



ביטוח פרטי מרצון בשירותי הרפואה בישראל

מוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות

**כתיבה: פרופ' דב צ'רניחובסקי – יועץ לוועדה
בשיתוף ד"ר שירלי אברמי – מנהלת שירותי מחקר
שרון סופר – ראש תחום חברה, מרכז מחקר ומידע
עריכה לשונית: "מערכת דברי הכנסת"**

**י"ד באב תשס"ד
1 באוגוסט 2004**

תוכן העניינים

<u>1</u>	<u>תמצית וקווים להצעת רפורמה בביטוח הבריאות המשלים</u>
<u>1</u>	<u>רקע</u>
<u>2</u>	<u>תמונת מצב</u>
<u>2</u>	<u>קווים להצעת רפורמה בביטוח הבריאות המשלים</u>
<u>5</u>	<u>1. מבוא</u>
<u>5</u>	<u>2. מהות הביטוח הפרטי בשירותי הרפואה</u>
<u>6</u>	<u>3. הסדרי הביטוח הפרטי בישראל</u>
<u>9</u>	<u>4. האוכלוסייה המבוטחת</u>
<u>12</u>	<u>5. ביטוחים פרטיים והוצאות ישירות של משקי הבית על שירותי רפואה</u>
<u>12</u>	<u>6. מימון פרטי במערכת הבריאות – מסגרת לדיון</u>
<u>13</u>	<u>חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ה-1995</u>
<u>15</u>	<u>הסדר הציבורי</u>
<u>19</u>	<u>7. סוגיות בתחום הסדר הציבורי</u>
<u>21</u>	<u>8. סוגיות בתחום השוויוניות</u>
<u>22</u>	<u>9. סוגיות בתחום חופש בחירה</u>
<u>23</u>	<u>10. סוגיות בתחומי בקרת הגידול בהוצאה לבריאות ויעילות המערכת</u>
<u>24</u>	<u>11. מקורות</u>

תמצית וקווים להצעת רפורמה בביטוח הבריאות המשלים

רקע

תושבי ישראל מבוטחים בביטוח בריאות ממלכתי, המעניק זכאות ל"סל שירותי בריאות בסיסי" הניתן בעיקרו באמצעות קופות-החולים. נוסף על ביטוח אוניברסלי זה, כיום יותר מ-75% מהאוכלוסייה בישראל מחזיקים בביטוח בריאות מרצון במימון פרטי. 20% מהציבור מבוטחים נוסף על הביטוח הממלכתי בשני סוגי ביטוח – ביטוח משלים באמצעות קופת-חולים וביטוח מסחרי באמצעות חברת ביטוח. כ-50% מאוכלוסייה בשני החמישונים התחתונים אינם מבוטחים בביטוח פרטי, לעומת 20% בלבד בשני החמישונים העליונים.

על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, למערכת הבריאות הציבורית בישראל יש שתי מטרות חברתיות-כלכליות מרכזיות: שוויוניות; שליטה על הגידול בהוצאות של הפרט ושל המדינה על שירותי הבריאות.

השוויוניות מושגת באמצעות מתן זכאות אוניברסלית, הבטחת נגישות לסל שירותי רפואה ומיסוי פרוגרסיבי למימון הסל. השליטה על הגידול בהוצאות מושגת באמצעות הגבלת השירותים העומדים לרשות האזרח – קביעת "סל בסיסי" והכפפת מערכת המימון למגבלות תקציב המדינה מתוך הסתייעות במנגנון הקפיטציה.

מימון מערכת הבריאות נסמך על מימון ציבורי ועל מימון פרטי. חלקו של המימון הפרטי באמצעות הביטוחים הפרטיים וההשתתפות של האזרח בתשלום גדל במידה ניכרת מאז נחקק החוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה), התשנ"ח-1998. המימון הפרטי החליף במידה מסוימת את הגידול הנדרש במימון הציבורי של המערכת. ההוצאה הפרטית על בריאות, בסדר גודל של 31% מסך ההוצאה הלאומית על בריאות, היא מהגבוהות בקרב המדינות שיש בהן זכאות אוניברסלית לשירותי רפואה. במקביל, חלה עלייה חדה למדי בהוצאה הלאומית לבריאות, וכיום היא עומדת על 46 מיליארד ש"ח – 8.8% מהתמ"ג.

מערכת הבריאות בישראל מתאפיינת בעירוב רב בין המסגרת הפרטית למסגרת הציבורית לעומת מדינות אחרות שיש בהן ביטוח אוניברסלי, הן מצד הגורם המבטח והן מצד נותן השירות. קופות-החולים פועלות במימון ציבורי ורשאיות להציע למבוטחיהן ביטוח משלים במימון פרטי, ואותם נותני שירות משרתים את הציבור הן במסגרת הזכאות הציבורית והן במימון פרטי. על אף החוקים והתקנות המחייבים הפרדה בין מתן השירות הפרטי לציבורי, בפועל השירות הרפואי ניתן במסגרות מעורבות.

אין חולק על כך שיש לאזרח בישראל זכות לרכוש שירותי רפואה במימון פרטי, ובכלל זה באמצעות ביטוח. לפיכך, הדיון בנושא הביטוחים הפרטיים מרצון אינו נסב על קיומם ועל זכות האזרח לרוכשם, אלא על צורת ארגונם והפעלתם במערכת הבריאות בכלל ובמערכת הציבורית בפרט. מימון וביטוח פרטיים לשירותי רפואה בישראל נבחנים אפוא בשני הקשרים זה בזה במידה רבה:

- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ה-1995;
- הסדר הציבורי.

תמונת מצב

1. ההתפתחויות במערכת הבריאות מאז 1998 פוגעות בעליל בנגישות לשירותי רפואה, ביכולת של המערכת לשלוט על הנטייה לגידול בלתי מבוקר בהוצאה הלאומית לבריאות ובשוויוניות בחברה הישראלית. הדבר מנוגד למטרות **חוק ביטוח בריאות ממלכתי**. לפגיעה בשוויוניות ובנגישות יש עלולות להיות השלכות על בריאות הציבור נוסף על השלכות חברתיות ישירות. גידול לא מרוסן בהוצאה הלאומית על בריאות, שמקורו בגידול במימון הפרטי, יכול לפגוע בצמיחה הכלכלית ובתעסוקה, כיוון שהוא מבטא ירידה בחיסכון לצד עלייה פוטנציאלית בעלויות עבודה, בלי תרומה ממשית לבריאות הציבור.
2. היסודות הביטוחיים הפיננסיים של מערכת הביטוחים המשלימים רעועים ופוגעים **בסדר הציבורי**, שכן הם מעמידים בסיכון את מערכת הביטוחים המשלימים של קופות-החולים בהעדר פיקוח ביטוחי נאות. נוכח הגבייה העודפת של קופות-החולים ורווחי החברות המסחריות בתחום ביטוח הבריאות מרצון, נראה שהפרמיות הגבוהות שהציבור משלם בגין ביטוחים אלו הן בלתי מוצדקות. הביטוחים הפרטיים, ובפרט הביטוחים המשלימים שמציעות קופות-החולים, מגדילים את הבלבול בציבור בדבר זכויותיו בכל סוגי הביטוח, ובכלל זה הביטוח הציבורי. העירוב של הציבורי והפרטי בביטוח באמצעות קופות-החולים מאפשר לממשלה לשחוק את מחויבותה במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. נוסף על כך, הוא פוגע ביכולתם וברצונם של קופות-החולים ונותני שירות אחרים המקבלים מימון ציבורי לתת שירות במסגרת הזכאות הציבורית. יתרה מזו, נפתח פתח לסבסוד של שירות פרטי באמצעות מימון ציבורי ושל קבוצות כלכליות-חברתיות כלכליות איתנות באמצעות קבוצות חלשות.
3. כנגד אלה זכה הציבור, לפחות לכאורה, לתוספת של שירותי רפואה ולהרחבת חופש הבחירה, המאפשר עדיפות בנגישות לשירותים אלו. חשוב לציין שיתרונה של העדיפות בנגישות מצטמצם ככל שגדל שיעור המחזיקים בביטוח הפרטי באוכלוסייה, כפי שקורה היום.

קווים להצעת רפורמה בביטוח הבריאות המשלים

כדי לאפשר את קיומה של מסגרת ביטוח במימון פרטי שלא תחליש את המערכת הציבורית ותפגע בשירותיה – המוענקים לבעלי ביטוח הפרטי ולחסרים אותו – **יש לשקול כמה שינויים במבנה הביטוחים המשלימים**.

להלן כמה הצעות המבוססות על העיקרון שהן מנסות לממש. אפשר ליישם הצעות אלו בהדרגה.

- **חופש בחירה מרבי לאזרח ועידוד תחרות במערכת הציבורית ובמערכת הפרטית**. אפשר ליישם עיקרון זה כך:
 - להגדיל את אפשרויות הבחירה של האזרח במסגרות הציבוריות הקיימות, בעיקר בתחום האשפוז, בלי הזדקקות למימון פרטי ובכללו ביטוח פרטי;
 - לתת לאזרח אפשרות לרכוש סל משלים בקופת-חולים לבחירתו, תהיה אשר תהיה קופת-החולים שבה הוא מבוטח במסגרת הסל הבסיסי;
 - לקצר את תקופת האכשרה בביטוח המשלים;

- להרחיב את מגוון התוכניות של הביטוחים המשלימים ולתת למבוטח אפשרות לבנות לעצמו "סל משלים" התואם את צרכיו מתוך כמה "תוכניות מדף" נתונות.
 - **נגישות שוויונית לשירותי רפואה במערכת הציבורית.** נגישות זו תתאפשר כך:
 - המדינה תסבסד את הביטוח משלים של קופות-החולים לאוכלוסיות החלשות החסרות ביטוח זה;
 - להפוך את הביטוח המשלים לחובה (גם צעד זה יחייב את המדינה לסבסד את האוכלוסיות החלשות);
 - לצמצם את האפשרות של מוסדות ועובדים במימון ציבורי לתת שירות במימון פרטי ואף למנוע אותה.
 - **מימון שוויוני לשירותי הבריאות.** אפשר לסייע למימוש עיקרון זה כך:
 - לבטל את השתתפות האזרח בתשלום עבור שירותי בריאות במערכת הציבורית;
 - להפוך את התשלום לביטוח משלים לתשלום חובה פרוגרסיבי, ובתוך כך לסבסד את השכבות החלשות כמוצע לעיל;
 - **בקרה על הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות.** אפשר לממש עיקרון זה כך:
 - להנהיג פיקוח הדוק על פרמיות של ביטוח פרטי מרצון;
 - לצמצם את האפשרות של מוסדות ועובדים במימון ציבורי לתת שירות במימון פרטי ואף למנוע אותה. כך יצטמצם ואף ייעלם התמריץ לנותני השירותים במסגרות ציבוריות לעודד ביקושים לשירות רפואי במימון פרטי.
- נוסף על העקרונות האלה, העלתה ועדת אמוראי:¹ כמה המלצות כדי להתמודד עם סוגיית הסדר הציבורי, שלפיה יש להבטיח שהציבור יקבל את המגיע לו בביטוח הפרטי – כל עוד הוא קיים בצורתו הנוכחית – בלי לכרסם בזכאות הנתונה לו במסגרת הציבורית, ובתוך כך לשמור על היציבות הפיננסית של המערכת. מהמלצות הוועדה:
- ניסוחן של פוליסות ביטוח בריאות משלים יהיה מובן לציבור הרחב. כל שינוי או עדכון בתנאי הפוליסה יובא אחת לשנה לידיעת כל המבוטחים;
 - פוליסות של ביטוח בריאות משלים יהיו נתונות בפיקוח המפקח על הביטוח במשרד האוצר;
 - פוליסות של ביטוח בריאות משלים יכללו מימון בחירת רופא בכל בתי-החולים הציבוריים.

¹ הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה; הדוח המסכם שלה הוגש בשנת 2002.

נוסף על כך, כדי לסייע למימוש העקרונות שהוצגו לעיל יש לאפשר לאזרח בישראל קבלת שירות במימון פרטי במערכת המנותקת מהמערכת הציבורית אך נתונה בפיקוח ציבורי, כמקובל בשוק הביטוח.

1. מבוא

הביטוח הפרטי מרצון לשירותי רפואה בישראל ניתן על-ידי קופות-החולים וחברות ביטוח מסחריות.

קופות-החולים מציעות ביטוח משלים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. סעיף 10 בחוק מתיר לקופות-החולים להציע למבוטחייהן תוכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) אשר אינם כלולים בסל השירותים המפורטים בחוק. תוכניות ביטוח אלו מכונות "ביטוח משלים". החוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה), התשמ"ח-1998 (להלן – חוק ההסדרים), קבע הוראות וכללים להפעלת התוכניות בידי קופות-החולים עצמן או באמצעות חברות-בת בשליטתן. ביטוח שב"ן – הביטוח המשלים – נתון בפיקוח שר הבריאות. הביטוח הסיעודי, שגם הוא ביטוח פרטי מרצון בתחום הרפואה, אינו נכלל במסגרת הסדרי השב"ן של קופות-החולים, מאחר שהוא דורש בין השאר ניהול עתודות אקטואריות.

חברות הביטוח המסחריות מציעות ביטוח בריאות מסחרי, ובכלל זה ביטוח סיעודי, מכוח חוק הפיקוח על עסקי ביטוח, אשר אינו חל על ביטוח הבריאות הממלכתי.² בהקשר זה הביטוח המסחרי, שלא כמו הביטוח שמציעות קופות-החולים, אינו שונה מסוגי ביטוח אחרים שעליהם ממונה המפקח על הביטוח במשרד האוצר. תפקידו של המפקח להבטיח את הגינות הסדרי הביטוח מבחינת ציבור המבוטחים והמבטחים ואת יציבותם הפיננסית של ההסדרים האלה.

מסמך זה סוקר את סוגיית הביטוח הפרטי מרצון במערכת הבריאות בישראל בראי מטרותיה של מערכת הבריאות. הצעות לשיפור המצב מבחינת יעילות המערכת והבטחת השוויוניות הובאו בתקציר.

2. מהות הביטוח הפרטי בשירותי הרפואה

המימון הפרטי של שירותי רפואה, ובכללו הביטוח מרצון, נועד לכסות שלוש קבוצות של שירותים:

א. **שירותים "נוספים"** המתאימים לקריטריונים האלה:

- אינם כלולים בסל הציבורי, למשל בישראל: שירותי בריאות השן, טיפול סיעודי, טיפולים אלטרנטיביים והשתלות בחו"ל;
- בסל הבסיסי מוטלת עליהם מגבלה כמותית או אחרת, כגון טיפולי הפריה בישראל.

ב. **שירותים "מקבילים"**, שהם שירותי רפואה הכלולים בסל הבסיסי, אך יש הסבורים שאפשר לשפר את איכותם בעיקר על-ידי קיצור זמן ההמתנה והאפשרות לבחור רופא

² לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי היתוסף סעיף 95 לחוק הפיקוח על עסקי ביטוח, התשמ"א-1981, המבהיר שחוק זה אינו חל על קופות-החולים הפועלות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

מטפל.³ בשירותים אלו כלולים הסדרי השירות הרפואי הפרטי (שר"פ), המותר בבתי- החולים הכלליים בירושלים.

ג. **שירותי מותרות (Amenities)**, שאין להם משמעות רפואית ועל כן אינם חלק מזכאות ציבורית (טלפון, חדר פרטי, טלוויזיה וכו').

הוויכוח הציבורי בנושא המימון הפרטי נוגע בעיקר לשני הסוגים הראשונים, מאחר שיש להם זיקה ישירה לטיפול רפואי ולבריאות.

הכוונה המקורית של הממשלה היתה, ככל הנראה, לכלול בשב"ן רק שירותים נוספים, שאינם ניתנים במסגרת הסל הבסיסי.⁴ כך היתה נמנעת במידה מסוימת התחרות בין הביטוח הממלכתי לבין הביטוח הפרטי מרצון. חוק ההסדרים אפשר לכלול שירותים מקבילים בביטוח הפרטי מרצון הניתן באמצעות קופות-החולים. כיום, אין הבחנה מעשית בין שירותי בריאות נוספים (מקבוצה א') לבין שירותי בריאות משלימים (מקבוצה ב'). תוכניות ביטוח פרטיות שונות עשויות לשלב את שלושת סוגי השירות בצירופים שונים, כגון ניתוח בבית-חולים פרטי או בחו"ל בידי רופא שבחר המבוטח ובמועד שבחר.

3. הסדרי הביטוח הפרטי בישראל

המאפיינים של הסדרי הביטוח המשלים של קופות-החולים:

- חובת קבלה של כל פונה בלי הגבלה, אך עם תקופת אכשרה סבירה;
 - פרמיה קבוצתית (Community rated) לתוכנית לפי גיל המבוטח וגודל משפחתו, בלי להתחשב ברמת הסיכון האישית;
 - ככלל, שיפוי המבוטח הוא בשירות רפואי ולא בפיצוי כספי.⁵
- הסדרים אלו דומים באופיים להסדרי מימון ציבורי.

המאפיינים של הסדרי הביטוח המסחרי:

- אין חובה לקבל כל פונה;
 - פרמיה אישית לפי תבילת הביטוח ורמת הסיכון האישי;
 - פרמיה קבוצתית לקבוצה (למשל מקום עבודה) אשר באה לידי הסדר עם חברת הביטוח;
 - שיפוי הן בשירותי רפואה הן בפיצוי כספי.
- הסדרים אלו מאפיינים ביטוח פרטי.

³ במוקד הדיון עשויה לעמוד הסוגיה של זכות הבחירה (יותר מהסוגיה של איכות השירות והטיפול, שקשה למדוד אותה). בתודעת הציבור בישראל יש קשר ישיר בין חופש הבחירה לבין מימון פרטי, לרבות ביטוח פרטי, אולם קשר זה אינו מחויב המציאות. מערכות ציבוריות רבות מאפשרות חופש בחירה רב במסגרת הציבורית. גם בישראל אפשר להרחיב במידה ניכרת את חופש בחירה, בלי תשלום פרטי. ראה הצעה לחופש בחירת רופא (חב"ר) במדינת ישראל (2002).

⁴ ראה דבריה של גבי מיכל בויאנג'ו-עבאדי, המכון הלאומי וג'וינט-מכון ברוקדייל, 1999, עמ' 10.

⁵ בדבר כללים לתוכניות שב"ן ראה משרד הבריאות, כללים לתכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן), ירושלים 2003.

בלוח שלהלן מפורטים ההבדלים העיקריים בין הביטוח הממלכתי הבסיסי, הביטוח המשלים והביטוח הממלכתי.

לוח 1: ההבדלים בין הביטוח הבסיסי, הביטוח המשלים (שב"ן) והביטוח המסחרי

ביטוח מסחרי	ביטוח משלים (שב"ן)	ביטוח ממלכתי – סל שירותי בריאות (שניתן על-ידי קופות החולים)	
חברות למטרות רווח	קופות-החולים – מלכ"רים	קופות-החולים – מלכ"רים	ספק
שיפוי או פיצוי; מגוון רחב של פוליסות ורובדי פוליסות	שירותים נוספים בפועל, חלקם הגדול בהשתתפות עצמית; פוליסה אחידה לכל המבוטחים (בחלק מקופות-החולים יש שתי שכבות ביטוח)	שירותי הסל, חלקם בהשתתפות עצמית	כיסוי הביטוח
נמכר בנפרד או יחד	נפרד – נמכר על-ידי חברות ביטוח מסחריות, והקופה היא בעל הפוליסה; בכל התוכניות אפשר לקנות שב"ן בלי ביטוח סיעודי, ואולם בחלק מקופות-החולים אין אפשרות לקנות ביטוח סיעודי בלי שב"ן	נכלל בתוספת השלישית (סל הממשלה)	ביטוח סיעודי
פוליסות (חוזה) שונות	תקנון אחיד לכל המבוטחים בקופה (אך שונה בין קופות-החולים)	החוק	מהות ההתקשרות

ביטוח מסחרי	ביטוח משלים (שב"ן)	ביטוח ממלכתי – סל שירותי בריאות (שניתן על-ידי קופות החולים)	
אפשרות להחרגה ולחיתום רפואי	אין החרגות לפי מצב בריאות; יש תקופת אכשרה	כל תושב בכל קופה לפי בחירתו, בלא תנאי ובלא החרגות	נגישות והחרגות*
הפרמיה נקבעת על-פי הסיכון של הפרט לחלות, ולקולקטיב – על-פי הסיכון הממוצע של הקבוצה	הפרמיה נקבעת לכל מבוטח לפי גילו ומספר ילדיו המבוטחים עמו; יש תוכניות הקובעות פרמיה ממוצעת למשפחה	מס בריאות על-פי הכנסה; ⁶ נגבה על-ידי המוסד לביטוח לאומי	פרמיות
הפרמיה צמודה למדד; ההתחייבות היא חוזית, לתקופה מוגבלת, ויש אפשרות לחדש אותה; כל שינוי בפרמיה או בהיקף הכיסוי טעון אישור של המפקח על הביטוח	הפרמיה נגבית על-ידי קופת-החולים וצמודה למדד. כל שינוי בפרמיה או בהיקף הכיסוי טעון אישור של המפקח על קופות-החולים ושב"ן במשרד הבריאות	מס בריאות, השתתפות עצמית; אין התחייבות על גובה מס הבריאות ועל תשלומי ההשתתפות; אפשר להרחיב או לצמצם את הסל	גבייה ואחריות מתמשכת
המפקח על הביטוח	משרד הבריאות	משרד הבריאות	הגוף המפקח

מקור: המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות, "הביטוח המשלים", 2003, עמ' 96.

* החרגה: תנאי או מקרה המצוינים בפוליסה שבהתקיימם לא יינתן למבוטח כיסוי ביטוחי.

⁶ המס פרוגרסיבי בתחום ההכנסות הנמוכות ורגרסיבי מעבר לתקרה (כשזו קיימת).

4. האוכלוסייה המבוטחת

כשלושה-רבעים מהאוכלוסייה בישראל היו בעלי ביטוח פרטי בשנת 2001 (לוח 2). בסוף שנת 2002 החזיקו 66% בביטוח משלים – 4% יותר מבשנה הקודמת (חבושה ושיף, 2003, עמ' 13). לפי המקורות האחרים ללוח 2 (ראה להלן), בשנת 2001 החזיקו כ-60% מאזרחי המדינה בביטוח משלים ו-26% בביטוח מסחרי. יותר מ-20% מהאוכלוסייה החזיקו בשני סוגי הביטוח – משלים ומסחרי.

בשנת 2002 שיעור בעלי הביטוח הפרטי באוכלוסייה כפול משיעור בעלי הביטוח בשנת 1995 (גרוס, ברמלי-גרינברג, 2002; המכון הלאומי, 2003, עמ' 97-98; Gross & Barammeli Grinberg, 2004). על סמך נתונים אלו אפשר לשער שהיום 80%-90% מהאוכלוסייה בישראל מחזיקים בביטוח פרטי, וכשלושה-רבעים בביטוח המשלים של קופות-החולים. היינו, הביטוח הפרטי מרצון, בפרט הביטוח המשלים, נעשה כמעט אוניברסלי מבחינת היקף האוכלוסייה המחזיקה בו.

לוח 2: שיעור המחזיקים בביטוח בריאות פרטי מרצון לפי סוג ביטוח, 1995-2002

שנה	ביטוח משלים*	ביטוח מסחרי**	ביטוח משלים + ביטוח מסחרי
1995	35%	16%	5%
1997	37%	16%	8%
1999	51%	24%	14%
2001	64% (62%)	26%	20%
2002	66%		

מקור: ברמלי וגרוס (2002); הנתונים בסוגריים: חבושה ושיף (2003).

* חלקם גם בעלי ביטוח מסחרי.

** חלקם גם בעלי ביטוח משלים.

אמנם הגידול ברכישת הביטוחים המשלימים מאז 1998 חל בעיקר בקרב השכבות החלשות, אך חלקן של שכבות אלו עדיין גדול יחסית בקרב חסרי הביטוח המשלים (לוח 3). יותר ממחצית האוכלוסייה בשני החמישונים התחתונים אינה מבוטחת, לעומת 20% בלבד שאינם מבוטחים בשני החמישונים העליונים. בקרב הלא-מבוטחים יש שיעור גדול יחסית של קשישים, עולים, תושבי פריפריה, בעלי השכלה נמוכה, משפחות מרובות ילדים שבראשן עומדות נשים ואנשים שבריאותם הוערכה כלא-טובה.

מניתוח נתוני סקר הוצאות המשפחה מ-1999 עולה כי כאשר כל התנאים האחרים שווים –

- הנטייה לרכוש ביטוח פרטי וההוצאה עליו עולות ככל שעולות רמת ההכנסה וההשכלה של ראש המשפחה;
- הנטייה לרכוש ביטוח פרטי יורדת ככל שהמשפחה גדולה יותר, וכן כאשר בראש המשפחה עומדת אשה;
- נשים העומדות בראש משפחה וקשישים מעדיפים רכישת ביטוח משלים על רכישת ביטוח מסחרי.

התנהגות קשישים ומשפחות שבראשן נשים היא ביטוי לכך שההצטרפות לביטוחים המשלימים בקופות-החולים קלה יותר מההצטרפות לביטוחים המסחריים (Chernichovsky, 2004).

מחצית ממחזיקי הביטוח הפרטי השתמשו בו. בעלי השכלה והכנסה גבוהות ניצלו את הביטוח הפרטי יותר מקבוצות אחרות. ממצא זה נתמך בממצאים שלפיהם מבוטחי "מכבי" ו"מאוחדת" – שהם ככלל אמידים יותר ממבוטחי "כללית" ו"לאומית" – משתמשים בביטוחים משלימים יותר ממבוטחי הקופות האחרות (המכון הלאומי, 2003, עמ' 100).

לוח 3: שיעור בעלי ביטוח משלים בכלל האוכלוסייה לפי משתני רקע, 2001

משתנה	בעלי ביטוח משלים	חסרי ביטוח משלים
סך הכול	65%	35%
קופת-חולים		
"כללית"	61%	39%
"מכבי"	78%	22%
"מאוחדת"	64%	36%
"לאומית"	53%	47%
משתנים דמוגרפיים		
גיל:		
44-22	64%	36%
64-45	67%	33%
65+	58%	42%
מין:		
גברים	62%	38%
נשים	66%	34%

משתנה	בעלי ביטוח משלים	חסרי ביטוח משלים
שפה:		
עברית	74%	26%
ערבית	40%	60%
רוסית	38%	62%
אזור מגורים:		
חיפה והצפון	59%	41%
ירושלים	53%	47%
תל-אביב והמרכז	71%	29%
באר-שבע והדרום	62%	38%
משתנים חברתיים וכלכליים		
השכלה:		
יסודית ומטה	48%	52%
תיכונית	65%	35%
על-תיכונית/אקדמית	69%	31%
הכנסה סטנדרטית לנפש:		
חמישון תחתון	45%	55%
שני	49%	51%
שלישי	63%	37%
רביעי	80%	20%
חמישון עליון	80%	20%
משתנים הקשורים בבריאות		
הערכת מצב הבריאות:		
לא טוב / גרוע	54%	46%
טוב / טוב מאוד	68%	32%
מחלה כרונית:		
יש	63%	37%
אין	65%	35%

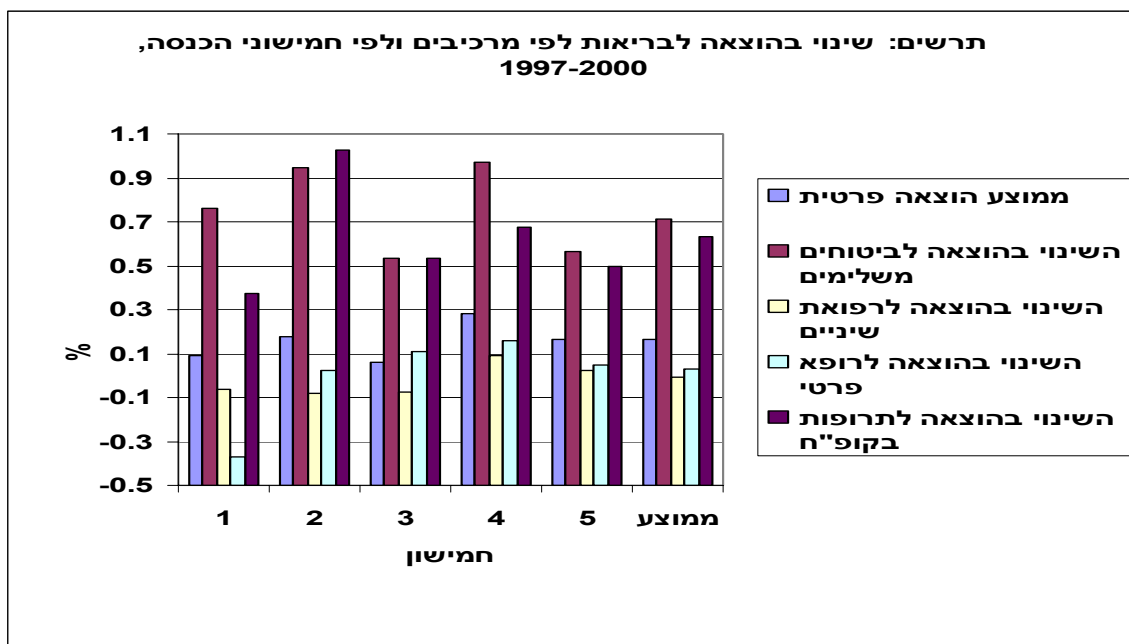
מקור: ברמלי וגרוס, 2002.

5. ביטוחים פרטיים והוצאות ישירות של משקי הבית על שירותי רפואה

כיום ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה בישראל היא כ-31% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות, לעומת 28% בשנת 1998.⁷ שיעור ההוצאה הנוכחי הוא מן הגבוהים במדינות שבהן יש זכאות ציבורית לשירותי רפואה. הסעיפים הבולטים ביותר בגידול ההוצאה הפרטית על שירותי רפואה בשנים 1997-2000 בכל חמישוני ההכנסה הם "ביטוחים משלימים" ו"תרופות" (ראה תרשים). ההוצאה על תרופות מבטאת את הגידול בהשתתפות בתשלום (צירניחובסקי ואחרים, 2003).

ביטוחים פרטיים באים בראש ובראשונה על חשבון חיסכון והוצאה אחרת, אך גם על חשבון שירותי רפואה במימון פרטי. מנתוני הצריכה עולה כי אפשר שחלק מהגידול בהוצאה על תרופות ועל ביטוחים משלימים בא גם על חשבון רפואה אחרת, לרבות רפואת שיניים, שהיא מן התחומים הבעייתיים ביותר בבריאות הציבור בישראל (חורב וצירניחובסקי, 1999). כלומר, גם אם חלק מהציבור מימן רפואת שיניים באמצעות ביטוח משלים, אפשר לשער שהיו משפחות שוויתרו על מקצת שירותי רפואת השיניים כדי לממן השתתפות בתשלום עבור שירותי בריאות (כולל תרופות) ועבור רכישת ביטוחים משלימים.

תרשים: שינוי בהוצאה על בריאות לפי מרכיבים ולפי חמישוני הכנסה, 1997-2000



מקורות: למ"ס, סקר הוצאות משק הבית 2000, פרסום 1174, סיכומים כלליים, לוח 1, עמ' 43, 49; למ"ס, סקר הוצאות משק הבית 1997-1998, פרסום 1147, לוח 1, עמ' 32, 38, 39.

6. מימון פרטי במערכת הבריאות – מסגרת לדיון

⁷ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, "ירידה של 1% בהוצאה הלאומית לבריאות הנפש בשנת 2003", הודעה לעיתונות, 13 ביולי 2004.

אין חולק על כך שיש לאזרח בישראל זכות לרכוש שירותי רפואה במימון פרטי, לרבות באמצעות ביטוח. לפיכך, הדיון במערכת הבריאות אינו נסב על עצם קיומו של ביטוח בריאות פרטי ועל זכות האזרח להיות מבוסס, אלא על צורת ארגונו והפעלתו של ביטוח זה במערכת הבריאות בכלל ובמערכת הציבורית בפרט. כלומר, יש לבחון מימון וביטוח פרטיים לשירותי רפואה בישראל בשני הקשרים השזורים זה בזה במידה רבה:

- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ה-1995;
- הסדר הציבורי.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ה-1995

החוק הנהיג מערכת בריאות שיש בה זכאות אוניברסלית ("זכאות ציבורית") לסל שירותי רפואה ("סל בסיסי") לפי עקרונות של מימון ציבורי. לפיכך, מערכת הבריאות הפועלת מכוח חוק זה היא "מערכת ציבורית", אף שהמוסדות המעורבים בה, כגון קופות-החולים, אינם מוסדות מדינה והעובדים בה אינם עובדי מדינה ואף אינם בהכרח שכירים של מוסדות אלה. למערכת זו שתי מטרות חברתיות-כלכליות מוצהרות:

1. שוויוניות;
 2. בקרה על הנטייה לאינפלציה ולגידול בלתי מבוקר של ההוצאה על שירותי רפואה מעבר לגידול בהכנסות, כאשר אין ודאות שהגידול בהוצאה על שירותי רפואה אכן תורם להעלאת רמת הבריאות או רמת הרווחה של כלל הציבור.
- מטרות אלו מושגות מתוך –

1. הסתכנות ב"שימוש יתר" של האוכלוסייה בשירותים שרובם ניתנים בסבסוד מלא;
2. הגבלת השירותים העומדים לרשות האזרח והגבלת חופש הבחירה שלו במסגרת הזכאות הציבורית.

השוויוניות נוגעת לשני מרכיבים. הראשון – "שוויוניות אנכית" – קשור **במימון**, וגורס חיוב תשלום שונה לבעלי יכולת כלכלית שונה, בעיקר באמצעות מיסוי פרוגרסיבי. לפיכך השתית החוק את מערכת המימון על מסים כלליים ומס בריאות פרוגרסיביים.⁸ השני – "שוויוניות אופקית" – קשור **בהספקת שירותים** וגורס טיפול ושירות שווים לבעלי צרכים שווים. לפיכך השתית החוק את ההקצאה של כספי החוק על מנגנון הקפיטציה לפי גיל. במנגנון זה קופות-החולים מקבלות תקציב לפי גודל האוכלוסייה והתפלגות הגילים שלה, בלי תלות במקור המשאבים.⁹

בקרת ההוצאות נוגעת להשפעה הפוטנציאלית השלילית של הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות על יכולת הצמיחה של המשק, עקב גידול בעלויות עבודה וצמצום החיסכון של משקי הבית. אלה מתרחשים

⁸ דיון זה אינו נוגע במס המקביל, שבוטל ב-1998.

⁹ להרחבה בנושא ראה זמורה, צ'ריניחובסקי ושמואלי, 2003.

בגלל הנטייה של ההוצאה לשירותי רפואה לגדול מעבר לגידול בהכנסות. ספקי השירות משפיעים על הנטייה הזאת בעודדם ביקושים משיקולים של הגדלת הכנסות ולא בהכרח משיקולים של בריאות הציבור. לצורך כך, הוכפפה מערכת המימון למשמעת התקציבית של המדינה, מתוך הסתייעות במנגנון הקפיטציה, אשר מעודד את הקופות לחיסכון ולהתייעלות על-ידי חלוקת סיכונים כספיים עם המדינה.

הגבלת חופש הבחירה נובעת ממגבלת המשאבים בכלל והמשאבים הציבוריים בפרט ומיישום "עקרון ההגינות", שלפיו מעניקים לכול רק את מה שאפשר להעניק לכול בתקציב נתון. במצב זה טבעי שיש המעוניינים בשירותים שהם מעבר לזכאות הציבורית.

משמעות עקרון ההגינות אשר ביסוד תפיסת השוויוניות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי חשובה להמשך הדיון. העיקרון מייצג –

□ העדפת אוניברסליות על דיפרנציאליות (היינו, עדיף מצב א', שבו כולם חולים מעט, ממצב ב', שבו כמה בריאים והשאר חולים יותר ממצב א');

□ העדפת שוויוניות אופקית, המבטיחה נגישות לשירות, על-פני שוויוניות אנכית, הגורסת פרוגרסיביות בתשלומים. העדפה זו נובעת מהצבת נגישות אוניברסלית כערך עליון.

אלה העדפותיה הנורמטיביות של החברה בישראל.

לחצי ביקוש **שימוש יתר בשירותים** עלולים לנבוע ממחיריהם הנמוכים של שירותי רפואה בזכאות ציבורית, שניתנים על-פי רוב אף בלי תשלום כלל. ראוי לציין בהקשר זה ובהקשר של בקרת ההוצאות, כי בבסיס המערכת הציבורית עומדת תפיסה שלפיה "שימוש יתר" במערכת הציבורית עדיף מצריכת יתר של מי שיכולים לשלם בשוק הפרטי הנובעת מעידוד ביקושים מצד נותני שירות בשוק פרטי. כדי לצמצם את שימוש היתר מונהגת השתתפות בתשלום, והשפעתה בעניין זה שנויה במחלוקת גם במערכת הציבורית.

למימון פרטי בשירותי הרפואה יש כמה צורות בסיסיות:

1. תשלום בעת קבלת שירות – FFS (Fee-for-service);

2. ביטוח אישי על בסיס אקטוארי;

3. ביטוח קבוצתי על בסיס אקטוארי (Community rating).

כל צורות המימון הללו קיימות בכל מערכת בריאות, וגם במערכת הבריאות בישראל. ככלל, צורות מימון אלו מציבות אתגרים למערכת הבריאות מבחינת השוויוניות ומבחינת הבקרה על גידול ההוצאה לבריאות.

הצורה הראשונה היא שוויונית פחות משום שלהבדיל מביטוח אישי, היא אינה מפזרת סיכון או עלויות טיפול על קבוצה גדולה: ה-FFS תלוי ברצון וביכולת של המטופל לשלם את מלוא התשלום תמורת הטיפול. הביטוח הקבוצתי הוא השוויוני ביותר מהשלושה משום שלהבדיל מביטוח פרטי, הביטוח הקבוצתי גורס תשלום אחיד בתוך הקבוצה, בלי להתחשב ברמת הסיכון של הפרט בקבוצה. בשיטה זו

יש אפוא סבסוד צולב בין חברי הקבוצה. לפיכך, עצם קיומו של ביטוח, ובעיקר ביטוח קבוצתי, עדיף מצב של העדר ביטוח ותשלום עבור שירות. לביטוח הפרטי – גם הקבוצתי – שתי בעיות יסוד :

1. מי שאינו נמנה עם קבוצה בעלת גישה לביטוח קבוצתי, נגישותו לשירות תלויה ביכולתו לשלם את המחיר המלא של השירות או בכיסוי שמעניק לו הביטוח האישי, אם יש לו כזה ;
2. מאחר שהתשלום קבוע ואינו תלוי ברמת ההכנסה – אפילו בביטוח הקבוצתי – התשלום הוא רגרסיבי.

הבעיות הללו, החמורות בייחוד בעבור השכבות החלשות, אכן נפתרות במערכות בריאות מפותחות באמצעות ביטוח בריאות אוניברסלי במימון ציבורי המושתת על מסים פרוגרסיביים, כגון הביטוח המעוגן בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל.

במערכת עם ביטוח אוניברסלי, מימון פרטי, ובכללו ביטוח פרטי, עשוי אף לסייע לנגישותן של שכבות חלשות לשירות ציבורי אוניברסלי בתנאים האלה :

- אין אפשרות לבעלי הכנסות גבוהות לצאת מהביטוח הציבורי בגין ביטוח פרטי (opting out) (אפשרות כזאת קיימת בגרמניה) ;
- המערכת אינה חסרה משאבים, בעיקר משאבי כוח אדם, וכך יש היצע פוטנציאלי מספיק של שירותים הן למגזר הפרטי הן למגזר הציבורי ;
- מערכת מתן השירותים הציבורית מופרדת מהמערכת הפרטית ;
- בעלי הביטוח הפרטי מקבלים שירותי רפואה מנותני שירות פרטיים ואינם משתמשים בשירותי הרפואה הציבורית. כך, הביקושים במערכת הציבורית פוחתים ושירותי הרפואה נעשים נגישים יותר לשכבות החלשות.

השפעת צורות המימון הפרטיות על יכולת **בקרת ההוצאה** דומה להשפעתן על השוויוניות. ככלל, יכולתה של קבוצה לדאוג לענייניה – גם העניינים הכספיים-ביטוחיים – טובה מזו של הפרט העומד אל מול חברת הביטוח או המוסד הרפואי, הן בשיטת FFS והן בביטוח פרטי מרצון. מובן שכוחה של קבוצת מבטחים נופל מכוחה (המונופסונויסטי) של המדינה מול מוסדות אלו.¹⁰

FFS וביטוחים פרטיים נותנים אפשרות מרבית לבטא **חופש בחירה** או את רצון הפרט שיכול לשלם. בהקשר של זכאות ושירות רפואי ציבורי כמוגדר לעיל, ביטוח רפואי פרטי עשוי לשמש מעין סמן למאוויי הציבור מבחינת טיב השירות ואופיו. יתרה מזו, ביטוח פרטי עשוי להתחרות בביטוח הציבורי ולהניע אותו להשתפר. אלה עומדים בצל הסוגיה הבסיסית: כיצד נקבע רצונו של האזרח במערכת שבה הוא עלול להיות הדיוט?

הסדר הציבורי

¹⁰ להרחבה בנושאים האלה ראה (Chernichovsky, Bolotin and de Leeuw (2003).

בהקשר של הסדר הציבורי בביטוח הפרטי עולות הסוגיות האלה :

1. האם הציבור מקבל את המגיע לו בביטוח הפרטי?

2. האם המערכת יציבה מבחינה פיננסית?

3. האם הביטוח הפרטי פוגע בביטוח הציבורי, ואם כן – כיצד?

הסוגיות הראשונות הן כלליות ואינן מיוחדות לביטוחי בריאות. הסוגיה השלישית אופיינית למערכת הבריאות, מאחר שאפשר בישראל להיות מבוטח באופן פרטי ולקבל שירות בגין ביטוח זה במוסדות ציבור ומעובדיהם או ממוסדות ומעובדים הממומנים על-ידי הציבור, ועל כן יש חשש לסבסוד המערכת הפרטית על-ידי המערכת הציבורית. סבסוד כזה אינו בעיה כלכלית גרידא אלא סוגיה מהותית של סדר ציבורי, באשר הוא פוגע במערכת התמריצים המשפיעה על נכונות עובדי המערכת הציבורית לשרת את הציבור בביטוח הממלכתי.¹¹

את המסגרת לדיון בסוגיית הסדר הציבורי אפשר להמחיש בעזרת לוח 4, המציג צירופים אפשריים של "פרטי" ו"ציבורי" בביטוח ובאספקת שירותים. בראשית הדיון חשוב להדגיש שתפקיד קופת-החולים במערכת הבריאות אינו בהכרח מתן שירותי רפואה אלא הבטחת הספקה של שירותים אלו ופיקוח עליהם. במדינות מערב אירופה שבהן קיימות קופות-חולים (למשל גרמניה, הולנד ובלגיה), אסור לקופות-החולים לעסוק במתן שירות. הן עובדות במידה רבה כמו שירותי בריאות "מכבי", שבעיקר רוכשת שירותים מרופאים עצמאיים וממוסדות שאינם בבעלותה. כמו כן, ראוי להדגיש שיש חשיבות רבה למערכות תמריצים בנקודת מתן השירות שבה מתקיים המגע בין נותני השירות לציבור, ולא בהכרח בנקודת הביטוח.¹²

¹¹ יש לזכור שעובדים אלו אינם חייבים להיות עובדי ציבור.

¹² אולי מכיוון שהמבטח הגדול במדינה – "שירותי בריאות כללית" – הוא גם ספק השירותים הגדול ביותר, הדיון הציבורי אינו מתמקד בהבחנה בין סוגיית הביטוח ותפקיד קופת-החולים לבין סוגיית מתן השירות, אף שזו האחרונה היא המהותית לדיון; ראה המכון הלאומי 1999 ו-2003.

לוח 4: צירופים אפשריים של יחסי מבטח ונותן שירות במימון פרטי וציבורי

פועל במימון פרטי בלבד – מבטח מסחרי (3)	פועל במימון ציבורי אך רשאי לבטח ב"סל משלים" – קופת-חולים (2)	פועל במימון ציבורי בלבד (1)	מבטח נותן שירות
בלתי ישים	קופת-חולים ציבורית מספקת גם ביטוח פרטי. השירות הציבורי ניתן על-ידי נותני שירות שרשאים לתת שירות זה בלבד	תת-מערכת ציבורית טהורה – מבטחים ונותני שירות רשאים לעסוק בשירות ציבורי בלבד	רשאי לתת שירות במימון ציבורי בלבד (א)
צירוף ב3	קופת-חולים ציבורית מספקת גם ביטוח פרטי; עובדת עם נותני שירות שרשאים לתת שירות ציבורי ופרטי כאחד	קופת-חולים ציבורית מספקת ביטוח ציבורי בלבד; עובדת עם נותני שירות שרשאים לתת שירות ציבורי ופרטי כאחד	רשאי לתת שירות במימון ציבורי ופרטי (ב)
צירוף ג3	קופת-חולים ציבורית מספקת גם ביטוח פרטי; השירות הפרטי ניתן על-ידי נותני שירות שרשאים לתת שירות פרטי בלבד		רשאי לתת שירות במימון פרטי בלבד (ג)

מהלוח עולה שיש ארבע מערכות בריאות אפשריות:

1. מערכת מופרדת לחלוטין – מתירה שילוב של א1 + ג3 בלבד. אין עירוב של פרטי וציבורי, לא בתחום הביטוח ולא בתחום מתן שירות;
2. מערכת חצי מופרדת – מתירה שילוב של א2 + ג2, נוסף על א1 + ג3. המערכת מתירה גם ביטוח מעורב, ציבורי-פרטי, אך לא מתן שירות מעורב.
3. מערכת מעורבת לחלוטין – כל הצירופים האפשריים. הן ביטוח הן מתן שירות יכולים להיות מעורבים, בנוסף על מוסדות נפרדים בכלל.
4. מערכת חצי מעורבת – שילוב של ב1 + ג3, נוסף על א1 + ג3 – ביטוח ציבורי וביטוח פרטי נפרדים, אך נותני השירות יכולים להיות מעורבים.

במערכת המופרדת לחלוטין (א 1 וג 3) הציבורי והפרטי מתקיימים זה לצד זה ואינם מעורבים. המבטחים והספקים פועלים במערכת הפרטית או במערכת הציבורית, אך לא בשניהם גם יחד. במערכת זו האי-שוויוניות, אם זו קיימת, נובעת מפערים ברמת השירות ובאיכותו בין המערכת הפרטית למערכת הציבורית. למבטח או לספק השירות במערכת הציבורית אין אפשרות להפנות את מי שיכולים לממן לעצמם ביטוח ושירות פרטיים מהמערכת הציבורית לטיפולו שלו במערכת הפרטית. הסדר זה נועד למנוע אי-שוויוניות במערכת הציבורית הנובעת מעידוד ההוצאה הפרטית באמצעות המערכת הציבורית וסבסוד צולב בין המערכות.

להבדיל ממערכת זו, המערכות המאפשרות צירופים שונים המוצגים בלוח מייצגות מצבים שבהם באותו מוסד של מבטח ונותן שירות – בנפרד או יחד – יש "שתי מחלקות" (two tier), האחת למשלמים באופן פרטי (לרבות באמצעות ביטוח) והשנייה למי שאינם משלמים באופן פרטי. האי-שוויוניות עשויה לנבוע מאפליה בין מטופלים במימון פרטי לבין אחרים. כמו כן, בצירופים הללו עלול להיווצר "מינוף" הוצאות (עדוד הגדלת ההוצאה הפרטית) וסבסוד צולב בין פרטי לציבורי, שאינם אפשריים במערכת המופרדת.

מן המערכות המעורבות כדאי להדגיש, לפחות מבחינה מושגית, מערכת חצי מעורבת המתוארת בצירוף 11 וב 3 בטבלה. במערכת כזאת נותן השירות משרת גם מבטח בעל ביטוח ציבורי וגם מבטח בעל ביטוח מסחרי, והביטוחים נפרדים. נותן השירות יכול לסבסד את הפרטי באמצעות הציבורי ולהפך, למרות הפרדת הביטוחים. חמור מזה, הוא עלול לגבות פעמיים עבור אותו שירות – פעם מהמבטח הפרטי ופעם מהמבטח הציבורי – בייחוד כאשר המבטח אינו מודע לזכויותיו. הדבר אפשרי גם בצירוף 2 וב 3, אשר קיימים בפועל במערכת הבריאות בישראל.

מבנה מערכת הבריאות בישראל מתואר בעמודות 2 ו-3, אף שמבחינת החוקים והתקנות היא אמורה להיות ככלל חצי מופרדת. קופות-החולים הפועלות במימון ציבורי רשאיות לבטח באופן פרטי, נוסף על המבטחים המסחריים. ככלל, החוקים והתקנות מאפשרים את הצירופים א 2, ג 2 וג 3, כלומר הפרדה בין פרטי לציבורי במתן שירותים (להוציא הסדרי שירות רפואי פרטי – שר"פ – המותרים בבתי-החולים בירושלים). אולם, בפועל קיימים גם הצירופים מקבוצה ב', שבהם נותני שירותים עוסקים גם בציבורי וגם בפרטי.

לפיכך, אפשר לחלק את הסוגיות בתחום הביטוח הפרטי לשירותי רפואה בישראל כדלקמן:

1. סוגיות בתחום הסדר הציבורי;
2. סוגיות בתחום השוויוניות;
3. סוגיות בתחום הזכאות הציבורית וחופש הבחירה;
4. סוגיות בתחום יעילות מערכת הבריאות הציבורית והמשק.

■ כאמור, הסוגיות הללו שזורות זו בזו. הן מוצגות להלן על-פי זיקתן לטיב הקשרים בין הביטוח המשלים לביטוח הבסיסי, בין הביטוח המשלים לביטוח המסחרי ובין הביטוח הפרטי למערכת הספקת השירותים.

להלן יידונו הסוגיות מתוך התייחסות לנתונים שבידינו ולהקשרים שהוצגו בפרק זה.

7. סוגיות בתחום הסדר הציבורי¹³

כפי שנכתב לעיל, אלה הסוגיות בתחום הסדר הציבורי:

1. האם הציבור מקבל את המגיע לו לפי זכויותיו? סוגיה זו מתחלקת כלהלן:

- האם הציבור מודע לזכויותיו?
- מהן אפשרויותיו של הציבור לעמוד על זכויותיו?
- האם הציבור משלם פרמיה הוגנת עבור השירותים שהוא מקבל?

2. האם המערכת יציבה מבחינה פיננסית?

3. באיזו מסגרת הציבור מקבל את השירותים בגין הביטוח הפרטי?

בהקשר הכללי של סוגיית **זכויות הציבור** ראוי להדגיש שאחת הסיבות למעורבות הרבה של המדינה בשירותי הרפואה היא הנחת היסוד שמדובר בנושאים שהצרכן אינו שולט בהם, וקיימת "אסימטריה במידע" בינו לבין נותני השירות והמבטחים, שבידם הידע והמידע. על רקע זה, הסוגיה של קריאת "האותיות הקטנות" וההבנה של הציבור מסובכת מלכתחילה. הבעיה נעשית מסובכת עוד יותר כאשר האזרח ומשפחתו נדרשים לדעת בעת מצוקה מהן זכויותיהם בגין הזכאות הציבורית **המוענקת** לו ובגין הזכאות **שרכש** אצל אותו נותן שירות (צירופים מסוג ב' בלוח 4).

נוסף על כך מתעוררת שאלה בסיסית בדבר המשמעות של "חופש בחירה". חופש הבחירה הוא מרכיב בסיסי בביטוח הפרטי, ומכיוון שרוב הציבור מבטוח בביטוח פרטי מסוג זה או אחר, זכות הבחירה נתונה לרוב הציבור. ואולם, לנוכח היקף המבטחים באוכלוסייה יכולתו של הפרט לממש את חופש הבחירה עלולה להיפגע, ומרכיב זה עלול להיות חסר משמעות.

העובדה שכ-20% מהציבור בישראל מחזיקים בשני סוגי הביטוח, ויש אפשרות סבירה של כפל ביטוח, מעידה כי הציבור עלול להיות לא מודע לזכויותיו בשלושת סוגי הביטוח – הבסיסי, המשלים והמסחרי. סוגיה זו היא מן הסיבות להפרדה המלאה בין הציבורי לפרטי (מערכת בריאות של א 1 וג 3) הנהוגה במדינות אחרות (למשל קנדה). המועצה הישראלית לצרכנות והאגודה לזכויות החולה מבקרים בחומרה את המצב הקיים (המכון הלאומי, 2003, נספח ד').¹⁴

שאלת **הפרמיה ההוגנת** נוגעת לפערים בין הגבייה עבור הביטוח הפרטי לבין ההוצאה עליו. לקופות-החולים היו עד כה עודפים בסעיף זה, והם הועברו לפעילות בביטוח הבסיסי (חבושה ושיף, 2003). למבטחים המסחריים היה תחום ביטוחי הבריאות מהתחומים הרווחיים ביותר (המכון לחקר שירותי בריאות ומכון ברוקדייל, 1999, עמ' 6). כלומר, הציבור "שילם יותר מדי" עבור ביטוחים אלו. בשני המקרים יש משום פגם בסדר הציבורי. חשוב לציין שלהבדיל מביטוחים אחרים, בביטוח בריאות קל יחסית להתאים הוצאות להכנסות (במקום להפך) מאחר שהמבטח יכול ליצור את הביקושים לשירותים

¹³ לדיון בנושאים הנוגעים לסעיף זה ראה: מבקר המדינה, דוח שנתי 51 ב' לשנת 2000 ולחשבונות שנת הכספים 1999.

¹⁴ ככלל, תלונות הציבור בתחום הביטוח המשלים של קופות-החולים הן 4.3% מסך התלונות לנציב קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (משרד הבריאות, קובץ נתונים סטטיסטיים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2002, ירושלים 2004).

בגין הביטוח, בעיקר אם הוא גם נותן שירות. מערכת התמריצים פועלת גם היא בכיוון של הגדלת הכנסות והתאמת ההוצאות והרווחים אליהן.

אשר ליציבות הפיננסית, כאמור, עודפי הכנסות נמצאו בשתי מסגרות הביטוח הפרטי, אולם אין בכך כדי ללמד על יציבות מבנית במערכת. ההבדל בין הביטוח המסחרי לבין הביטוח המשלים בשיטת הביטוח הוא מקור לאי-יציבות פיננסית בתחום הביטוח הפרטי. מאחר שהפרמיה היא קבוצתית בביטוח המשלים ואישית בביטוח המסחרי, יש תמריץ לבריאים יחסית בביטוח הקבוצתי, המסבסדים את החולים, לעבור לביטוח המסחרי, שבו הפרמיות של הבריאים אמורות להיות נמוכות יותר מאלה של החולים. העדר חיתום (ביטוח הכפוף לבריאות החולה ומותנה בה) בביטוח המשלים עלול רק לחזק את המגמה של מעבר "סיכונים רעים" לביטוח המשלים של קופות-החולים, ובסופו של דבר אלה עלולים לגרום לביטוח זה בעיות פיננסיות. נוסף על כך, אין למערכת קופות-החולים מנגנונים מקובלים, כמו עתודות לניהול ביטוח, ואין פיקוח אפקטיבי על פעילותן בתחום הביטוח הפרטי.

סוגיית **מסגרת קבלת השירות** נוגעת לשאלה מקדמית: האם הציבור יכול לקבל את שירותי הביטוח המשלים בתחומים של שירותים נוספים ומקבילים בלי נגיסה בשירותי הסל הבסיסי (ובלי העלאת מחירים)?

רוב השירותים במסגרת הביטוחים המשלימים ניתנים למבוטחים בידי ספקי שירותים המעניקים שירות גם במסגרת הביטוח הציבורי. אמנם חסר מידע בנושא, אך ההשערה היא ששירותים אלו ניתנים בחלקם על חשבון כלל הציבור. ואכן, ספק אם אפשר לתת שירותים במסגרת הביטוחים הפרטיים בלי להישען על המערכת הציבורית. השערה זו מבוססת על העובדות האלה:

- רוב נותני השירות בישראל עובדים במימון ציבורי;
- קופות-החולים גם מבטחות בביטוח פרטי, והגדולה שבהן – שירותי בריאות "כללית" – היא ספק השירות הגדול במדינה;
- בבתי-החולים הציבוריים של המדינה יש תאגידים שמספקים שירותים בביטוח פרטי.

כלומר, לפחות להלכה הביטוחים הפרטיים יוצרים לחצי ביקוש על מערכות מתן השירות הציבוריות ומאיימים על השירותים הניתנים בהן לציבור הרחב. כמעט אין מסגרות בעולם המתירות תמהיל ליברלי בין ציבורי לפרטי, בעיקר בנקודת מתן השירות. דוגמה יוצאת דופן היא אוסטרליה, שבה הרופאים הם פרטיים אך רובם עובדים במסגרת הביטוח הממלכתי. סעיף בחוקה האוסטרלית מונע מהמדינה להגביל את חופש העיסוק ברפואה במימון פרטי נוסף על עבודה לפי ההסכמים עם המדינה. עם זאת, אין באוסטרליה אפשרות לרכוש ביטוח לכיסוי התשלומים הפרטיים לרופא בקהילה.

אפשר להעיר על מדיניות הממשלה הבלתי עקבית בנושא בשנים האחרונות. מצד אחד התירה הממשלה מערכת ליברלית של ביטוחים פרטיים, כמתואר כאן, ואלה יצרו לחצי ביקוש על המערכת הציבורית. מצד אחר, האוצר מתנגד לשר"פ, שהביקוש לו נובע במידה רבה מהביטוחים האלה. הממשלה שחקה את תמיכתה בסל הבסיסי בשנים האחרונות. אך במקום לקבוע במפורש בעקבות השחיקה מה היא גורעת מהסל הבסיסי, היא בוחרת לטפל במצב על-ידי הנהגת השתתפות בתשלום וביטוחים משלימים.

8. סוגיות בתחום השוויוניות

אי-שוויון בנגישות לשירותי רפואה הוא בלתי נמנע. במערכת בריאות מודרנית יש הנחת יסוד – אשר באה לביטוי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי – ולפיה תפקיד המדינה הוא לחתור לצמצום הפערים שיוצרים כוחות השוק, ובתוך כך לצמצם ככל האפשר את הפגיעה בחופש של האזרח לבחור ברצוי לו.

צוין לעיל כי מערכת ביטוח פרטית, בפרט מערכת שיש בה הסדרים קבוצתיים, היא שוויונית יותר ממערכת של תשלום עבור שירות. היינו, על פני הדברים ביטוח פרטי תורם לשוויוניות במערכת פרטית. הסוגיה העומדת לדיון היא השפעת הביטוח הפרטי – בעיקר הביטוח המשלים – על השוויוניות במערכת הציבורית. בהקשר זה יש לזכור שבמערכת זו אין שאלה של תשלום עבור שירות כמו בשוק פרטי. החלופה של הביטוח המשלים אינה מתן שירות הניתן כיום במסגרת ביטוח זה על-ידי קופות-החולים תמורת תשלום, אלא אי-מתן שירות כזה על-ידי קופות-החולים ונותני שירות ציבוריים כלל, או הספקתו בהסדר אחר מהקיים היום ופורט לעיל.

לסוגיית השוויוניות במערכת הציבורית שני פנים. האחד, פן ערכי הנוגע לעצם קיומן של שתי מחלקות (two tier) – פרטית וציבורית – באותו מוסד. פן זה אינו מענייננו. הפן השני הוא מהותי יותר לדיון זה. הוא נוגע לפגיעה – הפוטנציאלית לפחות – באיכות הסל הבסיסי ובנגישתו של האזרח אליו עקב כפל המחלקות באותו מוסד (מערכת מעורבת, לוח 4).

מבחינת קופת-החולים, שיש לה תקציב פרוספקטיבי או קבוע מראש במסגרת הסדרי הקפיטציה, הביטוח המשלים הוא מקור הכנסה (רטרוספקטיבי) נוסף. לפיכך כדאי לה –

- להפנות משאבים – גם מהביטוח הבסיסי – לגיוס מבוטחים בביטוח משלים, גם אם בסיכומו של דבר משאבים אלו יביאו לעודפים ואף יוחזרו לביטוח הבסיסי;
- להפעיל לחץ על מבוטחים בביטוח הבסיסי לרכוש ביטוח משלים. לחץ כזה יכול להתבטא –
 - בהתניה – אף לא מפורשת – של שירות בביטוח בסיסי בהחזקת ביטוח משלים;
 - בהורדת רמת השירות במסגרת הביטוח הבסיסי כדי לעודד ביקושים לביטוח המשלים;
- ל"אסוף שמנת" (למיין מבוטחים כדאיים מבחינה ביטוחית) ככל האפשר, גם לצורך הביטוח הבסיסי.

מבחינת **נותן השירות** העובד גם עבור הסל הבסיסי המצב דומה. אם הוא יכול לשפר את הכנסתו על-ידי טיפול יתר במשלמים באופן פרטי, הוא יפלה אותם לטובה, כפי שצוין לעיל. הלחצים בכיוון זה גדולים במיוחד כאשר המבטח הוא גם נותן השירות, כמו במקרה של "שירותי בריאות כללית" – קופת-החולים הגדולה בישראל.

אם אמנם האזרח רוכש ביטוח משלים כי הוא מאמין – בצדק או שלא בצדק – שהשירות הציבורי מותנה בביטוח המשלים, או שנותן השירות במסגרת הציבורית מעדיף בעל ביטוח פרטי **כל שהוא**, הרי הביטוח הפרטי תורם לאי-שוויוניות אנכית, שכן פרמיית הביטוח, גם הקבוצתית, היא רגרסיבית. יתרה מזו, כפי

שהוזכר לעיל, בקרב מחזיקי הביטוח, **הקבוצות החזקות יותר מנצלות את הביטוח יותר מהקבוצות החלשות. כלומר, הקבוצות החלשות מסבסדות את החזקות בהסדרי הביטוח למיניהם.**

התרחבות האוכלוסייה המבוטחת בביטוחים הפרטיים, בעיקר מאז 1998, הביאה לגידול בשוויוניות האופקית על חשבון השוויוניות האנכית. כלומר, הנגישות של האוכלוסייה לשירותי הרפואה בביטוח ובכלל הורחבה – אך היא באה על חשבון שירות רפואי בסל הבסיסי. במקביל העמיקה נגיסת תשלומי הביטוח בתקציב המשפחה באופן "בלתי צודק" לפי תפיסת המס בישראל ואגב גידול ההוצאה הלאומית לבריאות, גם על חשבון חיסכון. מכאן שהסדר שהיה מרחיב את השוויוניות האנכית בד בבד עם הרחבת השוויוניות האופקית שהתרחשה במהלך השנים, הוא עדיף מההסדר הקיים.

מבחינת השוויוניות, הבעיה הראשונה והבסיסית היא אפוא העדרו של ביטוח משלים לקבוצה קטנה באוכלוסייה, אשר רובה משתייך לשכבות החלשות – אף שצרכיה הרפואיים גדולים יותר ונגישותה לשירות נמוכה מאלו של השכבות החזקות (צ'רניחובסקי ואחרים, 2003). הבעיה חמורה במיוחד אם הנגישות של קבוצות אלו לביטוח הבסיסי אכן פוחתת בגלל העדר ביטוח פרטי. הנהגת ההשתתפות בתשלום החמירה את בעיית הנגישות של הקבוצות האלה והוסיפה יסוד גרסיבי לתשלום עבור שירותי רפואה בסיסיים, שהוא כאמור פרוגרסיבי ביסודו.

לא ברור מה היתה השפעת הביטוחים המשלימים על הנגישות של שכבות חלשות לשירותי בריאות. אין סיבה להניח שהיה סבסוד מהביטוחים הפרטיים לטובת האוכלוסיות החלשות. הנתונים מצביעים על ההפך. להלכה, הביטוחים הפרטיים, אשר השירותים בגינם ניתנים במערכת ציבורית או בידי המועסקים בה, ודאי לא סייעו למצב. השפעתם הרגרסיבית של תשלומי הביטוח הפרטי על התפלגות ההכנסות והצריכה ברורה וחד-משמעית, בפרט עם התרחבות הביטוחים לשכבות החלשות.

9. סוגיות בתחום חופש בחירה

עקרון חופש הבחירה היא מרכזי בנושא הביטוח הפרטי בישראל. הסוגיה בולטת בעיקר בכל הקשור בבחירת רופא ובקיצור תורים, אשר הפכו לנושאי שר"פ שנויים במחלוקת.¹⁵ אלה אסורים במוסדות שירותי בריאות "כללית", מותרים בבתי-החולים בירושלים, ונמצאים בתחום האפור מבחינה משפטית בבתי-החולים של המדינה.

כאמור, הדיון אינו נסב על עצם חופש הבחירה ועל הזכות לעשות ביטוח כדי לממשה, אלא על מקום מימושה, ובעיקר, אם היא אינה באה על חשבון חסרי הביטוח הפרטי במוסדות השייכים לציבור ומקבלים ממנו תמיכה כספית.

אכן, הנימוקים הבסיסיים בזכות הביטוח הפרטי הם מתן חופש בחירה ועידוד תחרות. על אלה יש להעיר:

1. יתרונו של חופש הבחירה הוא באפשרו עדיפות בנגישות לבעלי ביטוח פרטי. ואולם, יתרון זה מצטמצם ככל שחופש הבחירה נתון לחלקים גדולים יותר מהאוכלוסייה.

¹⁵ ראה: דוח ועדת אמוראי, מדינת ישראל 2002.

2. התחרות מוגבלת מראש על-ידי ההתניה שמי שרוצה לעשות ביטוח משלים, חייב לעשות זאת בקופה שבה הוא חבר בביטוח הממלכתי. יתרה מזו, תקופת האכשרה הכרוכה בביטוח המשלים גם היא מצמצמת את חופש המעבר בין קופות-החולים. המשכיות הטיפול – טיפול בביטוח פרטי בהמשך לטיפול בביטוח ממלכתי – היא ההצדקה הבסיסית למצב עניינים זה. טענה זו ישימה בעיקר בתחום הטיפולים שאינם בסל הבסיסי או מוגבלים בו. גם במקרה זה עלול להצטמצם חופש הבחירה עקב חוסר מודעות של האזרח לזכויותיו.

10. סוגיות בתחומי בקרת הגידול בהוצאה לבריאות ויעילות המערכת

למבט ציבורי שיכול להציע שירותים במימון פרטי, ובעיקר לנותן שירות העובד למען הציבור בשכר או בהסדר קפיטציה, יש תמריצים –

- להגדיל את הכנסותיו באמצעות המימון הפרטי;

- להגדיל את הביקושים במימון פרטי על-ידי –

- שחיקת איכותו של הסל הבסיסי;

- סבסוד השירות הפרטי באמצעות התשתית הציבורית;

אלה נוספים על היכולת של נותני השירות – והמבטחים באמצעותם – לעודד ביקושים במימון פרטי על-ידי הפניה, ובכלל זה הפניה לעצמם.

כאמור, ההוצאה הפרטית לבריאות עלתה מאז 1998 והגיע לשיעור גבוה במבט בין-לאומי. הביטוחים המשלימים תרמו תרומה מכרעת לגידול בהוצאה הפרטית, וזו השפיעה גם על הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות. לאלה יש השפעה שלילית על חיסכון, והם עשויים להשפיע גם על התעסוקה אם המעסיקים יידרשו להשתתף בתשלומי הביטוח הפרטי.

יש מתאם שלילי בין הביקוש לביטוח המשלים ובין שביעות הרצון משירותי הקופות (Gross and Barammli-Greenberg, 2004). היינו, יש מקום לסברה ששירות גרוע הניתן במסגרת הסל הבסיסי עשוי להיות אמצעי לעידוד ביקושים לביטוח משלים, בפרט כאשר הביטוח המשלים חייב להיעשות בקופה שבה האזרח מבוטח בביטוח הבסיסי. אפשר לשער שהביטוחים המשלימים היו אמצעי לשיפור המצב הפיננסי של קופות-החולים. יצוין בהקשר זה שקופות-החולים שבהן חל גידול ניכר למדי בהיקפי הביטוח המשלים הן "כללית" ו"לאומית", שמצבן הפיננסי היה נחות מזה של האחרות (חבושה ושיף, 2003).

11. מקורות

- גרוס ר' וברמלי-גרינברג ש', "ביטוחי בריאות משלימים: תמורות במדיניות ובהתנהגות צרכנים", **ביטחון סוציאלי** 61, 2001, עמ' 154-171.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר הוצאות משק הבית 1997-1998, פרסום 1147, ירושלים 2001.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, "ירידה של 1% בהוצאה הלאומית לבריאות הנפש בשנת 2003", הודעה לעיתונות, 13 ביולי 2004.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר הוצאות משק הבית – סיכומים כלליים, פרסום מיוחד 1174, ירושלים.
- המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות וגיוינט-מכון ברוקדייל, ביטוחי בריאות משלימים: סוגיות במדיניות ובהתנהגות השוק, 1999.
- המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות, "הביטוח המשלים", בתוך: דוח כנס ים המלח הרביעי לפערים ואי-שוויון במערכת הבריאות בישראל, 2003.
- זמורה ע', צ'רניחובסקי ד' ושמואלי ע', מנגנון הקפיטציה וההקצאה הציבורית לשירותי רפואה בישראל, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים 2003.
- חבושה צ' ושיף ר', דוח השוואתי על פעילות קופות החולים לשנת 2002, משרד הבריאות, ירושלים.
- חורב ט' וצ'רניחובסקי ד', "מודל אופטימלי למערך רפואת השיניים בישראל", בתוך: הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1999, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים.
- חוק הפיקוח על עסקי ביטוח, התשמ"א-1981.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995.
- חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998 (תיקוני חקיקה), התשנ"ח-1998.
- מבקר המדינה, דוח שנתי 51 ב' לשנת 2000 ולחשבונות שנת הכספים 1999.
- מדינת ישראל, דוח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי), ירושלים 2002.

- משרד הבריאות, קובץ נתונים סטטיסטיים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2002, ירושלים 2004, לוח מס' 30, עמ' 29.
 - משרד הבריאות, כללים לתכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן), ירושלים 2003.
 - צ'רניחובסקי ד', אלקנה י', אנסון י', ושמש ע', שווינויות ומערכת הבריאות בישראל: עוני יחסי כגורם סיכון לבריאות, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים 2003.
 - קיי ר' ורוטר ר', ביטוחי בריאות נוספים בארצות אירופה והמערב – דילמות וכיוונים, גוינט-מכון ברוקדייל, דמ-01-366, ירושלים 2001.
- Chernichovsky D., Bolotin A. and D. de-Leeuw, "A Fuzzy Logic Approach Toward Solving the Analytic Maze of Health System Financing", **The European Journal of Health Economics**, vol. 4 no. 3, 2003, pp. 158-175
 - Chernichovsky D., " Disaggregating Private Spending on Medical Care For Improved Public Policy", Processed, Ben Gurion University of the Negev, 2004
 - Gross R. and Barammli-Greenberg S., (2004), "Evaluating the Effect of Regulatory Prohibitions against Risk Selection by Status on Supplemental Insurance Ownership in Israel", **Social Science & Medicine** 58, 2004, pp. 1609-1622