בדבר עוצמת הפערים החברתיים ומידת אי השוויון שחברה כלשהי מוכנה לסבול בקרבה. כפי שציין מנהל בכיר במשרד האוצר, אין זו רק שאלה של ניהול כלכלי, אלא שאלה פוליטית בעיקרה, שיש לתת לה מענה במסגרת התהליך הפוליטי. ידוע שבכל מערכת חברתית שורר אי שוויון, ולא ניתן להגיע לשוויון מוחלט, אך השאלה היא מהי מידת אי השוויון האופטימלית מבחינת החברה, מהי המידה שתאזן בין ערכים שונים שבהם המערכת מאמינה.

כל המרוויינים, ללא קשר לתפקידם ולארגון שהם מייצגים, ציינו את עקרון השוויון, כיוון שהם מאמינים שחשוב שהוא ימשיך להנחות את תהליכי קבלת ההחלטות במודל הרבדים, ובעיקר ברובד הראשון שבו מבקשים לקדם ולהגביר את השוויון. על פי הממצאים חבב"ם תרם לכך באמצעות הכיסוי האוניברסלי לכל התושבים, התשלום בהתאם לגובה ההכנסה והקצאת המשאבים באמצעות נוסחת הקפיטציה. ואולם יש מחקרים (גרוס וברמלי-גרניברג, 2001, עמ' 54) המדווחים שאף שמטרת חבב"ם היתה להגביר את השוויון בין אוכלוסיות שונות, בין השאר על ידי הסרת מחסומים לקבלת שירותים, עדיין יש פערים בין קבוצות אוכלוסייה; קבוצות החולים הכרוניים ובעלי ההכנסה הנמוכה פגיעות במיוחד, ואלה מדווחים יותר מאחרים על בעיות בנגישות ובתשלומים. גם תושבי הפריפריה מדווחים על קשיי נגישות וזמינות לשירותי הבריאות (נירל, פלפל ועמיתים, 2000).

המרוויינים ציינו שלושה גורמים עיקריים המובילים לאי שוויון ברובד הראשון:

א. תשלומי ההשתתפות העצמית של המבוטחים – תשלומים אלה כוללים השתתפות במימון תרופות ובעלות ביקורים אצל רופאים מעבר למס הבריאות שהמטופל נדרש לשלם בעת קבלת שירות רפואי הכלול בסל השירותים הציבורי. הם משולמים בדרך כלל ביחס ישר להיקף השירות הנצרך ובלי קשר להכנסת המטופל, אם כי יש מערכת של הנחות ופטורים לאוכלוסיות מיוחדות. אלה הם תשלומים פרטיים שגובה המערכת הציבורית (כנס ים המלח הרביעי, 2003, עמ' 29-30; שלו, 2003, עמ' 232). המרוויינים ציינו שיש לנסות להפחיתם ואף לבטלם, כי בגינם אדם עלול לדחות את הטיפול הרצוי לו ובכך למעשה להחמיר את מצבו בעתיד.

ב. מרכיבי נוסחת הקפיטציה – היו בין המרוויינים כאלה שטענו שיש לעדכן את נוסחת הקפיטציה כך שתביא בחשבון גם את מצב הבריאות של חברי הקופות, משום שאי הכללתם בנוסחת הקפיטציה של פרמטרים נוספים, מלבד גיל המבוטחים, שוחקת את השוויוניות ומקנה עדיפות לאוכלוסיות מסוימות. מנהל בכיר בכללית ציין ש"רק באמצעות שינוי בנוסחה ניתן יהיה להקטין את הפערים ולגרום לקופות לפנות

לאוכלוסיות פחות אטרקטיביות הן מבחינת מצבן הרפואי (זקנים, חולים כרוניים וכו') והן מבחינת המיקום שלהן (פריפריות)". חשוב לציין שבכללית חברים רוב החולים הכרוניים והזקנים, מה שמסביר את האינטרס שלה בשינוי הנוסחה (קידר וחורב, 2010). גם מתוך הספרות עולה שעל אף הנוסחה המתחשבת בגיל המבוטחים יש לקופות עניין למשוך מבוטחים צעירים ובריאים ובעלי הכנסה גבוהה לקופות ועניין קטן בהרבה לשפר את השירות לאוכלוסיות חלשות – חולים קשים ותושבי הפריפריה. מנגנון ההקצאה הנוהג כיום אינו משקף את משתני המיקום, התחלואה או משתנים חברתיים-כלכליים אחרים (גרוס, ניראל ומצליח, 2006; כנס ים המלח הרביעי, 2003).

ג. שחיקת הסל הבסיסי והקושי לעדכנו – כדי לשמור על השוויוניות במסגרת הרובד הראשון, יש צורך לבחון מחדש את הרכב הסל הבסיסי ולעדכנו, למרות הקושי הכרוך בכך. כך ניתן יהיה לכלול בו את כל השירותים המוכחים מבחינה רפואית שעלותם לחברה סבירה (גרונוא, 2001, עמ' 23), כדי שיתן מענה לצרכים הבסיסיים של רוב האוכלוסייה תוך הקטנת ההשתתפות העצמית. כשהסל הבסיסי נשחק, הנפגעים העיקריים הם אלה שאין ידם משגת, מעוטי היכולת. יש אפוא לשמור עליו ולמנוע את שחיקתו באמצעות שיפור תהליך עדכנו ותהליך מימונו, הן בהיבט המקורות והן בהיבט חלוקת התקציב. חשוב לציין שכאן נכנסת שאלת החליפין (trade-off) בין יתר שוויוניות להיקף הסל הבסיסי – ככל שהסל יותר צר, ניתן להבטיח יותר שוויון במסגרתו; מה שיוביל לכך שיידרש לנפות מהסל יותר שירותים, שיעברו לביטוח פרטי, שאינו שוויוני בשל עלותו ובשל העובדה שהוא רשאי לסנן מבוטחים.

הרובד השני: שב"ן כאמור הוא סוג של ביטוח קבוצתי סוציאלי, השונה בעקרונותיו מהביטוח הפרטי (ברמלי-גרינברג וגרוס, 1999, עמ' 57) ונמצא באחריות קופות החולים, שהן המבטחות והאחראיות על אספקת השירותים.

סוגיית השוויוניות ברובד זה, מעצם היותו רובד המשלב בתוכו מעין ביטוח פרטי הניתן בידי אותו גוף ציבורי המספק את הסל הבסיסי, הטרידה את רוב המרואיינים, ולא היתה תמימות דעים לגביה. עמדות המרואיינים בנוגע לשב"ן מתחלקות לשתיים: אלה התומכים בשב"ן ובהמשך קיומו כפי שהוא, ואלה המתנגדים לשב"ן אך מבינים שלא ניתן להחזיר את הגלגל אחורה ומבקשים להצביע על דברים מהותיים הטעונים שיפור. ההתנגדות העיקרית כלפי השב"ן נוגעת לסוגיית השוויוניות (גם סוגיית השילוב בין המגזר הפרטי לציבורי עלתה בהקשר זה, ונדרון בה בהמשך חלק זה).

השאלה המרכזית הנשאלת ברובד זה בהקשר השוויוניות היא עד כמה השב"ן מצמצם את ערך השוויוניות או מרחיבו. שאלה זו תלויה בהגדרת השב"ן וכייעודו. מצד אחד השב"ן הוא סוג של ביטוח חברתי שמציעות קופות החולים, שהן גופים ציבוריים, ותכליתו לקדם את השוויון ולספק שירותי ביטוח נוספים לאלה שלא יכולים להרשות לעצמם ביטוח

בריאות פרטי במסגרת חברת ביטוח פרטית. מצד אחר השב"ן הוא עסק כלכלי שנועד למכור שירותים ולהעשיר את קופתן של הקופות, והוא נמכר רק לאלה מחברי הקופה שיכולים להרשות לעצמם עוד תשלום בנוסף לדמי ביטוח הבריאות (כנס ים המלח הרביעי, 2003, עמ' 82-84). עוד שאלה שעולה בהקשר השוויוניות בשב"ן היא אם הנהגת השוויוניות היא חובה או בחירה. התשובה לכך תלויה בהגדרת סל השירותים הנוסף. רוב המרואיינים חזרו וציינו את הצורך להציב גבולות ברורים בין הסל הבסיסי לסל הנוסף, כך שכל השירותים החיוניים ביותר יהיו בסל הבסיסי, שלא ייווצר מצב ששירותים חיוניים ותרופות מצילות חיים למשל יהיו בסל הנוסף, וכך למעשה יתגבר אי השוויון. הטענה היא שאם יוגדרו הסלים בצורה ברורה ומדויקת, לא ייפגע הסל הבסיסי החיוני בשל הסל הנוסף.

התומכים בשב"ן מציינים את המאפיינים המקדמים את השוויוניות, כמו קבלת כל המבוטחים הרוצים בכך, ללא חיתום וללא החרגות. ואילו המתנגדים מציינים את התשלום לפי גיל בלבד (התשלום הוא רגרסיבי, יורד עם גידול ההכנסה) ואת הצורך בהשתתפות עצמית בעת קבלת השירות. כך אמר מנהל בכיר במשרד הבריאות: "נקודת הכניסה לשב"ן לא שוויונית. התשלום לפי גיל ללא קשר למצב הבריאותי ולהכנסה של האדם. בנוסף בשב"ן יש השתתפויות עצמיות שמהוות חסם לשימוש בשירות ופוגעות בשוויוניות."

ניתן לומר שהשב"ן מקדם את השוויון ביחס לביטוח הבריאות הפרטי, אך שוחק אותו בין חברי הקופה לבין עצמם ומגדיל את הפערים ביניהם. נוצר מצב שבו מעוטי יכולת לא ירכשו שב"ן, וגם אם כן, לא תמיד יוכלו להשתמש בשירותים בגלל הצורך בהשתתפות עצמית בשירותים מסוימים. כפי שצוין גם בספרות (גרוס, ברמלי-גרינברג ומצלח, 2005), עדיין שורר אי שוויון בין אוכלוסיות מבחינת הנגישות לשירותים עקב התשלום הנדרש.

סוגיית השוויוניות מול אי השוויוניות במסגרת הרובד השני מובילה אפוא לצורך לבדוק מחדש אם אכן זהו הפתרון הטוב ביותר האפשרי למבוטחים. לשם כך יש לערוך בדיקת עלות-תועלת (לבדוק למשל מהי התמורה שמקבלים עבור הפרמיה שמשלמים). עוד יש לבדוק את תוכן הסל הנוסף בהשוואה לסל הבסיסי ולוודא שלא תהיה חפיפה ביניהם ושהסל הנוסף לא ימנע עדכון נכון של הסל הבסיסי. זאת באמצעות הגברת הפיקוח והבקרה לשם שמירת הסדר הציבורי ומניעת זליגת המקורות והשירותים בין הסלים השונים.

הרובד השלישי: ככלל לא הביעו המרואיינים התנגדות לביטוח הפרטי הניתן במסגרת הרובד השלישי, ואף היתה ביניהם תמימות דעים בדבר הצורך בו, אף שהוא עלול לפגוע בשוויון בקבלת השירותים ולעודד פיתוח של שתי רמות רפואה, האחת לבעלי אמצעים והאחרת למעוטי יכולת. וכפי שציינו מנהלים בכירים בקופות החולים: "לא כולם יכולים

להצטרף, כיוון שיש בדיקה של מצב בריאותי ונעשה תהליך של חיתום למעוניינים להצטרף. " זהו מצב שמוביל לשחיקה בשוויוניות ולהגדלת פערים באמצעות סלקציה על בסיס מצב בריאותי. זאת ועוד, ביטוח זה עלול להוביל לירידה באחריות המדינה לשירותים מסוימים. יחד עם זאת, ביטוחים פרטיים לצד הביטוח הממלכתי מאפשרים להרחיב את היקף השירותים המוצעים לאזרח ואת זמינותם, שלא על חשבון התקציב הציבורי (ברמלי-גרינברג וגרוס, 2003, עמ' 1).

גם לרובד זה עלולות להיות אפוא השלכות הנוגעות לעדכון הסל הבסיסי ולירידה באחריות המדינה. כידוע, רפואת השיניים כיום לא כלולה בסל הבסיסי, והיא דוגמה לשירות בריאות חיוני שרצוי שיהיה כלול בו, משום שהיא מהווה נטל של ממש על משקי הבית בשכבות מעוטות היכולת (כנס ים המלח הרביעי, 2003, עמ' 140). חשוב לציין שאין התנגדות ששירות זה יינתן גם במסגרת ביטוח פרטי, אך יש לדאוג ראשית כול לקבלת השירות במסגרת הרובד הראשון באופן שווה לכל נפש.

## תחרות

הממצאים שעלו הן מהספרות והן מהראיונות מלמדים שהתחרות היא אחד העקרונות החשובים במודל הרבדים. בד בבד הובעה גם ביקורת על רמת התחרות ומהותה, במיוחד ברובד הראשון של קופות החולים שאמורות להתחרות ביניהן על איכות השירותים.

הרובד הראשון: בספרות (Fried & Gaydos, 2002, p.215) מוזכר ש"הרעיון המרכזי והייחודי של הרפורמה הישראלית הוא תחרות על האזרח בין קופות החולים ונותני השירותים, במסגרת הסל הבסיסי במימון ציבורי", כשלמעשה מטרת חבב"ם היתה לקדם את התחרות בין ארבע קופות החולים על איכות השירותים. החוק דרש ש"ארבע הקופות יספקו סל שירותים זהה, ולמבוטחים תהיה אפשרות בחירה ביניהן". התחרות היא מאפיין של מודל ביטוח הבריאות הישראלי לפני חקיקת חבב"ם ואחריה (גרוס, ניראל ומצליח, 2006, עמ' 608-609). עם חקיקת חבב"ם, השתנה למעשה אופי התחרות במסגרת רובד זה.

לפני החלת חבב"ם פעל שוק ביטוח הבריאות על פי עקרונות התחרות החופשית והתבסס על ביטוח וולנטרי של קופות החולים שהתחרו ביניהן על מחיר הפרמיה ועל הרכב סל השירותים. בעקבות חבב"ם התבססה התחרות על עקרונות התחרות המנוהלת (Managed competition) (Enthoven, 1993; Gross & Harrison, 2001).

יש הטוענים, בקרב המרואיינים, שבעקבות חקיקת החוק הוגבלה התחרות בין קופות החולים. הן חויבו לעמוד בתקציב ולספק כל מה שמוגדר בסל הבסיסי, כך שלא נותר להן



שיקול דעת בעניין, שכן אין הן מתחרות עוד על תוכן הסל או על הפרמיה המשולמת לבריאות כפי שהיה לפני החקיקה, ומכאן שנשר המרכיב העיקרי של התחרות.

הספרות תומכת בהשקפה האומרת שכדי להבטיח את ארגונו ותפקודו של ביטוח בריאות סוציאלי, אין להלאים את קופות החולים הקיימות (מילר, 1979, עמ' 66-67). העברה כזו של הבעלות לידי גוף ממלכתי אינה מתיישבת עם העקרונות הליברליים שעליהם מושתתת החברה הישראלית. הקופות השונות יוכלו לתפקד כספקיות שירותים רפואיים, תוך תחרות חופשית ביניהן על איכות השירותים ודרכי הגשתם.

יש מספר מדדים לבדיקת רמת התחרות בין קופות החולים ברובד הראשון (כנסים המלח השישי, 2005, עמ' 76-77). אחד מהם הוא רמת הריכוזיות בשוק המצביעה על רמת התחרות. רמת הריכוזיות בשוק קופות החולים גבוהה יחסית, וכך גם רמת התחרות שהתעצמה מאוד ביניהן בעשור האחרון שבין 1992-2003, כך עולה ממחקר שערכה אנגלצ'ין-ניסן (2005). מדד אחר הוא המעבר בין הקופות. בשנים הראשונות לאחר החקיקה עמד שיעור העוברים על כ-4%, ונכון לשנת 2009 הוא עומד על 1.5% (קידר וחורב, 2010, עמ' 18). חשוב לציין שתוכניות הגבייה שאושרו לקופות החולים יצרו הבדלים מסוימים במחירי חלק מהשירותים, כך שנוצר ממד כלשהו של תחרות ביניהן. אך ממד זה הוא שולי למדי, ולא מהווה שיקול שבגיננו אנשים מחליטים לעבור מקופה לקופה. ניתן לקשר את היקף המעבר של מבוטחים בין קופות להגבלות על הפרסום והשיווק ולהעברת הרישום לסניפי הדואר שנקבעו בחוק ההסדרים באותה שנה או להתנהגות צרכן הבריאות הישראלי, שהוא שמרן במהותו ואינו ממהר להחליף ספקי שירותים ציבוריים.

כאמור, בישראל יש ארבע קופות המתחרות ביניהן, ואין הן יכולות להתחרות על הפרמיה הנגבית, אלא רק על איכות השירותים. השאלה המתעוררת בהקשר זה היא איך יידעו המבוטחים איזו קופה היא האיכותית ביותר ואיך יידעו לאיזו קופה לעבור אם אין הם מרוצים. הביקורת שהציגו חלק מהמרוואיינים בהקשר זה היא ש"למעשה לא הוגדר מנגנון מסוים על ידי משרד הבריאות לשם בדיקת איכות הפצת מידע לגבי שיפור איכות לקופות החולים או ללקוחות", כדי שתהיה תחרות. ממחקרים שנעשו בשנים האחרונות עולה שהתחרות בין הקופות מכוונת בעיקר לתחום השיווק, שיפור השירות ואספקת שב"ן ותכליתה למשוך אוכלוסיות צעירות ובריאות. אין תחרות על איכות רפואית והיקף השירותים לחולים קשים או לאוכלוסיות מיוחדות, כגון קשישים ועניים (כנסים המלח השישי, 2005, עמ' 76), וכאן למעשה נפגעת גם השוויוניות.

לדעת המרוואיינים יש לדאוג ולהפיץ מידע השוואתי על איכות הטיפול בקופות השונות. מידע זה יהווה תמריץ לשיפור השירות ויגביר את השקיפות ואת גורם התחרות ברובד זה.

חלק מהמרוויינים הביעו את חששם שהתחרות האמיתית מתנהלת למעשה ברובד השני בגלל ההגבלות שהוטלו עם חקיקת חבב"ם.

ברובד הראשון יש גם התלבטות בין הרצון לשמור על התחרות לבין מעורבות הממשלה והנטייה לשמר שליטה מרכזית של הממשלה (Chinitz, 1994). בהקשר זה עולה השאלה מהי מידת התחרות הרצויה ועד כמה ניתן לקיימה תחת שליטה מרכזית של הממשלה על קופות החולים. שאלה אחרת שעלתה במהלך הראיונות היא שאלת הסל המשלים ותקופת האכשרה החלה עליו, שלא תמיד מבוטלת במעבר בין קופות החולים. אי ביטול תקופת האכשרה יכול למנוע ממבוטח לעבור בין הקופות, והרי כפי שציינו המרוויינים, חופש המעבר בין הקופות הוא "הפלפל של התחרות". מתוך הספרות (כנס ים המלח השישי, 2005, עמ' 81) והראיונות עולה שבפועל התחרות היא לא על הסל הבסיסי אלא על הסל המשלים, כלומר התחרות הוסטה לכיוון שונה מזה שנקבע בחבב"ם. מטרת התחרות בין הקופות כיום היא למשוך מבוטחים, ולכן היא מתמקדת בשב"ן. בשל כך הקופות מוותרות לעתים על תקופת האכשרה במסגרת הסל המשלים כדי למשוך אליהן מבוטחים לסל הבסיסי.

הרובד השני: מתוך הממצאים עולה שמודל התחרות המנוהלת, שהגביל את התחרות בין קופות החולים במסגרת הרובד הראשון, הוביל למעשה ליצירת האפשרות לקופות להתחרות ביניהן על הרכב הסל המשלים והפרמיה הנגבית עבורו במסגרת הרובד השני (ברמלי-גרינברג וגרוס, 1999, עמ' 2). כך שהשב"ן משמש כלי להגברת התחרות בין הקופות. מנהלים בכירים בקופות החולים השונות רואים בחיוב תחרות זו, ומציינים שהשב"ן הוא אחד הכלים היחידים המאפשרים תחרות בין הקופות לאחר החקיקה.

המורכבות של התחרות גדולה אף יותר. כיוון שהקופות הן גם ספקיות של שירותי הבריאות בקהילה ושל חלק נרחב מהרפואה השלישונית וגם הספקיות העיקריות של שב"ן, יש בעיה של בעלות זהה על שני סלים בשני הרבדים (עמדת הר"י [ההסתדרות הרפואית], ועדת אמוראי, 2002, עמ' 90). במצב זה מתאפשר לקופות להשפיע על מטופלים בסיכון נמוך לבחור בהן דרך פיתוח השירות הרפואי שאותו הן מספקות בעצמן, הן במסגרת הסל הציבורי והן במסגרת שב"ן. בפועל הבעיה העיקרית של סוגיית התחרות במודל הרבדים, כפי שהוצגה גם במסגרת הראיונות, היא שהסל המשלים (שב"ן) מסיט את התחרות בין הקופות על הסל הבסיסי.

מכאן שיש לבדוק את נושא הבעלות על הסל המשלים – האם נכון שקופות החולים המספקות את הסל הבסיסי יהיו גם ספקיות הסל המשלים במסגרת הרובד השני? בעלות זו פוגעת למעשה במידת התחרות (המצומצמת ממילא כאמור) על הסל הבסיסי ומכאן שפוגעת ברוח החוק ובמטרותיו. זאת ועוד, תחרות נטושה גם, כפי שציין מנהל בכיר במכבי שירותי בריאות, בין הקופות לחברות הביטוח: "היום יש תחרות בשירות, אך לא

מספקת, בעיקר בתחומים שהם על הגבול בין מה שהחוק מכסה או לא מכסה על ידי האפשרות שלקופות יש צאצא לא חוקי מהצד בצורת קשר עם חברת ביטוח שמנסה לתת ביטוח משלים למה שלא מכוסה על ידי הקופות.”

כדי להוסיף ולהגביר את התחרות במסגרת רובד זה, ייתכן שיש לשקול לאפשר למבוטח בקופה אחת לקנות את הסל המשלים של קופה אחרת, כלומר לא להגביל את קניית הסל לחבר אותה קופה בלבד.

הרובד השלישי: שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים הוא שוק חופשי הפועל על פי עקרונות התחרות החופשית – תחרות בין חברות הביטוח על מגוון פוליסות ביטוח הבריאות המוצעות בשוק. לא נמצאה התנגדות לשוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בספרות או אצל המרואיינים. בספרות (ברמלי-גרינברג וגרוס, 2003) אף צוין צד חיובי של התחרות – מערכת הביטוחים הפרטיים מעודדת את התחרות במערכת הבריאות כולה ויכולה להביא לשיפור באיכות השירותים וביעילות אספקתם. כן הועלתה שאלת התחרות בין קופות החולים לחברות הביטוח ויחסי הגומלין ביניהן. המרואיינים תיארו את יחסי הגומלין בין הביטוח הציבורי לפרטי כתחרות בין הקופות לחברות הביטוח על ציבור המבוטחים וניצול הביטוח הציבורי בידי הביטוח הפרטי.

הנתונים מראים שנכון לשנת 2009 היו 32% מהמבוטחים בעלי שני סוגי הביטוח (שב"ן ופרטי) (ברמלי-גרינברג, גרוס ועקיבא, 2009). ל-35% מהמבוטחים יש ביטוח פרטי, ומכאן שלרוב האנשים בעלי ביטוח פרטי יש גם שב"ן (73%). ניתן לומר שהמבוטחים רואים בשני סוגי הביטוח שני מוצרים נפרדים, ואלה שיכולים לעמוד בהוצאות רוכשים תוכניות משני הסוגים, ומכאן למעשה יש תחרות ביניהם. ייתכן גם שנתונים אלה נובעים מכך שאין הציבור יודע את זכויותיו. מבוטח שברשותו שני סוגי הביטוח בעת תביעה לא יקבל את מלוא התמורה שמגיעה לו מכל אחת מהתוכניות שהוא משלם פרמיה עבורה. מכאן שיש תופעה של כפל ביטוח המובילה לבזבוז משאבים ולא יעילות (ברמלי-גרינברג וגרוס, 2003). בעיה אחרת שיוצר כפל הביטוח, לטענת המרואיינים, היא ניצול המערכת הציבורית בידי חברות הביטוח הפרטיות. כיוון שאין הפוליסות משלימות זו את זו, אלא חופפות זו לזו ואין ביניהן אינטגרציה, ניתן לתבוע רק פוליסה אחת בעת הצורך. כך קורה שחברות הביטוח מפנות את המבוטחים לביצוע פרוצדורות מסוימות במסגרת שב"ן, ומבטיחות להם פיצוי מחברת הביטוח על אי תביעתה. במקרה זה התחרות אינה הוגנת. קופות החולים לא יכולות להתחרות בחברות הביטוח ולהבטיח פיצוי גם הן.

### שילוב בין המגזר הפרטי למגזר הציבורי

במסגרת הראיונות עלתה פעמים אחדות סוגיית השילוב בין המגזר הפרטי למגזר הציבורי. בניתוח מערכת בריאות נהוג להבחין בין המגזרים על פי שני מרכיבים מרכזיים: ההוצאות לאספקת שירותי הבריאות והמקורות למימון הוצאה זו (מקורות מימון ציבוריים ופרטיים) (בן-נון, ברלוביץ ושני, 2005, עמ' 88-106). אחת ההתלבטויות העיקריות שעלתה בספרות (גרוס וברמלי, 1997, עמ' 47-57) ובראיונות היא בדבר הקשר הרצוי בין שני המגזרים. העמדות מתחלקות לשתיים: תומכי ההפרדה ומחייבי השילוב. העמדה העקרונית של תומכי ההפרדה בין המגזר הפרטי למגזר הציבורי היא שכדי להרחיב את השוויון במגזר הציבורי, יש צורך בהפרדה מוחלטת בינו לבין הפרטי במימון השירותים ובאספקתם. מחייבי השילוב, לעומתם, רואים יתרון בכך שהוא מאפשר נגישות רבה יותר של כלל האוכלוסייה לשירותים הפרטיים, ומבחינה זו תורם ליתר שוויון. השילוב, מנקודת מבטם, מאפשר לאוכלוסיות רחבות יותר (ולא רק לבעלי ההכנסה הגבוהה) לקבל שירות משופר במסגרת ציבורית, שכן הם נדרשים לשלם רק את התוספת (השיפור בשירות) ולא את השירות כולו, ועל כן שירותי הבריאות הנוספים דווקא תורמים ליתר שוויון במובן הרחב של המלה.

בחלק זה יוצג השילוב בין המגזר הפרטי למגזר הציבורי בכל רובד בנפרד ומידת השפעתו על יחסי הגומלין בין הרבדים השונים.

הרובד הראשון: ברובד זה תמהיל ספקי השירות הוא ציבורי ברובו, ומיעוטו פרטי.<sup>8</sup> הספקים הם מוסדות ציבוריים כמו משרד הבריאות, ארבע קופות החולים ומוסדות אחרים ללא כוונת רווח (בתי חולים ציבוריים כמו הדסה עין כרם, שערי צדק). המגזר הפרטי מספק מגוון רחב של שירותי בריאות, שמיומנם יכול להגיע ממכירת שירותים למגזר הציבורי (הממשלה או קופות החולים). תמהיל המימון ברובד זה ציבורי בעיקרו, וחלק קטן ממנו פרטי. שני מקורות המימון העיקריים הם דמי ביטוח בריאות והשתתפות תקציב המדינה במימון ההוצאה הלאומית לבריאות. המימון הפרטי הוא תשלומים עבור שירותי הבריאות שמספק הסל הבסיסי, הכוללים תשלום עבור תרופות, אגרת ביקור אצל רופא מקצועי, ביקורים בחדר מיון וכו', כמו גם תשלומים עבור שירותי בריאות באחריות משרד הבריאות, כמו אגרת בריאות לתלמיד ואגרת טיפול בתחנות לבריאות המשפחה וכו' (להרחבה ראו בן-נון, ברלוביץ ושני, 2005).

הבעיה ברובד זה היא המימון הפרטי באמצעות השתתפויות עצמיות של המבוטחים בעת קבלת השירות. כל המרואיינים ללא יוצא מן הכלל מתנגדים לתשלום נוסף בעת קבלת שירות, ולדעתם התשלום מנוגד לעקרון האוניברסליות שעליו מבוסס חב"ם. יש לכך

8 במאמר זה לא הוצגה התייחסות לכוונה להקים קופת חולים חמישית. ראו פילק, 2004.

תמיכה גם בספרות (כנס ים המלח הרביעי, 2003, עמ' 29-33). זאת ועוד, תשלומים אלה כבר מזמן אינם בבחינת מס סמלי שבא למנוע צריכת יתר, אלא מהווים מקור מרכזי למימון הסל, המהווה חלופה למימון הממשלתי, ועל כך התרעומת (גרוס, 2007). התשלומים הנוהגים במערכת הציבורית משפיעים בעיקר על האוכלוסיות ברמות הכנסה נמוכות. הם נועדו להגדיל את הכנסות המערכת הציבורית ולהחליף מקורות מימון ציבוריים (תקציב המדינה) במקורות מימון פרטיים. עוד הם נועדו לצמצם ביקושים עודפים ואת תופעת הסיכון המוסרי – השימוש העודף בשירות שניתן בחינם.

הרובד השני: מנהל בכיר במשרד האוצר הגדיר את שב"ן כ"יצור כלאיים משונה. מצד אחד [הוא] יושב על רובד פרטי של ההוצאה הלאומית לבריאות, ומצד שני ניתן ומסופק על ידי הקופות, שהן גוף ציבורי, במתכונת שאיננה ביטוחית, חסרת חיתום ביטוחי, אלא מעין ביטוח קבוצתי גדול". הגדרה זו של שב"ן מדגישה את תמהיל אספקת השירותים ברובד זה, שהוא ציבורי ופרטי כאחד. שילוב זה בא לידי ביטוי בכך שהמבטחות הן קופות החולים שהן גופים ציבוריים וגם ספקיות השירותים, ומצטרפים אליהן ספקי שירותים פרטיים המוכרים להן את שירותיהם. מימון השירותים ברובד זה הוא פרטי לחלוטין.

המרוויינים חלוקים ביניהם בנוגע לשילוב בין המגזר הפרטי לציבורי. אחת השאלות המרכזיות היתה מהי מידת ההפרדה הנדרשת ואם ברובד זה המשלב בין המגזר הפרטי לציבורי יש צורך בהפרדה מוחלטת בכל הנוגע לשירותים שמספקות קופות החולים בין הסל הבסיסי לשירותי הבריאות הנוספים. בהקשר זה אמר אחד ממנהליה הבכירים של הכללית: "מתבצעת פעולה של הגלשת פעולות שהן בסל הבסיסי באמצעות השב"ן, וכך הפעולות נגרעות מהסל הבסיסי". רוב המרוויינים טענו שמצב זה של שילוב בין פרטי לציבורי אינו מקובל עליהם, והבעיה העיקרית היא הבעלות על שב"ן. המרוויינים טענו שיש ניגוד עניינים בכך שהקופות המספקות את השירותים במסגרת הסל הבסיסי הן המבטחות ומספקות את השירותים בסל המשלים, ושאלו אם השב"ן צריך להיות בידי קופות החולים או בידי חברות הביטוח הפרטיות. יש שתי עמדות ביחס לבעלות על השב"ן וההפרדה בין המגזר הפרטי לציבורי ([www.ima.org.il](http://www.ima.org.il)). עמדה אחת גורסת שאין לשלב רפואה פרטית עם רפואה ציבורית, ולפיכך רק המערכת הפרטית, כלומר חברות הביטוח, יכולה לעסוק בשירותי רפואה נוספים באמצעות ביטוח בריאות משלים. מייצג אותה המפקח על הביטוח מאז חקיקת חב"ב"ם. חלק מהמצדדים בה טוענים (צ'רניחובסקי, 1996) שכל אפשרות לשירות נוסף ובפרט לשר"פ במימון פרטי שניתן בתוך מערכת ממומנת בידי הציבור, בידי אותם מבטחים ובפרט אותם נותני שירותים, כל אפשרות כזו שומטת את הקרקע מתחת לרעיון בסיסי זה. העמדה האחרת גורסת שיש לאפשר למערכת הציבורית להעניק גם שירותים פרטיים. מדובר בכך שקופות החולים יעניקו שירותי בריאות נוספים. זאת העמדה שקיבל המחוקק ואשר קבעה שקופות החולים

רשאיות, במגבלות שנקבעו, להעניק שב"ן. העקרונות שהובילו לביסוס עמדה זו, כגון מקסום התשתיות הקיימות, הפניית חלק מהכספים מהאפיק הפרטי לאפיק הציבורי, זהים לעקרונות של שר"פ בבתי החולים הציבוריים (להרחבה ראו בן-נון, ברלוביץ ושני 2005, עמ' 88-106).

הרובד השלישי: ברובד זה אספקת השירותים ומימנם הם פרטיים לחלוטין, ואין שילוב ישיר בין המגזר הפרטי לציבורי. ואולם ניתן למצוא שילוב לא ישיר, לא מוצהר ולא מוסדר בין הרובד השלישי לשני, הבא לידי ביטוי בתופעת כפל הביטוח המובילה, כאמור, לבזבוז משאבים, לאי יעילות במערכת וכן לניצול של המערכת הציבורית בידי הפרטית. ידוע ש-27% מהאוכלוסייה מחזיקים את שני סוגי הביטוחים – שב"ן ופרטי (ברמלי-גרינברג וגרוס, 2006). לעתים קרובות נוצר מצב שבו מבוטח תובע את הקופה במסגרת הרובד השני ומקבל פיצוי על כך מהפוליסה הפרטית במסגרת הרובד השלישי. זוהי דוגמה לשילוב לא ישיר בין הרבדים, המוביל לכפל ביטוח. יש הרואים ברובד הפרטי רובד שבו הציבור מבטא את רצונותיו והעדפותיו באמצעות בחירה חופשית (הנתונה לבעלי היכולת). הציבור זכאי להוציא את כספו כראות עיניו, הם אומרים, ולכן לא נדרשת התערבות המדינה בצמצום פערים ובהשגת שוויון (כנס ים המלח הרביעי, 2003, עמ' 33). טענה זו מאפיינת את אלה המאמינים שיש להנהיג שוויון רק במערכת הציבורית.

כפי שנהוג גם באירופה, לצדן של מערכות בריאות ציבוריות פועלים ביטוחים נוספים פרטיים. קיומם של שני סוגי הביטוח, זה לצד זה, מבטיח רמת בריאות בסיסית לכל האזרחים, והביטוחים הנוספים מאפשרים ליחידים בחברה לרכוש לעצמם עוד ביטוח העונה על צורכיהם הנוספים (קיי, 2003). זוהי דרך אפשרית להתמודד עם הערך של טובת הכלל מול הערך של טובת הפרט. מרואיינים המייצגים את המגזר הפרטי אפיינו רובד זה כרובד פרטי לחלוטין, הפועל על פי חוקי השוק החופשי, כשמטרתו לתת למבוטחים שירות ייחודי מעבר למה שהמדינה נותנת ולבעלי המניות של חברות הביטוח רווחים. מנגד ציינו מרואיינים מקופות החולים ואיגודים חברתיים שונים שהרובד השלישי תורם לשחיקה בשוויוניות ולהגדלת פערים באמצעות סלקציה ואפליה וחישובים אקטואריים המאפיינים פוליסות פרטיות בניגוד לשב"ן.

### תפקיד המדינה במודל ביטוח הבריאות

תפקיד המדינה ותחומי האחריות שלה עלו בראינות כסוגיה מרכזית. תפקידה, כפי שמתחוויר מתוכם, הוא הסדרה ורגולציה מזה ובקרה ופיקוח על המודל מזה, בעיקר בהקשר של שלוש הסוגיות שדנו בהן: השוויוניות, התחרות והשילוב בין המגזר הפרטי לציבורי. במערכת הבריאות בכלל ובמודל ביטוח הבריאות בפרט מצויים מספר כשלי שוק, כגון מחסור במידע או א-סימטריה בין יצרן לצרכן שירותי הבריאות. כשלי השוק

במערכות הבריאות ותוצאותיהם (הן ברמת ההוצאה והן ברמת התוצאה) הם המניע המרכזי להתערבות המדינה בדרכים שונות בהסדרת פעילותן של אלה. יש למצוא את המינון והאיזון הנכון שבין מנגנון השוק להתערבות המדינה כדי לשמור על עקרונות כמו סולידריות ועזרה הדדית. לא ניתן להשאיר את פעילות השוק ללא הסדרה, כי אז יבואו לידי ביטוי כשלי שוק הבריאות. התערבות המדינה נועדה לתקן את כשלי השוק (כנס ים המלח השישי, 2005, עמ' 9-11).

בחלק זה תוצג מידת התערבות המדינה בכל אחד מהרבדים וההתלבטות הכרוכה בה.

הרובד הראשון: עם חקיקת חבב"ם הוגבלו הקופות בפעולתן, ונלקחה מהן הסמכות לקבוע את הרכב סל השירותים והפרמיה הנגבית עבורו. המרואיינים ראו במהלך זה הלאמה של הקופות,<sup>9</sup> שהיתה מיותרת בעיניהם והובילה ליתר ריכוזיות במערכת. היא גם מהווה לדעתם את אחד החסרונות של רובד זה, משום שבעקבותיה קטנה גמישות הקופות, וניטלה מהן הסמכות והיכולת להפעיל שיקול דעת,<sup>10</sup> כיוון שהכול מוכתב ועובר דרך שרי הבריאות האוצר. עוד הם טענו שבעקבות ההלאמה נותק הקשר בין הגבייה למתן השירות. ניתוק זה משרת אמנם ערכים אידיאולוגיים, אבל הוא גרם לאדישות הקופה כלפי לקוחותיה ועל כן פוגע באיכות השירות. בה בעת טענו חלק מהמרואיינים, שתפקיד המדינה להבטיח את בריאות תושביה, וזו גם אחת ממטרות הרובד הראשון, וחבב"ם העניק למעשה ביטוח ציבורי אוניברסלי הנמצא באחריות המדינה. עוד צוין שמדובר בתפיסת עולם חברתית, ועל פיה המדינה רואה בהבטחת שירותי בריאות ברמה טובה מאוד אחריות ישירה שלה, וכי רק באמצעות התערבותה של המדינה ניתן לקדם ערכים כמו שוויוניות וסולידריות, הבאים לידי ביטוי בחוק. בהקשר זה לא ניתן לצפות מחברות הביטוח הפועלות מתוך שיקולים מסחריים שיקדמו רעיונות וערכים חברתיים. מטרות העיקרית היא להרוויח כסף, והרבה. אם כן, ניתן לסכם שכדי להבטיח שירותי בריאות טובים דיים, נדרש שהמדינה תתערב ביישום ובשמירה על עקרונות חבב"ם ובהסדרת פעילות הקופות. ההתלבטות היא בנוגע למידת ההתערבות.

הרובד השני: שירותי הבריאות הנוספים נמצאים תחת פיקוחה של היחידה לפיקוח על קופות החולים והשב"ן שבמשרד הבריאות. במסגרת הרובד השני עלה נושא התערבותה ופיקוחה של המדינה בעיקר לצורך הסדרת השילוב בין המגזר הפרטי לציבורי. לדעת המרואיינים יש להציב גבולות ברורים, חומה סינית כפי שהגדירו זאת, בין הסל הבסיסי לסל הנוסף. הפיקוח, לדעתם, צריך להיות, הן על תוכן הסלים והן על מקורות המימון,

9 נציגי קופות החולים הם נושאי הדגל של הטענה שקופות החולים הולאמו עם חקיקת חבב"ם. ניתן לייחס את ההלאמה גם למשרד האוצר ולא רק למשרד הבריאות.

10 בפועל הקופות מפעילות שיקול דעת, לעתים בניגוד לחוק ולפרשנות משרד הבריאות, כפי שהוצגו בדו"חות הנציבה לעניין החוק ופסקי דין של בתי הדין לעבודה.

וזאת כדי לטפל בבעיות הזליגה של הכספים/המקורות ושל השירותים, כדי למנוע את שחיקת הסל הבסיסי ואת הגדלת הפערים וחוסר השוויוניות.

גם ברובד זה יש התלבטות בדבר מידת ההתערבות. מצד אחד ציינו המרואיינים את הצורך להגביר את הפיקוח בנושא זליגת המקורות והשירותים בין הסל הבסיסי לשב"ן וליצור משק סגור ללא זליגה. מנהלים בכירים באוצר הדגישו שנדרשת רמת פיקוח הדוקה על שב"ן ועל כך שמסגרת זו לא תגדל. ומצד אחר היו מרואיינים שטענו, שהפיקוח של המפקח על קופות החולים והשב"ן במשרד הבריאות על תקנוני הקופות במסגרת השב"ן הוא פיקוח הדוק מדי.

שאלה אחרת בעניין ההתערבות וההסדרה היתה מי למעשה צריך לבצע זאת – משרד הבריאות או משרד האוצר. כאן נכנסות סוגיות הקשורות ליחסי הכוחות בין משרדי הממשלה השונים, ויש בכך כדי להשפיע על יחסי המדינה עם קופות החולים, על מידת הלחץ שיופעל עליהן ועל המידה שבה ייאלצו לאמץ את תכתיבי האוצר. התשובה לשאלה זו תלויה גם בשאלה בידי מי צריכה להיות הבעלות על השב"ן, בידי קופות החולים או בידי חברות הביטוח. התומכים בהעברתה לידי חברות הביטוח חושבים שיש להעביר את הפיקוח לידי משרד האוצר; שינוי זה יוביל לפיקוח הדוק על שירותי הבריאות במסגרת הביטוחים המשלימים וליצירת תנאים לכך שהתפתחות שוק הביטוחים המשלימים לא תפגע במערכת הציבורית, כלומר בנגישות סבירה לשירותי בריאות באיכות סבירה לכלל האוכלוסייה (דו"ח הר"י, מערכת הבריאות הציבורית ומעמד הרופא בה, 2002, עמ' 93).

הרובד השלישי: פוליסות ביטוח הבריאות הפרטיות נמצאות תחת פיקוחו של המפקח על הביטוח במשרד האוצר, הבוחן את הוגנותן ואת היציבות הפיננסית של חברות הביטוח (ברמלי-גריןברג וגרוס, 1999). לדעת המרואיינים תפקידה של המדינה לדאוג לתחרות הוגנת, להסדרת הממשקים ויחסי הגומלין בין הרובד השני לשלישי וליצירת האינטגרציה בין הרבדים, וזאת כדי למנוע מצב של כפל ביטוח, ניצול של המערכת הציבורית ופגיעה בסל הבסיסי, כפי שהוזכר קודם לכן. התערבות של המדינה דרושה גם בכל הקשור להפצת מידע למבוטחים, כדי לחדד את השקיפות של רובד זה ולהרחיב את המידע שבידי הציבור, כך שיוכל לבחור באופן מושכל. המרואיינים ציינו שיש צורך ליצור הפרדה ברורה בין המגזר הפרטי לציבורי באמצעות התערבות המדינה, כי יש סכנה ששיקולי המערכת הפרטית, שיקולים של עשיית רווח וכסף, ידחקו הצדה שיקולים חברתיים ציבוריים. עוד טענו המרואיינים שיש צורך להסדיר את ההפרדה בין הרבדים ומה שהם מספקים – על פוליסות ביטוח בריאות פרטיות להתרכז בתחלואה ייחודית, במקרים יוצאי דופן (הנקראים קטסטרופות), במוצרי מותרות ובפיצוי שנאסר על הקופות לתת, וכך תקטן ואף תימנע מידת הניצול של המערכת הציבורית. לעומתם טענו מרואיינים אחרים, שבזמן האחרון הוגבר הפיקוח על חברות הביטוח בכלל ופוליסות ביטוח הבריאות בפרט, והתחרות הולכת ונהיית חופשית פחות ופחות. ואולם אם נסתכל על התמונה הכוללת,



נראה שמדובר בתהליך שמראה על התגברות ערך האחוריות החברתית מצד המפקח על הביטוח במשרד האוצר. הסוגיות המרכזיות הנידונות במערכת הבריאות בישראל בכל אחד מהרבדים מוצגות בלוח 3.

## לוח 3

## הסוגיות המרכזיות הנידונות במודל ביטוח הבריאות הישראלי

רובד ראשון	רובד שני	רובד שלישי	
ערך מרכזי פגיעה באמצעות השתתפות עצמית, קפיטציה ושחיקת הסל מידת נגישות וזמינות תחרות מנוהלת, מוגבלת מבוססת על איכות השירות מידת הריכוזיות ומעורבות הממשלה	ביטוח סוציאלי מול עסק כלכלי הגדרת גבולות בין הסלים קידום אל מול שחיקה (ה"ע ומידת נגישות) כלי להגברת התחרות והסתתה מהסל הבסיסי בעיית בעלות הסל	הגדלת פערים ושחיקה בשוויוניות הרחבת השירותים אל מול אחריות המדינה מידת הזמינות תחרות חופשית שיפור איכות השירותים ויעילות אספקתם בכל מערכת הבריאות כפל ביטוח פרטי טהור כפל ביטוח וניצול מערכת ציבורית	שוויוניות תחרות
שירותים ציבוריים עם מימון ציבורי ופרטי (ה"ע)	יצור כלאיים – מבטח ציבורי מספק שירות פרטי מידת ההפרדה	תחרות הוגנת הסדרת ממשקים ויצירת אינטגרציה בין הרבדים הפצת מידע (שקיפות)	שילוב בין פרטי לציבורי תפקיד המדינה
הסדרה ורגלוציה אל מול בקרה ופיקוח קידום האידיאולוגיה	הסדרת השילוב בין הפרטי לציבורי והצבת גבולות		

מתוך הממצאים עולה שיש נושאים הדורשים הסדרה והתערבות של המדינה במודל הרבדים: קידום השוויוניות ומניעת שחיקתה עד כדי הגדלת הפערים בקרב האוכלוסייה; הבטחת תחרות הוגנת בין חברות הביטוח לקופות החולים (ברמלי-גרינברג וגרוס, 2001), כאשר הפצת מידע למבוטחים היא כלי מרכזי לשם כך ולהגברת השקיפות במודל כולו. מידע יכול לסייע לאנשים בהחלטתם על רכישת ביטוח, ללמד את המבוטחים על זכויותיהם, כך שיוכלו לבחור באופן מושכל ולמצות את המגיע להם לפי הפוליסה שרכשו ואף להקטין את כפל הביטוח שאחד ממקורותיו הוא חסך המידע בקרב הציבור (Fried & Gaydos, 2002). הסדרה נדרשת גם בהגדרת הרבדים השונים, תחומי האחוריות ויחסי הגומלין ביניהם. יש למצוא את המינון הנכון של ההסדרה בכל נושא שמצריך את התערבות המדינה, שכן הניסיון מלמד שהתערבות המדינה בשווקים מלווה במקרים רבים בבירוקרטיה, בבזבוז ובחוסר יעילות, ומתאפיינת לעתים באי רגישות להעדפות הצרכנים, באיטיות תגובה לסביבה משתנה ולעתים גם בפוליטיזציה ובהנצחת מוקדי כוח. אל מול

כשלי השוק המצדיקים את התערבות המדינה מצויים גם כשלי ההתערבות של המדינה (כנס ים המלח השישי, 2005).

## סיכום

חב"ם הוביל למיסוד מודל ביטוח הבריאות הפלורליסטי בדמות מודל הרבדים תוך שינוי עקרונותיו ומאפייניו.

השינוי שחולל חב"ם התאפשר, משום שלא היה שינוי קיצוני בהרכב הקיים של השחקנים; כלומר: חב"ם נתפר בהתאם לקיים, ולדעת המרואיינים לא היה נחקק אילולא שמר על המבנה הקיים, וכך הונצחה ההיסטוריה.

המיסוד יצר מסגרת לשלושה רבדים שונים – רובד ציבורי, רובד משולב ורובד פרטי. שילוב שלוש הרבדים גם יחד והרצון לשמור על השוויוניות כמו גם הרצון בתחרות ובבחירה חופשית מייצגים את קשת הדעות והעמדות, הבאות לידי ביטוי בחברה שבה התפתח המודל, ותורמים ליחודיותו. גם מגמות פוליטיות, שינויים סוציו-דמוגרפיים, אירועים היסטוריים ומאפיינים תרבותיים וחברתיים תרמו לעיצוב מודל הרבדים, כפי שהוא קיים היום. דעות המרואיינים בנוגע למבנה המודל ועד כמה הוא רצוי בעיקר בנושא השב"ן חלוקות – האם להשאירו כפי שהוא או לאחדו עם הסל הבסיסי וליצור מודל המורכב משני רבדים בלבד כפי שנהוג במדינות אחרות בעולם? (ראו קיי ורוטר, 2001)

הסוגיות המרכזיות הנידונות במודל הרבדים הישראלי, כפי שעולה מהממצאים הן השוויוניות, התחרות, השילוב בין המגזר הפרטי למגזר הציבורי ותפקיד המדינה. סוגיות אלו הן הסוגיות שבהן יש להתחשב בעת תהליך קבלת ההחלטות וקביעת המדיניות. סוגיות אלה קשורות זו בזו, משתלבות זו בזו ומשפיעות זו על זו. לדוגמה: הרצון להגביר את התחרות בין קופות החולים ומנגד הצורך בהסדרה ובפיקוח המדינה על פעילותן; הרצון לקדם את השוויוניות ומנגד הרצון להגביר את התחרות ברובד השני, המוביל לשחיקה בשוויוניות. מכאן עולה ששינוי בתחום אחד משפיע על התחום האחר, כך שככל הנראה לא ניתן לטפל בה בעת בבעיות בכל התחומים, ויש לשמור על שיווי משקל ביניהם.

מניתוח הזיקה ויחסי הגומלין בין השחקנים, הערכים והעקרונות המרכיבים את מודל ביטוח הבריאות הישראלי עולה שניתן לדמות אותו למרצדת (מובייל), המורכבת ממרכיבים שונים (ערכים ועקרונות); משיכה של מרכיב אחד משפיעה מיד על מרכיב אחר. וכך כמו בכלים שלובים, יותר שוויוניות תוביל למעורבות גדולה יותר של המדינה,

יותר נגישות וזמינות יובילו לעלייה בהוצאה הפרטית לבריאות וכו'. ניתן להרחיב ולדמות שהמרצדת בנויה משתי קומות: הקומה העליונה מורכבת מהשחקנים השונים ומיחסי הגומלין ביניהם והאינטרסים השונים המובילים אותם, המשפיעים על המודל, והקומה התחתונה מורכבת מהערכים ומהעקרונות שעל פיהם פועל המודל. ומכאן הקומה העליונה משפיעה על הקומה התחתונה. לדוגמה: משרד האוצר, שהוא יותר דומיננטי ממשרד הבריאות שכוחו נשחק, מעוניין להגביר את התחרות על הסל הנוסף, ומכאן תחול שחיקה בשוויוניות. ומנגד הגברת השוויוניות תוביל למעורבות גדולה יותר של המדינה, ושיווי המשקל הקיים יופר.

לפיכך, במודל הרבדים, שינוי בעמדות השחקנים, בכוחם ובאינטרסים שהם מייצגים מצד אחד ושינוי במשקל הערכים והעקרונות השונים מצד אחר עלולים להפר את שיווי המשקל הקיים. אלמנט המרצדת קיים גם במודלים אחרים בעולם, אך ההרכב, מידת הגמישות ושיווי המשקל שלהם שונים.

חשוב לזכור שרואיינו מנהלים בכירים רבים במערכת הבריאות ומחוצה לה, האחראים לקביעת מדיניות הבריאות וגם ליישומה, ומכאן שיש חשיבות רבה לממצאים. המנהלים הבכירים שרואיינו הם בעלי ותק וניסיון רב במערכת הבריאות ומכירים אותה על בוריה, מעורים היטב בנעשה בה ובאינטרסים השונים המלווים אותה לאורך השנים, וחלקם אף מילאו מספר תפקידים לאורכה ולרוחבה. לכן הסוגיות המרכזיות שהם העלו – השוויוניות, התחרות, השילוב בין המגזר הפרטי לציבורי ותפקיד המדינה – הן ככל הנראה הסוגיות העיקריות שעל המערכת להתמודד עמן, ועל כן חשוב להעלותן לדיון ציבורי.

לסיכום: מתוך הראיונות עולה שמודל שלושת הרבדים הישראלי מהווה מענה מיטבי לציפיות הציבור ומנסה לתת את מרב השירות בתקציב ובתנאים הקיימים, תוך שמירת שיווי המשקל בין כל המרכיבים בדומה למרצדת. עם זאת, יש שאיפה לשיפור המודל, בפרט בהיבטים של מציאת איזון טוב יותר בין השאיפה לשוויוניות ולהקטנת הפערים לפחות במסגרת הרובד הראשון, הממלכתי (חשוב לזכור שנכון להיום במדינת ישראל יש תושבים שאין ביכולתם לרכוש תרופות או לבקר אצל רופא מומחה כי ידם אינה משגת), והשאיפה לתחרות ולבחירה חופשית והקטנת מעורבות המדינה ברבדים האחרים.

---

## מקורות

---

אבן-שושן, א' (2004). מילון אבן שושן המרוכז, המילון החדש בע"מ.

- אנגלצ'ין-ניסן, א' (2005). קופות חולים בישראל ונוסחת הקפיטציה: ריכוזיות, נגישות מרחבית ושביעות רצון. מחקר לשם מילוי חלקי של הדרישות לקבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר-שבע, חשון, תשס"ט.
- בן-נון, ג', ברלוביץ, י' ושני, מ' (2005). מערכת הבריאות בישראל. תל אביב: משרד הביטחון – ההוצאה לאור.
- בן-נון, ג' ועופר, ג' (2006). עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2005. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- בן-נון, ג' וקידר, נ' (2007). השוואות בינלאומיות במערכות בריאות: ארצות OECD וישראל 1970-2005. משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, ירושלים, חשון, תשס"ח.
- ברמלי-גרינברג, ש' וגרוס, ר' (1999). ביטוח בריאות משלים ומסחרי, 1998: תמורות במדיניות, תמורות פיננסיות והתנהגות צרכנים. דמ-349-99, ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברמלי-גרינברג, ש' וגרוס, ר' (2003). שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל, 2001. דמ-403-03, ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברמלי-גרינברג, ש', גרוס, ר', יאיר, י' ועקיבא, א' (2009). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשנים קודמות. דמ-541-09, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרונוא, ר' (2001). הרפורמה במערכת הבריאות: עבר ועתיד, נייר עמדה 29, הכנס הכלכלי התשיעי/יוני 2001. המכון הישראלי לדמוקרטיה, אוקטובר 2002, ירושלים.
- גרוס, ר' (1999). הסתגלות של ארגונים לסביבה משתנה: תגובות קופות חולים בישראל לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. חיבור לשם קבלת התואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן.
- גרוס, ר' וברמלי, ש' (1997). חלופות לארגון שוק ביטוחי הבריאות המשלים והמסחרי בישראל בעקבות יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ביטחון סוציאלי, 50, 40-58.
- גרוס, ר', טבנקין, ח' וברמלי-גרינברג, ש' (2000). מה חושבים רופאים ראשוניים על מדיניות הבריאות של ישראל? הרפואה, 139 (א-ב), 1-8.
- גרוס, ר' וברמלי-גרינברג, ש' (2001). ביטוחי בריאות משלימים: תמורות במדיניות ובהתנהגות הצרכנים, ביטחון סוציאלי, 61, 154-171.

- גרוס, ר' וגרינברג-ברמלי, ש' (2001). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנים 1995, 1997, 1999. דמ- 01-362, ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר', ברמלי-גרינברג, ש' ומצליח, ר' (2007). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. דמ-07-487, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- דורון, א' (1985). מדינת הרווחה בעידן של תמורות. ירושלים: הוצאת מאגנס, האוניברסיטה העברית.
- הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בישראל (2001). דו"ח שהגישה ההסתדרות הרפואית בישראל לוועדה שמינה ראש ממשלת ישראל לבחינת הנושא (הספר הודפס ב-2002).
- הרפואה הציבורית בישראל ומעמד הרופא בה (2002). השלמות והתייחסויות לעמדות הצדדים, ההסתדרות הרפואית בישראל.
- הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בישראל (2001). דו"ח שהגישה ההסתדרות הרפואית בישראל לוועדה שמינה ראש ממשלת ישראל לבחינת הנושא.
- ועדת אמוראי (2002). הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, דין וחשבון.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ספר החוקים 1469, י"ז בתמוז התשנ"ד, מדינת ישראל. 1995, ירושלים.
- חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1997). ספר החוקים. ירושלים. מדינת ישראל. תשנ"ז-1997.
- חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי תקציב לשנת 1998). ספר החוקים. ירושלים. מדינת ישראל. תשנ"ח-1998.
- טופר-חבר טוב, ר' ורביד-ברזילי, ד' (2010), דו"ח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים של קופות החולים לשנת 2009. משרד הבריאות, נובמבר 2010, ירושלים.
- כנס המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות ושירותי בריאות, (2005). עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי - מצגות, הילטון - תל-אביב.
- כנס ים המלח הרביעי, (2003). פערים ואי-שוויון במערכת הבריאות: היבטים כלכליים, טיוטה לדיון ודוח סופי, 14-15 במאי 2003, המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות הבריאות.

- כנס ים המלח השישי 22-23 ביוני 2005, (2005). תחרות והסדרה במערכת הבריאות, המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות הבריאות.
- מילר, א' (1979). ביטוח בריאות – לקראת העתיד, בעיות נבחרות. ביטחון סוציאלי, 17, 63-79.
- נירל, נ', פלפל, ד', רוזן, ב', זמורה, ע', גרינשטיין, מ', זלצברג, ס' (2000). נגישות וזמינות שירותי הבריאות בדרום: האם בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי קטנו הפערים בין הדרום לאזורים אחרים בישראל? דמ-354-00, ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- פילק, ד' (2004). בריאות הופכת לסחורה – קופת חולים חמישית למטרות רווח, מרכז אדוה.
- צ'רניחובסקי, ד' (1996). סל וביטוח משלימים והרפורמה במערכת הבריאות הישראלית – סכנות והזדמנויות. ביטחון סוציאלי, 47, 32-47.
- קידר, נ', חורב, ט' (2010). חוק ביטוח בריאות ממלכתי – קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2009 אגף לכלכלה ומדיניות בריאות, משרד הבריאות.
- קיי, ר', רוטר, ר' (2001). ביטוחי בריאות נוספים בארצות אירופה והמערב - דילמות וכיוונים, דמ-366-01, ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- קיי, ר' (2003). השתתפות עצמית בשירותי בריאות. ביטחון סוציאלי, 64, 45-58.
- שלו, כ' (2003). בריאות, משפט וזכויות האדם, הוצאת רמות, אוניברסיטת תל-אביב.
- [aeyalgross.com/blog/?p=30156](http://aeyalgross.com/blog/?p=30156)
- Chinitz, P. D. (1994) Reforming the Israeli health care market, *Social Science and Medicine*, Vol. 39, No 10, pp.1447-1457.
- Cohen, R. (1986) *The Israeli health system : Power, politics and policie*. Ph.D. Dissertation Faculty Of Medicine, University of Toronto.
- Enthoven, A. (1993) The History and principles of managed competition. *Health Affairs*12, pp. 24-48.
- Fried, J. B. & Gaydos, M. L. (2002) *World health systems: Challenges and perspectives*. Health Administration Press, Chicago, Illinois. AUPHA Press, Washington, D.C.

Gross, R. & Harrison, M. (2001) Implementing managed competition in Israel, *Social Science & Medicine* 52, 1219-1231

Gross, R. & Harrison, M. (2006) Responses of Israeli HMOs to environmental change following the national health insurance law: Opening the black box. *Health Policy, Volume 76*, Issue 2, April 2006, Pages 213-232

Horev, T & Babad, M,Y. (2005) Healthcare reform implementation: Stakeholders and their roles – the Israeli experience, *Health Policy, 71*: 1-21

[www1.cbs.gov.il/reader](http://www1.cbs.gov.il/reader)

[www.euro.who.int/Document/E81826sum.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E81826sum.pdf)

[www.ima.org.il](http://www.ima.org.il)

[www.knesset.gov.il/lexicon/heb/hesderim.htm](http://www.knesset.gov.il/lexicon/heb/hesderim.htm)

## נספח 1

השוואה בין מאפייני שלושת הרבדים ב-10 קטגוריות<sup>11</sup>

ביטוחים פרטיים	שירותי בריאות נוספים	ביטוח בריאות ממלכתי	
חברות הביטוח הפרטיות	קופות החולים	המדינה	המבטח
35% מכלל האוכלוסייה	73% מהמבוטחים בקופות	100% (כיסוי כוללני)	הכיסוי
רשות	רשות	חובה	סוג הביטוח
ספקים פרטיים וציבוריים	קופות החולים + ספקים פרטיים וציבוריים	קופות החולים ומשרה"ב + ספקים ציבוריים ופרטיים	ספק השירותים
יש – סיכון אישי	אין	אין	החרגות
יש – הצהרת בריאות	אין	אין	חיתום
מוגדר בפוליסת הביטוח	משלים, לא אחיד, מוגדר בתקנון	בסיסי, אחיד ומוגדר בחוק	סל השירותים
בידי חברות הביטוח	בידי קופות החולים	באמצעות המוסד לביטוח לאומי	הגבייה
פרמיה לפי רמת הסיכון	תשלום לפי גיל בלבד	מס בריאות פרוגרסיבי (הכולל תקרה), כאחוז מההכנסה	המס
המפקח על הביטוח במשרד האוצר	היחידה לפיקוח על קופות החולים והשב"ן במשרד הבריאות	המדינה	פיקוח

11 שוורץ-אילן, שורץ וגרוס, בתוך בן-נון ועופר, 2006, עמ' 323, ברמלי-גרינברג, גרוס, יאיר ושפירא 2009.