

prof. YEHUDA KAHANE, Ph.D
Financial and Actuarial Consultant
Member Int'l Actuarial Assoc.

פרופ. יהודה כהנא
יעוץ כלכלי אקטוארי ופיננסי

5 Stern St., Herzlia
Israel, 46425

טל. 052-553874 Tel.

שטרן 5, הרצליה
מיקוד 46425
ע.מ. 00519199

מסמך: בריאות 2

תאריך: 16.12.88

אספקטים ביטוחיים ואקטואריים בביטוח בריאות בישראל

(מוגש לוועדת החקירה הממלכתית לבדיקת מערכת הבריאות בישראל)

הנני מודה על הסטנוגרמה של עדותי בועדה מיום 28.8.88. לבקשת חברי הועדה, הנני מתכבד להמציא סיכום קצר של הדברים ושל עמדתי, לרבות נושאים שלא נשאלתי עליהם לענין עדותי. מפאת קוצר הזמן ורוחב היריעה אסתפק בסגנון סלגרפי. כמו כן, אביע את דעותי האישיות. דעות אלה אינן משקפות את הדעות של גופים שאני קשור עמם.

סיכום זה יתייחס הן לשאלה של ביטוח בריאות ציבורי רחב מול ביטוח פרטי רחב, והן לאפשרות של ביטוח ציבורי נרחב כשנלוות לו רק תכניות משלימות על בסיס מסחרי. מאחר והנושא הוא רחב מאד, וקשור לחלק ניכר מכלל הפעילות הכלכלית והמשקית, לא ניתן לכודד את ההיבטים המימוניים, האקטואריים, והכלכליים משיקולים חברתיים ואחרים. אי אפשר להתעלם מה"מיתוס" המונח בבסיס כל השיטה, כי הוא יכתיב את צורת הפתרון.

ההיסטוריה מכתובה את מצב המערכת כיום המהפיכה התעשיתית הביאה לשינויים בתפישה של שירותי בריאות. משיקולי בטחון פנים, ומעט מתוך דאגה חברתית לשלום האוכלוסיה, הונהגו החל מסוף המאה התשע-עשרה הסדרי ביטוח סוציאלי, שהתבססו על המדינה ו-או ארגונים ציבוריים גדולים שפעלו כמבטחים וכמספקי שירותים.

בעשורים הראשונים של המאה הנוכחית, חלה תמורה הדרגתית, ומערכת הבריאות בארצות העולם המערבי החלה להתבסס יותר על שיקולים סוציאליסטיים, שמכתיבים את אופיה עד עצם היום הזה.

גישות בסיסיות לביטוח בריאות אנשים שואפים ליצור חברה שהיא משוחררת לחלוטין מסיכונים (RISK-FREE-SOCIETY) אולם דבר זה לא ניתן להשגה - בין השאר, משום היעדר נכונות לשלם עבור ביטוח מלא. שיקולים כלכליים תיאורתיים מראים שכאשר

מחיר הביטוח משקף גם את הוצאות הניהול ו"העמסות" אחרות, יתקבל האופטימום ברמה של ביטוח חלקי בלבד, ולא יהיה ביקוש לביטוח מלא. אם ההעמסות מעל לתוחלת העלות יהיו גבוהות, יתכנו מצבים שבהם לא יירכש ביטוח כלל.

שתי השאלות הבסיסיות לענין זה הן: מה המסגרת הארגונית והמימונית שבה יתנהל הסדר הביטוח? ומה מחיר הביטוח? התשובות לשאלות יסוד אלה הן, כמובן, קשורות זו בזו. אתיחס בעיקר לשאלת המסגרת ואעבור בהמשך לשאלת המימון והמחיר.

קימות שתי גישות יסוד בסיסיות לביטוח סיכונים. הגישות הבסיסיות הן:

- א. ביטוח המבוסס על עקרונות חברתיים, לפיהם כל אדם זכאי להגנה נאותה ולסיפוק צרכיו (הן מבחינה בריאותית והן מבחינה פיננסית).
- ב. ביטוח המבוסס על שיקולים עיסקיים טהורים ומונע על פי מטרת השגת רווח.

במציאות קימת בד"כ פשרה בין שתי הגישות. הן אינן מתקימות בצורתן הטהורה, אלא מופיעות בצורה משולבת, עם שוני בדגש לכיוון זה או אחר. לדוגמא, בארה"ב רוב הכיסויים ניתנים על ידי מבטחים מסחריים מלבד מדיקר שניתן לקשישים ולמקרי סעד. בארצות אחרות הביטוח החברתי מכסה את מרבית התחומים הקשורים למניעה ולטיפול במחלות וכו', אך תחומים ספציפיים מושארים מחוץ למערכת הכוללת: טיפולים הנחשבים לטיפולים קוסמטיים, אביזרי נוחות למיניהם, משקפיים, טיפולי שיניים וכו' (קו הגבול הוא לעיתים תולדה של התפתחויות היסטוריות: ההפרדה של רפואת השן משקפת אולי את הגילדות הנפרדות של רופאי השיניים). קו הגבול משתנה עקב התפתחויות ברפואה, גילוי טכניקות יחודיות ויקרות וכו'.

ביטוח חברתי לעומת עיסקי נקודות ההשוואה העיקריות בין שתי הגישות:

- א. כסוי לפי צורך או לפי תשלום? בגישה החברתית כל אחד זכאי למלוא השירותים, ללא תלות במצבו הפיננסי, ואם מתעורר הצורך לספק יותר שירותים (למשל, עקב אפידמיה) אזי המערכת הציבורית צריכה לספק שירותים אלה, ולדאוג אחר כך למימון על ידי פיזור הנטל בצורה זו או אחרת על האוכלוסיה (על ידי מימון ממקורות ציבור או על ידי גביה מוגברת מהעמיתים, או

מחלקם). כמות השירותים המסופקת היא לפי מה שהמערכת חושבת לנכון לספק (רק בשנים האחרונות מתלבטים בשאלת הגבול לשירותים, וזאת בגלל העלויות הגדולות של המערכות).

ב. איזון תקציבי: בגישה החברתית המערכת אינה צריכה להיות מאוזנת תקציבית. יש קודם כל לספק שירות ורק אחר כך לדאוג למימון. במקרים קיצוניים עלול הדבר להביא לידי כך שמפעילי המערכת עלולים להיות מעוניינים ביצירת גרעון גדול ככל האפשר כי על ידי כך "חוטפים" נתח גדול יותר מההכנסה הלאומית לשם טיפול בצרכים הבריאותיים של האוכלוסיה. כאשר הביטוח מקיף את כלל האוכלוסיה, הוצאות מערכת הבריאות ממומנות בסופו של דבר על ידי כלל האוכלוסיה, אם דרך מנגנון גבית דמי הביטוח, ואם באמצעות מערכת המיסוי. מימון גרעוני עלול לגרום, לפיכך, להקצאת נתח גדול יותר של סך המקורות המוקצים בפועל לבריאות.

ג. הערכת הביצוע: המערכת החברתית נמדדת לפי קריטריונים של היקף השירותים וזמינותם ולא לפי קריטריון עסקי, כגון רווח. ייחוס קריטריונים חדשים להערכת ביצועי הארגונים שנוסדו על בסיס תפישה חברתית, כגון האם הם מאוזנים פיננסית כפי שגוף עסקי צריך להיות מנוהל, אינה תואמת את תפישות היסוד, ואת המיתוס הארגוני. מובן, עם זאת, שכיום נכנסת באופן הדרגתי גישת עלות-תועלת גם להערכת שירותים חברתיים, בגלל אילוצים מאקרו כלכליים. כלומר, קים שינוי הדרגתי של עקרונות היסוד.

ד. ביטוח חובה?: במערכת החברתית ההצטרפות היא חובה, ואינה וולונטרית כמו במערכות עסקיות. ענין זה הוא הבסיס לקיום התכנית (בגלל שיקולים אקטואריים שיפורטו בהמשך). המושג "חובה" מקיף מערכות בנוסח ביטוח ממלכתי, או ביטוח במסגרות גדולות בדומה לקופות החולים הקימות, ובעיקר קופת החולים הכללית, שם ההשתייכות הארגונית קובעת את הזכות לקבל שירותים בריאותיים.

ה. קשר חוזי: במערכת החברתית השירותים מבוססים על מעין הסכמה חברתית, מבלי שיש חוזה מוגדר בין המבטח למבוטח. (לדוגמא, התכניות השונות של ביטוחים משלימים המוצעות בימים אלה לציבור הישראלי במסגרת קופות החולים ובאמצעות ביטוחים פרטיים, נכנסות לתחום שכלל לא ברור שאינו מכוסה במסגרת הביטוח של קופות החולים. העדר תגובה מתאימה לענין זה ייצור מצב שבו בעוד

כמה שנים תיווצר עובדה בשטח שעניינים אלה אינם מטופלים על ידי קופות החולים...). אם זה רק תכסיס לדרישת דמי חבר מוגדלים, אזי יש לומר זאת גלויות, ולבסס את הכיסוי הנוסף רק לתחומים שבהם המערכות החברתיות החליטו שלא לטפל כלל.

אם הכוונה היא באמת להרחיב את הכיסוי הקיים מבחינת שיפור איכותו (זכות לבחירת המנתח, חדר נוח יותר בבי"ח, אספקת שירות בזמן קצר יותר מהסטנדרד וכו') - אזי יש לקבוע במפורש מהו הסטנדרד הנדרש בכיסוי הרחב לכלל האוכלוסייה, ולעמוד בו. מובן, שיש בחלק מהמערכות הקימות התנגדות על בסיס אידאולוגי לקיום מסגרות מפלות, והתנגדות זאת עלולה לכשעצמה דווקא לדרבן יצירת מסגרות פרטיות. מסגרות פרטיות אלה עשויות לנצל את המערכות הציבוריות (אם המערכות הציבוריות תהיינה גמישות), או שיעקפו את המסגרות הציבוריות וירוקנו אותן מתוכן, תוך בזבוז משאבים על יצירת מערכות כפולות.

ו. **כפיפות לדיני ביטוח?** על ה"חוזה" שבין הקופה לעמיתה לא חלים בהכרח העקרונות המיוחדים של חוזה ביטוח. אעיר שהגדרת "ביטוח" בס' 1 של חוק חוזה הביטוח היא מעורפלת, ואף ההתייחסות המפורשת לביטוח מחלה ונכות בחוק זה אינה מבהירה אם קופות החולים מספקות חוזה ביטוח או לאו. בסיכומו של ענין נראה שביטוח הוא חוזה שנמכר על ידי "מבטח". הענין מושאר איפא להכרעת חוק הפיקוח על עסקי ביטוח אשר מגדיר מיהו "מבטח". ומניתוח ענין זה מסתבר שמבטח הוא מי שהמפקח על הביטוח רואה כמבטח ודורש ממנו לקבל רשיון... על כן ניתן יהיה לפתור חלק מבעיות מערכת הבריאות על ידי כך שהמפקח על הביטוח יחליט שקופות החולים הן בהגדרת "מבטח"... זכויות העמיתים בקופות נקבעות בתקנונים, וועדות פנימיות, באופן חד צדדי, ולעיתים אינן ברורות לעמיתים. התרשמותי היא שהציבור כיום נוטה להעדיף "חוזים" ברורים, ומורגל יותר לבחור בין חוזים שונים. אף כי אינני משפטן נראה לי שיכולות להתעורר שאלות סבוכות בדבר הרשויות המתאימות לדיון בסכסוכים ענייניים ומשפטיים שונים הנוגעים ליחסי העמיתים והקופות וליחסי הממשלה והקופות.

ז. **קשר בין עלות ותמורה - סיבסוד פנימי:** במערכת המבוססת על חישוב עסקי, מנסים ליצור קשר הדוק בין המחיר לתמורה. על כן משתדלים שהלקוח ישלם פרמית ביטוח המשקפת את רמת הסיכון שלו, ושהעובד יקבל תמורה הולמת לתשומות שהוא משקיע ולתפוקה שהוא נותן. מובן שגם בשוק הביטוח המסחרי לא

ניתן לקבוע במדויק את רמת הפרמיה האישית שכל פרט ופרט צריך לשלם, והחישוב מתבצע על ידי מיצוע על קבוצות אוכלוסיה ולא לכל פרט. (כלומר גם במערכת עסקית נוצרים סיבסודים פנימיים - גם לפני מעשה וגם בדיעבד, לאחר שהסתבר אם פלוני חלה ונזקק לשירות או לאו). במערכת חברתית הסיבסוד נעשה בצורה גורפת יותר ועל פני שכבות אוכלוסיה נרחבות וגדולות, ובאופן שקשה להתחקות אחר היקף הסיבסוד. (לדוגמא, דמי החבר נקבעים לפי אחוז מסוים מההכנסה, בעוד שאין בטחון שאנשים אמידים צורכים יותר שירותי בריאות). מערכת חברתית מבוססת מטבעה על סבסודים הדדיים. מובן, שאם היקף הסבסוד עולה על רמה מסוימת שקשה להגדירה במפורש מראש, הדבר יוצר אי שביעות רצון אצל אלה שמרגישים שהם משלמים הרבה מעבר להיקף השירותים שהם צורכים בהווה או יצרכו בעתיד. במקרה זה יוצרו לחצים לשינוי או פירוק המערכת. נראה לי שכיום הנכונות של אנשים להשתייך למסגרות שבהן קימת אחריות הדדית אינה דומה לזו שהתקיימה לפני 20-30 שנה. משום כך, יש צורך לעדן יותר את מסגרת הסבסוד הפנימי, לעומת מה שהיה קים בעבר, על מנת שמערכות ביטוח חובה יוכלו להתקיים. (הערה: ישנה אפשרות לטשטש את היקף הסיבסוד על ידי הגדלת ההשתתפות של הממשלה, המעסיקים ואחרים במימון המערכת, אולם ברגע שהנטל של מערכות מימון מסיעות כאלה עולה על רמה מסוימת הדבר מוליד התמרמרות ומחזק את הרצון לחמוק מהמערכות או לקעקען).

הדבר קשור, כמובן, גם לשאלות נוספות של תפישת הצרכן את טיב שירותי הבריאות שהוא מקבל, והערכתו הסובייקטיבית לגבי הפרמיה שהוא מוכן לשלם על מנת להתמודד עם הסיכון שהוא חשוף לו. אי התחשבות בגורם זה עלולה להביא את הצרכן לדרכי פעולה משלו: הימנעות מביטוח, גם אם הוא ביטוח חובה, צריכה מוגברת של שירותים, העדפת פתרונות עם השתתפות עצמית וכו'.

ח. העמסת עלויות: ביטוח חברתי, הוא ביטוח חובה. היותו כזה, מאפשר השגת חסכון פוטנציאלי בהוצאות השידוק, המינהל, הגביה, וביצוע השקעות. ביטוח חובה מונע גם הטיה שלילית הנפוצה בביטוח וולונטרי (ששם האוכלוסיה המבוטחת כוללת את אלה שמרגישים שהם חשופים לסיכון מוגבר). על כן במערכת חברתית המנוהלת כהלכה העלות למשק הלאומי יכולה להיות נמוכה באופן משמעותי מהעלות של מערכת ביטוח עסקית. (אזכיר ששעור ההוצאות והרווח המועמס על העלות הנקיה של ביטוחים מסחריים מגיעה לעשרות אחוזים). מצד שני, הנסיון המצטבר בישראל ובמדינות המערב מצביע על קושי של מערכות ביורוקרטיות גדולות להשיג יעילות כלכלית, ועל היתרונות שיש ל"כוחות השוק" בהשגת יעילות כזו.

ה ב ע י ו ת ש ל מ ע ר כ ת ה ב י ט ו ח ה ק י מ ת

המערכת הקימת בארץ, והמבוססת על קופות החולים (ובעיקר קופ"ח הכללית המבטחת כ-3מליון איש), סובלת מכמה בעיות:

א. גרעונות תקציביים גדולים.

ב. מערכות תימחור לקויות (וכמעט לא קימות) שאינן מאפשרות זהוי מוקדי בעיות כספיים.

ג. בעיות ניהוליות וארגוניות. סמכויות שאינן תואמות אחריות ולהיפך. מעורבות פוליטית בניהול, קיום קבוצות לחץ ואחוזות פוליטיות.

ד. מערכות תימרוץ לקויות וחוסר רציונליות בניהול כ"א.

ה. אספקת שירותים וקבלת שירותים ממוסדות אחרים אינה מתומחרת כהלכה.

ו. גישה לא כלכלית באספקת שירותים, כאשר מקרים מועטים ושוליים עלולים לצרוך הקצאת מקורות עצומים.

ז. אי הגדרה של רמות השירות למבוטחים מבחינת כמות, איכות וזמן.

ח. צריכה לא רציונלית של שירותי בריאות עקב מנגנוני תימחור לא נכונים (צריכת תרופות ושירותי רופאים במרפאות למשל).

הערה: להערכת הגורם של ניהול מבוזר לעומת ניהול ריכוזי, אינו גורם חשוב

בשלב זה. הריכוזיות, כשהיא מנוהלת ביעילות עשויה לחסוך עלויות רבות.

ביזור, כשאינו כ"א וכלים ניהוליים מתאימים, לא ישפר -- ואולי ירע -- את

המצב. ביזור עשוי להקל על השגת המטרה רק אם יעשה בהדרגה ובצורה מתוכננת,

ולאחר הכשרת כ"א.

ט. העדר סטנדרד ברור אשר יוצר שירות ברמה לא שוויונית, לאלה שיש להם

קשרים לעומת אלה שאינם קשרים או אמצעים.

י. ניהול מערכת ללא התחשבות בצווארי בקבוק. אם קיומו של ציוד יקר, או

מעבדה מסוימת הם התנאי לקיום שירותים אחרים, ובמערכות אלה קיים לחץ אשר

מקרין אי יעילות (למשל זמן אישפוז מיותר) ליתר המערכות, אזי יש לטפל

במוקדים אלה (למשל על ידי עבודה במשמרות וכו').

י ע י ל ו ת ה מ ע ר כ ו ת ה ח ב ר ת י ו ת ו ה מ ס ח ר י ו ת

אינני סבור שהבעיה העומדת בפני הוועדה היא האם להמיר את המערכת הקימת,

המבוססת על שיקול חברתי בעיקר, במערכת מסחרית טהורה. פתרון זה גם לא

נראה מעשי. השאלה העיקרית היא כיצד להגיע לפתרון משופר ויעיל יותר. על

כן יש לבחון בראשונה את שיקולי היעילות: מבחינת הקצאת משאבים, ומבחינת

הקצאת השירותים.

יעילות מערכת חברתית - בעד ונגד:

כשמערכת חברתית תנוהל כהלכה, להערכתי היא אמורה להיות זולה בצורה משמעותית ממערכת עסקית (בגלל היות הביטוח ביטוח חובה, ובגלל העדר סלקציה שלילית). בנוסף לכך, השיקול החברתי יבטיח קביעה נכונה של היקף השירותים ורמתם, וכן חלוקה נאותה יותר של השירותים. היקף השירותים המסופק לאוכלוסייה יהלום יותר שיקולים חברתיים (נגישות, אספקת שירותים במקומות מרוחקים שביטוח עסקי לא יטפל בהם, מחיר שהוא בהישג יד לכולם - הודות לסיבסודים פנימיים וכיו"ב).

אולם, כאמור, מערכות חברתיות מתקשות להגיע לניהול יעיל. המערכות עלולות להיות בלתי יעילות, כבדות תנועה, ובפועל עלולות להתקשות לתפקד בצורה משביעת רצון. בעצם עלול להיוצר מצב של גוף מונופוליסטי, או כמעט מונופוליסטי, המעסיק את הסגל הרפואי ורוכש שירותים ומוצרים שונים, מה שדווקא מקשה לעיתים את ההתמודדות עם הספקים. יתר על כן, גופים גדולים עלולים להגיב באיטיות להשתנות הצרכים (הכלליים והמקומיים), ולהשתנות המחירים היחסיים. בתי החולים הממשלתיים וקופות החולים בישראל יכולים לספק דוגמאות רבות למצבים מוזרים הנובעים מתימחור בלתי נכון, מעיקור התמריצים של ספקי השירותים ועוד.

יעילות מערכת מסחרית - בעד ונגד

מערכות מסחריות יגיבו במהירות רבה יותר, וביעילות רבה, לתנאי הביקוש וההיצע. אך מצד שני, הפעולה לפי עקרונות מסחריים טהורים תשבש אספקת שירותים למקומות מרוחקים, למי שידו אינה משגת, וכו'. ישנן ארצות שבהן הביטוח הרפואי נשען בעיקר על מערכות עסקיות, כשהדוגמא הבולטת היא ארה"ב. הנסיון מראה כי שם גם כן אין שביעות רצון מהמערכות, ומתעוררות שאלות חמורות של היקף הכיסוי והעלויות. בשנים האחרונות, למשל, רוב המעסיקים הגדולים בארה"ב מחפשים פתרונות אלטרנטיביים להסדרים הביטוחיים, והרבה עוברים למסגרות של ביטוח עצמי, על מנת להוזיל את העלות הכוללת של המערכת. אקטוארים ויועצי ביטוח רבים מוצאים לאחרונה פרנסתם בניהול מערכות חליפיות למערכות הביטוחיות העסקיות. יתר על כן, עצם קיומו של ביטוח מעודד לעיתים ביקוש נוסף לשירותי בריאות וגורם להתיקרויות נוספות. זהו מעגל קסם שמגיע לסיומו בפיצוץ.

האם מישהו מוכן להטיל על מבטח מסחרי את ההחלטה האם לבצע דיאליזה לאדם מבוגר או לאו, ולבססה רק על שיקול כלכלי? או להטיל עליו את ההכרעה בשאלות הטיפול בחולים במחלות קשות? מן הבחינה הכלכלית, למשל, אפשר לראות שלגבי אנשים שנפטרו עקב מחלה ממושכת, עיקר הוצאות הטיפול בכל חייהם, מרוכזות בשנתיים או שלוש שנות החיים האחרונות. האם נקבל החלטה כלכלית שלא להשקיע פרוטה בהארכת תוחלת החיים? יתכן שנחסוך על ידי כך 2% מהתפוקה הלאומית, והדבר יציל אולי את קרנות הפנסיה ממצוקה כספית. האם נימוקים מסוג זה יכריעו בקביעת יעדי מערכת הבריאות והיקף השירותים שהיא נותנת? אזכיר גם שמערכות ביטוח עסקיות אינן חסינות ממשברים פיננסיים, בדומה למערכות ציבוריות. קורים מקרי פשיטת רגל, לעיתים בגלל הבטחת הרים וגבעות שלא ניתן לתת להם כיסוי, ולעיתים בגלל אותם כשלים ניהוליים כדוגמת אלה שקימים במערכות ציבוריות.

פתרון הממיר ביטוח ציבורי בביטוח עסקי, המבוסס על מבטחים קטנים, ושאינם משרתים אוכלוסיה נרחבת או נותנים שירותים רק על בסיס השתיכות למקום עבודה, או איזור גיאוגרפי יוצר בעיות קשות לאחר זמן מה - בגלל העדר יכולת להבטיח המשכיות, או לעמוד בנטל השירות למגזרי אוכלוסיה מתבגרים. בטווח הארוך מתגלה שהסדרים אלה הופכים להיות מכשול לניידות, או מכשול בפני מבקש הביטוח שעזב מקום עבודה או מגורים. (ראה בעית רציפות הסדרי HMO בארה"ב). יתר על כן, היו בעולם מקרים של מבטחים שפעלו כהלכה לזמן מה, אך כשלבסוף נאלצו לטפל באוכלוסיה מבוגרת, שלא יכלה לממן את היקף השירותים הנדרש, נאלצו לפשוט רגל, ולהשאיר אוכלוסיות במצב ללא יכולת לקבל כיסוי. הדבר נכון במיוחד כאשר נתקלים באפידמיה או מקרי קטסטרופה (ראה למשל השפעת האיידס על מערכות הבריאות ועל כלל התקציב העירוני של ניו יורק או סן פרנסיסקו).

ה פ ת ר ו נ ו ת ה ר צ ו י י ם

הדיון לעיל רמז על דעותי לגבי הפתרונות המוצעים כיום, ושהושמעו בפני הוועדה.

כעקרון, לדעתי יש להמשיך במערכות המבוססות על תפישה חברתית ולא לעבור באופן כוללני לפתרון עסקי טהור. לכל היותר ניתן לשלב ביטוחים עסקיים משלימים בהיקף מצומצם. הפתרון צריך להתרכז בשיפור המערכות הקימות על ידי הכנסת תמריצים להתנהגות כלכלית במערכות הציבוריות.

רבים נוהגים לטעון שהבעיות במערכת הקימת כל כך גדולות עד כדי כך שעדיף לפרקן על פני נסיון לשקמן. לדעתי זו גישה לא רצינית, בזבזנית ויקרה. התרשמתי שאנשים מצפים לכך שהעברת כל המערכת הקימת לביטוח מסחרי תציל את מערכת הבריאות על ידי הפיכתה לרציונלית יותר במובן הכלכלי. ביטוח מסחרי לא יצמצם את עלות המערכת לאפס. מערכת בריאות תעלה בכל מקרה הרבה כסף, בהתאם לסטנדרד הרצוי. והסטנדרד הרצוי נקבע על ידי כוחות שפועלים בכיוון

יוגדר היקף השירותים הרפואיים שכל אדם יהא זכאי לו. כל אחד יוכל לקבל שירותים אלה מספק שירותים (קופת חולים, למשל). ספק זה יקבל מהגוף המממן את ההקצבה על פי שיקול אקטוארי לפי סוג החבר והיקף השירות שהוא עתיד לצרוך, או לפי השירות שינתן בפועל. כל אדם יוכל לבחור לו אחת לכמה זמן (נאמר, שנה או שנתיים) את הקופה שתיתן לו את השירות. דבר זה יבטיח תחרות על רמת השירות. גוף מספק שירותים, שאין לו קיבולת נאותה במקום מסוים, יוכל לרכוש את השירות מספק שירותים אחר, במחירי העברה שיקבעו מספקים מתחרים. ספקי השירות יכולים להיות קופות החולים הקימות, ארגונים מסחריים אחרים (כגון איגודי רופאים כדוגמת HMO בארה"ב וכיו"ב).

הגוף המממן ידאג לרישוי הגופים מספקי השירות, ויקבע את רמתם המקצועית של נותני השירות. יתכן שיהיה צורך בקרנות עזר, שיבטיחו את יכולת הפרעון של גופים אלה, ויאפשרו מימוני ביניים. יתכנו מצבים בהם המבוטח ישתתף בחלק מההוצאות, כאחוז מסוים מההוצאה בפועל, עד תקרה מסוימת. הדבר יעודד צריכה רציונלית של שירותי בריאות, ימנע ביקוש מיותר, ויקרב אותנו לאופטימום (הביטוח האופטימלי הוא ביטוח עם השתתפות עצמית).

אין לשכוח גם את הצורך להגדיר את היקף ואת איכות המערכת החברתית הרצויה. אי אפשר לחמוק מהבעיה המרכזית של הגדרת היקף השירותים וגבולותיהם, על ידי הסטת תשומת הלב לבעיות צדדיות כגון ההתמקדות בצורך במהפך אירגוני, או מעבר משיטה חברתית לשיטה עסקית.

הבעיה המרכזית, לדעתי, היא בהגדרת הסל המכוסה על ידי הביטוח החברתי. לאור דברי לעיל ברורה גם עמדתי שהסל חייב להיות רחב ביותר מבחינת כמות השירותים, באיכות גבוהה ובאספקה בתוך זמן סביר. לאחר קביעת מסגרת כזו יחושב מחירה ושיטת הגביה מהציבור. הדבר עשוי להותיר מספר תחומים שוליים שיטופלו במסגרות ביטוח וולונטריות: לדוגמא, מסגרת כזו תוכל להבטיח זכות לבחירת המנתח, קבלת תור לניתוח תוך יום במקום תוך שבוע וכו' תמורת תשלום נוסף או ביטוח נוסף. יש והביטוח יאפשר רכישת שירותי מלון טובים יותר בזמן אישפוז בבי"ח (חדר נפרד, טלויזיה, אחות פרטית). - מהבחינה התיאורתית שיפור שירותי המלונאות אינו ענין לביטוח בד"כ, כי יוכל להיות ממומן באופן שוטף על ידי הלקוח - אין כאן סיכון קטסטרופלי לפרט. יתר על כן, ענין הביטוח המסחרי המשלים אינו כה פשוט, עקב התנגדות אידאולוגית לקיום מסגרות מפלות על בסיס היכולת הכספית של מבקש השירות. אך לדעתי לא ניתן לטמון את הראש בחול ולהתעלם מכך שבפועל יתקימו הסדרים כאלה, תהא האידאולוגיה אשר תהיה.

נשאלתי על ידי הוועדה לגבי האפשרות לאמוד את העלויות של מערכות חליפיות ושל הסדרי ביטוח. לענין זה הבעיה הראשונה במעלה היא להעריך את העלויות והתימחור של ההסדרים הקיימים. רק לאחר מכן כדאי לתת את הדעת על הדרך לתמחר הסדרים חליפיים או משלימים.

ניתן להשתמש בשיטות אקטואריות לאומדן העלויות של הסדרי ביטוח למיניהם. לדוגמא, במקרה של מחלות חשוכות מרפא או מחלות קשות מאד אחרות, תכניות הביטוח המסחריות מבוססות על לוחות התמותה הנפוצים, ומקדימות את שעורי התמותה: כי האדם יקבל פיצוי בעת התגלות המחלה, במקום בסופה.

ככל שהביטוח נרחב יותר, קל יותר לאמוד את עלותו הכוללת, בטעות אמדן סבירה. כאשר מדובר על ביטוח ספציפי מאד, טעויות האומדן יתגלו כגדולות, ואז יש להכין מנגנונים שיאפשרו התאמת הפרמיה בעתיד, לאור הנסיון, ולאור השתנות המגמות (בתחום הרפואה כמו בתחומים אחרים קימת השתנות מתמדת של שיטות הריפוי והטכנולוגיה. הדבר משפיע על העלויות (בד"כ בכיוון מעלה), ועל משכי הטיפול - שגם לכך יש מחיר. תכניתו של האקטואר, חייבת איפא להשתנות עם הזמן, ואין ליצור תכנית ביטוח המבוססת על תעריף קשיח הנקבע זמן רב מראש.

ישנם מקרים בהם אין נתונים טובים, ואז האקטואר נאלץ לבצע הערכות ואומדנים, בחלקם נועזים למדי. טיב התוצאות תלוי בטיב הנתונים. אביא לדוגמא תחום אחר: ביטוח רכב חובה, שבעת הנהגתו לא היו כלל נתונים רלוונטיים לצורך אומדן העלויות, ולמרות זאת הגענו בזמנו לאומדנים שהתגלו בדיעבד כמצוינים.

כאשר הביטוח צר, ומבוסס על הנחות נועזות, המבטח הפרטי ייאלץ לגבות פרמיה הכוללת שעורי ביטחון גבוהים. מסגרת חברתית תוכל, לעומת זאת להתמודד עם טעויות אומדן בהצלחה גדולה יותר, אם יש לה מערכות בקרה טובות.

כאשר הביטוח המסחרי "משלים" הוא רחב מאד, ובעצם מכסה כמעט את כל סיכוני הבריאות ושל כל האוכלוסיה, אזי עלותו תהיה בדומה לסך הוצאות הבריאות הכוללות כיום - כלומר כ-7% מהתפוקה הלאומית בתוספת הוצאות הניהול והרווח. ההעמסות עלולות להיות גבוהות מאלו שנדרשות כיום. באם התכנית לא תקיף את כלל האוכלוסיה, תהיה מבוססת על מערכת שיווק הפונה אל הפרט (ולא אל הקבוצה), ולא תכלול את כלל השירותים הרפואיים, אזי העלות הנוספת תהיה גבוהה ביותר. בביטוח המסחרי בתחומים אחרים אפשר לדבר על תוספת של כ-30-50% מעל העלות הנקיה. (אם כל הביטוח ייעשה באופן פרטי, אזי, פרמיות

הביטוח הכוללות עלולות להגיע אפילו קרוב יותר ל-10% מחתל"ג, כלומר כ-5% מחתל"ג יתבזבזו בעצם על "חיכוך" ולא יגיעו לידי המטופלים.

הביטוח המסחרי אינו ערובה לניהול יעיל יותר של מערכת הבריאות לעומת מה שניתן להשיג במערכת חברתית המנוהלת כהלכה. כלומר, המפתח כאן הוא הניהול המקצועי, והתמודדות ברורה עם הגדרה של רמת השירות הרצויה, מבחינת כמותו, איכותו, ומשך הזמן למתן השירות.

טיב הנתונים העומד לרשותנו כיום הוא דל ביותר אפילו ברמה כללית מאד. לדוגמא, קשה אף לקבוע אם סך ההוצאה הלאומית לבריאות היא 5% או 8%. כאן נכנסים לבעיות קשות של הגדרות, איסוף שיטתי של נתונים, ועוד. אם ברמה כל כך כללית הנתונים אינם מספקים, קל לשער מה קורה כשצריך לרדת לרמות מפורטות לצורך טיפול בבעיות ספציפיות, המחיבות מידע על כמויות ועל מחירים של שירותים בתוך "סל" השירותים המדובר.

תהליך בנית מאגרי נתונים מחייב השקעת עבודה רבה, ושיטתית. בעת שעבדתי בלשכה לסטטיסטיקה, לפני שנים רבות, והכנו תכנית אב לתחום מסוים, השקענו שנות עבודה בפיתוח טופס מרכזי אחד שעליו הועתתה בסופו של דבר כל הסטטיסטיקה(!) אפשר, כמובן, לקבל קירובים ראשוניים די טובים, אם משקיעים הרבה מחשבה וידע מקצועי, אך מותרים על דיוק אבסולוטי (למשל על ידי ניתוח גס של הרכב ההוצאות של בית חולים, כדי לקבל מושג כללי על הרכב העלויות). על סמך הנסיון בניתוח מערכות ענק, לרבות תימחור גס שלהן, והנני מרגיש עצמי מוסמך לקבוע שניתן לבצע דברים דומים גם לגבי מערכת הבריאות בארץ.

המפתח לניתוח כללי וגס של המערכת הוא בראיה רחבה ביותר של המערכת. לדוגמא, האם המערכת תכסה גם גורמים שניתן, או נהוג לכסותם בשיטות מימון אחרות? לדוגמא, האם יש להביא בחשבון עלויות של נפגעי תאונות דרכים או נפגעי תאונות עבודה המכוסים באמצעות ביטוחים אחרים? יתכן שאילו הטיפול בכל מערכת הבריאות היה שונה, היה ניתן לתת שירות חינם לנפגעים, ולהעמיס על עלות הביטוח הרפואי, ולבטלו מהביטוח המסחרי או הביטוח הלאומי. על ידי כך, יתכן והיו נחסכות עלויות חיכוך רבות במערכת, והיה ניתן לזקוף חסכון זה לטובת המערכת הבריאותית. באופן דומה יש לראות את קשרי הגומלין של מערכת הבריאות עם מערכות אחרות: השפעת דיני הנזיקין על עלות המערכת (משמעות תביעות בגין אחריות מקצועית של הרופא על כמות הטיפולים, מהותם ועלותם), הקשר בין המערכת הבריאותית למערכות אחרות של בטחון סוציאלי ולמערכת הביטוח הפנסיוני (השפעת תוחלת החיים, והתמותה), התחלופה בין

מניעה לבין טיפול מתקן (לדוגמא הקשר בין השקעות באיכות המים, זיהום אויר, שימוש בחמרי בניה וכו' על עלויות הבריאות) ועוד.

בעיות אקטואריות בקביעת הפרמיה
בעיתו של האקטואר בביטוח בריאות אינה בקביעת הפרמיה לתקופה הקרובה, וזאת משום שבמרבית התכניות העיסקיות המוצעות בעולם, יש אפשרות להתאים את הפרמיה לפי נסיון העבר, תוך הוספת גורם תיקון למגמה כללית. האפשרות להתאמת הפרמיה היא הכרחית משום שקשה לחזות את ההשפעה של קיום הביטוח על הביקוש לשירותים. כמו בביטוחים אחרים, גם כאן יש בעיות מורכבות של ניתוח השכיחות של תביעות ושל חומרתן, והמגמות של פרמטרים אלה. גם שאלת הקצאת הנטל על מגזרי אוכלוסיה שונים, הגם שהיא בעיה מסובכת, אינה הבעיה המרכזית.

תהליכי גומלין מורכבים מקשרים בין הסדר הביטוח לבין כמות ומחיר השירותים הרפואיים הנדרשים. הדבר מוצא את ביטויו בארצות מפותחות באינפלציה מהירה של סל השירותים הרפואיים. גורם זה יכול להיות מובא בחשבון על ידי האקטואר. ברור גם שתהליך עלית המחירים לא ימשך לאינסופ, משום שלאחר פרק זמן קצר היה נוצר מצב שבו הנתח המושקע בהוצאות הבריאות מתקרב לסך ההכנסה הלאומית. תהליכים אינפלציונים ספציפיים כאלה בולמים את עצמם, שכן הם מזמינים מערכות ושיטות חליפיות, מביאים להקטנת השימוש בשיטות היקרות וכו'. על כן גם כאן אינני רואה את הבעיה המרכזית.

בעיתו של האקטואר היא בביסוס מערכות תימחור טובות, על מנת שיהיו בידי כלים לאבחון מהיר של פערים ונקודות תורפה. כמו כן הוא צריך לוודא קיום מערכת ניהולית יעילה (רצוי ממוחשבת), שתבטיח בנוסף למידע גם מערכת בקרה מהירה וביקורת איכות של התהליך. זו נקודה שלעיתים לא שמים אליה לב והיא קריטית. לדוגמא: בביטוח רפואת שיניים יש מעקב צמוד על ידי רופא מטעם החברה, והוא מאשר את תכנית הטיפול שמוצעת על ידי הרופא המטפל לפני תחילת טיפול יקר. יש גם ביקורת ממוחשבת המוודאת, למשל, ששן שדווחה כשן שנעקרה לא תופל שנית כסתימה וכו'.

בביטוח מסחרי, שבו המחיר משקף בצורה הדוקה יותר את עלות השירות, נוצרות לעיתים בעיות קשות אחרות. לדוגמא, הקבוצה שמרגישה שהיא חשופה לסיכון גבוה במיוחד, מוכנה לקנות ביטוח אף במחיר גבוה יותר. הקבוצה שחשה שהפרמיה גבוהה מדי אינה מתבטחת (בביטוח וולונטרי). על כן נסיון התביעות רע מהצפוי והפרמיה חייבת לעלות. וחוזר חלילה. נוצר, אם כן, תהליך שבסופו רק החולים מאד רוכשים ביטוח, בעלות גבוהה. יתר על כן, עצם קיום הביטוח

עלול ליצור הטיות סטטיסטיות מוזרות (בעדותי הודגמה נקודה זו על ידי איזכור ההשפעה של גורמים מינהליים על עיוות הסטטיסטיקה של נפגעי תאונות דרכים).

א י ז ו ן א ק ט ו א ר י ל ע ו מ ת מ י מ ו ן ש ו ט ף

המערכת המוצעת תקבע את רמת הפרמיות לפי שיקול חברתי. הדבר נדרש על מנת למנוע בעיות הקימות במערכות מסחריות טהורות: צריכת שירותי בריאות קשורה בד"כ לגיל, ועולה עם הגיל. על כן ביטוח רפואי מקיף, אשר מבוסס על עקרונות מסחריים, יצטרך לקבוע פרמיות שעולות כפונקציה של גיל המבוטח. על מנת להימנע מהטלת העלות המלאה על זקנים, יהיה צורך לפרוס את הנטל בצורה אחרת לאורך חיי האדם (ובמיוחד בגילאי העבודה). במקרה כזה מתעוררות בעיות אקטואריות דומות לאלו המתעוררות בביטוח חיים או בביטוח פנסיוני: למשל, יש צורך ביצירת עתודות ביטוח אשר יבטיחו שהמבטח יוכל לעמוד במחויבותו גם כשהאוכלוסיה המבוטחת תזדקן, יש צורך להבטיח ערכי פדיון למי שיעזוב את המערכת בגיל צעיר וכו', ויש צורך להגדיר את דרכי ההשקעה של הכספים.

כאשר ידובר בדרכי ההשקעה של עתודות הביטוח, תתעורר מיד שאלת אגרות החוב הממשלתיות, והבטחת הריבית וההצמדה עליהן. בהעדר הבטחת ריבית, יהיה מחיר התכנית גבוה יותר. על כן, עלולים אנו למצוא עצמנו שנית במילכוד: הנסיון ליצור ביטוח על בסיס מסחרי, מכניס את כספי הציבור לתמונה בדלת האחורית. ושוב יתכן שידרש סיבסוד מקופת הציבור. כלומר, לא ניתן ליצור חברה ללא סיכון! יש סיכונים מסוימים במשק, ויש להם עלות שלא ניתן לחמוק ממנה, ככל שנתפתל...

בביטוח מסחרי אין ברירה אלא להתבסס על איזון אקטוארי מלא. מבטח שלא ינהג כך, יגיע בסופו של דבר למצב שבו אין ביכולתו לפרוע את התחבובותיו (בד"כ תישאר אז אוכלוסית מבוטחים מבוגרת שלא תוכל יותר לממן את צרכי הבריאות שלה). בביטוח המבוסס על עקרונות חברתיים, ניתן לנקוט בגישת ה"מימון השוטף" (PAY AS YOU GO), בדומה לביטוח הלאומי. בכל שנה מחשבים את הנטל הכולל על האוכלוסיה ומחלקים אותו על כלל האוכלוסיה העכשווית. על ידי כך נפטרים מכל הבעיות שהוצגו לעיל.

ה ב י ט ו ח כ ת ו פ ע ה כ ל כ ל י ת

בשנים האחרונות גבר העיסוק בתופעות ביטוחיות בתחום הכלכלה, עקב העמקת המחקר בנושאי כלכלת אי-וודאות. כיום אנו ערים למערכות קשרים ושיקולים מורכבות, ולעיתים די מתוחכמות.

במערכת הבריאות קימים צדדים רבים. ניתן לזהות לפחות שלשה צדדים עיקריים: המבוטח, המבטח (המממן) ונותן השירות הרפואי. שיווי המשקל חייב לספק את שלשתם, ולהשיג איזון בין שיקולים נוגדים. הדרך להשיג זאת היא באמצעות מנגנון ביטוח ומנגנון מחירים מתאים. הפתרון המקובל בישראל הוא שהמבטח ונותן השירות הוא גוף אחד. פתרון זה אינו שכיח בתחום הביטוח, מלבד בתחומים איזוטריים: למשל מבטחי זכויות אינם מפצים את המבוטח בכסף, אלא נוהגים להתקין שמשה אחרת במקום זו שנשברה. מנגנון השיפוי הכספי עלול ליצור מצב שבו עצם קיום הביטוח מביא להתיקרות השירותים (למשל, מבוטח רכב מאבד את הענין במחיר התיקון, והמבטח נאלץ לשלם פיצויים גבוהים - ומעמיסם לאחר מכן על המבוטחים דרך הפרמיה המוגדלת). במקרים אלה המבטח עשוי להבטיח את השירות בעצמו (יתנה את השיפוי בכניסה למוסך של חברת הביטוח).

תקנים לרמות השירות הנדרשת הם חשובים ביותר. שיטת ה DRG שפועלת בארה"ב, ניסחה את רמות השירות על פי הממוצע המקובל (למשל כמה ימי אישפוז נדרשים לטיפול מטוים). שיטה זו היא צעד ראשון הכרחי, אולם אין זה סוף הדרך: השיטה מוותרת בעיות של אי אבחנה בין מוסדות שונים, מאפשרת התיישרות כלפי מטה, אינה תואמת בהכרח את מנגנוני המחיר הנכונים. אם המנגנון אינו מושלם, וקשה ליצור מערכת מושלמת בנסיון ראשון, יווצרו, כמובן, עיוותים רבים: למשל ספק שירותים שרואה שאינו מקבל את התמורה הנכונה ישתדל לקבלם במקום אחר.

מנגנון המחירים חייב להבטיח את סיפוק צרכיהם של כל הצדדים: להבטיח שנותן השירות (הרופא, למשל) יקבל תמורה מתאימה על מנת להמריצו לתת את השירות המבוקש (מבחינת כמות, טיב ועיתוי). המנגנון חייב גם לגלם בתוכו את מערכות התמריצים הנכונות לניהול רציונלי. המנגנון חייב להבטיח שהמבטח יגבה פרמיות מתאימות כך שיוכל לתת את הכיסוי הנדרש בכל מקום, ולכל קבוצה שאנו מעוניינים בכיסויה: להבטיח כיסוי גיאוגרפי נאות, לקבוצות אוכלוסייה שאינן העשירות ביותר וכו'. מצד שני המנגנון חייב להבטיח שהמבוטח יקבל בקירוב תמורה ההולמת את הפרמיה (באמצעות הפחתת סיכון, ובאמצעות שירותים רפואיים בהווה ובעתיד). הביטוח צריך להלום את צרכיו וטעמיו של המבוטח.

בעיה ביטוחית שכיחה היא כיצד לנצל תקציב נתון: לכסות אירועים שכיחים, אך שעצמתם הפיננסית קטנה ואינה מסוגלת למוטט את המשפחה? או האם לבטח דווקא את האירועים הקטסטרופליים מנקודת ראות המשפחה (מחלה מיוחדת, צורך בניתוח יקר וכו')? נטיתם של מבוטחים היא לבטח דווקא את האירועים השכיחים, שנזקיהם קטנים, ולהתעלם מהאפשרות שיפגעו על ידי אירוע קשה ("לי זה לא יקרה"). לעיתים רצוי לנקוט בגישה פטרנליסטית, ולכפות ביטוח בהיקף נרחב

על המבוטחים. לא כאן המקום להרחיב את היריעה בנושאים אלה.

חובת הביטוח עשויה להיות חשובה. באם הביטוח הוא וולונטרי, וביטוח לקטסטרופות לא נרכש על ידי הפרטים בגלל יוקרו, נוצר מצב שבו הנפגעים שאינם מבוטחים פונים בסופו של דבר למדינה לקבלת סיוע. קיום הגנה ממלכתית למי שלא בוטח, מעודד אחרים לחמוק מהביטוח. תופעה זו מצויה בתחומים אחרים בחיי היומיום שלנו: נזקי טבע בחקלאות, ביטוח מפני נזקי מלחמה, ביטוח במקרה רעידת אדמה וכו'.

יתכנו אינסופ צורות של חוזי ביטוח (אפילו באותה רמת פרמיה): ביטוח עם השתתפות עצמית בסכום קבוע, ביטוח עם השתתפות עצמית יחסית (אחוז מסוים מכל נזק), ביטוח עם תקרה לגבי סכום ההוצאות הרפואיות בשנה או במשך החיים, הסדר הכולל שילוב של הסדרים כאלה וכו'. לכל חוזה כזה יש יתרונות וחסרונות כלפי הצדדים השונים במערכת (למשל מבחינת השליטה על MORAL-HAZARD, מניעת סלקציה שלילית בחיתום, מניעת ניצול המערכת לרעה, הבטחת קשר ארוך טווח וכיו"ב). יש היום כלים כלכליים שמאפשרים לחשב את האופטימום, או לפחות להראות את השיקולים שיביאו לאופטימום.

בכל מקרה, גם אם מבססים את הביטוח על גישה מסחרית מלאה, יש לוודא שהמדינה חיבת לקחת על עצמה את ההגנה מפני קטסטרופות לאומיות, כגון אפידמיה, ואז היא צריכה להבטיח את קיום המשאבים הפיסיים הנדרשים (בידיה או בידי המבטחים הגדולים). שאלת המימון היא משנית, כי הממשלה תוכל לקנות את השירותים. יש רק להבטיח את קיום המתקנים, הצוות והידע. הטיפול בנזקים כבדים הנופלים על הפרט (אך אינם קטסטרופליים מנקודת ראות המדינה) צריך לדעתי להיות אף הוא במסגרת ביטוח חברתי. כי במסגרת וולונטרית, הפרטים עלולים שלא לרכשו, ובכל מקרה יפנו למסגרות החברתיות על מנת לקבל כיסוי. סיכונים טריוויאליים, במסגרת של כמה מאות שקלים לשנה (אספירין ומספר ביקורי רופא), אין טעם לבטח בשום מסגרת, כי ההוצאה הזו היא כמעט וודאית. במצב וודאי, אין סיכון, ועל כן אין צורך בביטוח. ביטוח רק יעמיס במקרה כזה עלויות מינהליות. ביטוחים עסקיים נוטים לעיתים לתת הגנות מפני סיכונים טריוויאליים, וזאת על מנת להגדיל את נפח הפרמיות העובר בידי המבטח. כעקרון, דבר זה אינו יעיל, שכן הוא כרוך בעלויות סרק. הדבר נובע לעיתים משימוש במדד שגוי להערכת פעילות המבטח העסקי: הבאת נפח הפרמיה למקסימום לעומת השאת הרווח. כלומר, השאלה היחידה היא האם לבטח את מקרי הביניים, שאינם קטנים מדי ואינם קטסטרופליים לפרט במסגרת של ביטוח חברתי או במסגרת פרטית עסקית. להערכתך, יגיעו למסקנה שמסגרות חברתיות עדיפות כי הן יבטיחו את פיתוח התשתיות והידע שידרש לצורך המקרים החמורים. פיצול

יביא לכך שלא יווצרו אף התשתיות לטיפול במקרים החמורים.

ס י כ ו ם

במסמך זה העלתי שורה של רעיונות שקשה לסכמם במספר מילים. אך אחזור שנית על הפתרון הרצוי:

יש לבסס את המערכת בעיקר על הגישה החברתית, עם תמיכה מועטה של ביטוחים משלימים על בסיס מסחרי - עבור מגזרי אוכלוסיה קטנים. השיקול החברתי ינחה את קביעת היקף השירותים (מבחינת כמות איכות וזמן). המערכת החברתית תתבסס על ביטוח חובה כשדמי הביטוח מבוססים על עקרונות חברתיים, ומנותקים מהיקף השירות המסופק. לא תתאפשר תחרות באמצעות דמי הביטוח (ועל כן ראוי לגבות את מרביתם בצורה מרוכזת, ולהקצותם למספקי השירות לפי השירות המסופק). עיקר השינוי חייב לבוא בהכנסת שיקולים כלכליים, ותמריצים כלכליים למערכת המספקת את השירות. מספקי השירות יקבלו את ההקצבות על פי שיקול אקטוארי, בהתאם להרכב האוכלוסיה שהם משרתים, או על פי השירות שנותנים בפועל. הם רשאים לקנות שירותים זה מזה. המבוטחים יתקשרו עם ספק שירותים, שיהיה חייב לקבלם, למשך תקופה מסוימת (שנה - שנתיים), ויוכלו להחליפו ללא קושי בתום התקופה.

על מנת להבטיח יעילות בצריכת השירותים תונהג השתתפות עצמית לפי היקף השירות הנצרך. השתתפות זו תהיה באחוז מסוים ממחיר השירותים שנצרכו על ידי המבוטח, עם תקרת מינימום ומקסימום (על מנת לא לרושש מי שנפגע במחלה קשה במיוחד).