



התחרות בין קופות החולים בראי שלושנים שנה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי

גבי בן נון, ניר קידר, אופיר גונן, נתן לב ונדב דוידוביץ'

נייר מדיניות מס' 11.2024

ירושלים, כסלו תשפ"ה, דצמבר 2024

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סינגר, הנרי טאוב וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיחה שהוקמה על ידי קרן הנרי ומרלין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'יין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז מקבל גם תמיכה שנתית נדיבה מתורמים פרטיים, מקרנות ומפדרציות יהודיות.

מרכז טאוב הוא מכון מחקר על-מפלגתי ובלתי תלוי העורך מחקרים איכותיים בנושאי חברה וכלכלה בישראל. המרכז מציג בפני מקבלי ההחלטות המובילים ובפני כלל הציבור בישראל תמונה רחבה המשלבת בין הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית מדיניות ציבורית. הצוות המקצועי של המרכז וצוותי המדיניות הבין-תחומיים, הכוללים חוקרים וחוקרות בולטים בתחומם באקדמיה ומומחים ומומחיות מובילים בתחומי המדיניות, עורכים מחקרים מבוססי נתונים בנושאים חברתיים-כלכליים מרכזיים שעל סדר היום במדינה. המרכז מציג ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך וחלופות מדיניות בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על ידי כתבות בתקשורת, תוכנית פרסומים פעילה, כנסים ופעילויות אחרות בישראל ובחו"ל.

הפרסומים של מרכז טאוב הם על דעתם ועל אחריותם של מחבריהם בלבד. אין בהם כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים ואת התומכים בפעולותיו.

אנא צטטו מחקר זה כך:

Bin Nun, G., Kaidar, N., Gonen, O., Lev, N., & Davidovitch, N. (2024), *Competition Among Health Funds: Three Decades of the National Health Insurance Law*, Taub Center for Social Policy Studies in Israel.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14495746>

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון: 02-567-1818

פקס: 02-567-1919

דואר אלקטרוני: info@taubcenter.org.il

אתר אינטרנט: www.taubcenter.org.il

התחרות בין קופות החולים בראי שלושים שנה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי

גבי בן נון, ניר קידר, אופיר גונן, נתן לב ונדב דוידוביץ'

בינואר 1995 נכנס לתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובסעיף הראשון שבו נקבע כי ביטוח הבריאות "יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית" – עקרונות שהנחו את המחוקק לאורך כל סעיפי החוק.¹

על פי החוק חלה חובת ביטוח בריאות על כל תושבי המדינה, וכל תושב זכאי לסל מוגדר של שירותי בריאות. החוק הקנה חופש בחירה בקופה המבטחת זכות מעבר מקופה לקופה, ואסר על הקופה להגביל קבלת מבוטחים מכל סיבה שהיא, כגון גיל, מחלה או השתייכות למקום עבודה ולארגון עובדים. האחריות לגביית תשלומי דמי ביטוח הבריאות הועברה מהקופה המבטחת למוסד לביטוח לאומי. בכך ניתן ביטוי נוסף לעמדתה החברתית של המדינה, ולפיה הזכאות לשירותי בריאות היא זכות יסוד של כל תושב, ללא תלות באמצעים הכספיים העומדים לרשותו או כל תנאי אחר. מאפיין זה של החוק נדון בעשרות מאמרים קודמים שעסקו בנושא.

יש לציין שתפיסת הבריאות כזכות איננה ייחודית למדינת ישראל. עוד בשנות השישים והשבעים של המאה שעברה התגבשה ההבנה שהתערבות המדינה במנגנון השוק במערכת הבריאות היא כלי מרכזי לקידום בריאות האוכלוסייה ולהנגשת שירותי בריאות באופן הוגן ומותאם לצרכים השונים של קבוצות שונות באוכלוסייה (Arrow, 1963; Hart, 1971).

* פרופ' גבי בן נון, פרופסור חבר בדימוס, המחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב וחבר תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב; ניר קידר, מנכ"ל מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל; אופיר גונן, עוזרת מחקר במרכז טאוב; נתן לב, חוקר אורח במרכז טאוב ודוקטורנט במחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; פרופ' נדב דוידוביץ', חוקר ראשי וראש תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב ומנהל בית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

חובת הביטוח של כל תושב, הגדרת הזכאות לסל שירותים אחיד והקביעה שהתשלום עבור תוכנית הביטוח תתבסס על יכולת התשלום (הכנסה) שלו ולא על רמת הסיכון הבריאותי שלו – כל אלה שינו לחלוטין את מערך היחסים בין המבוטח ובין הקופה המבטחת, וכן את יחסי הקופה המבטחת עם המדינה. השפעתו של החוק ניכרת גם במוקדים רבים אחרים של מערכת הבריאות בישראל. שילובם של עקרון האוניברסליות של הזכאות עם הסולידריות בתשלומים היטיב לבטא את התפיסה שבריאות היא זכות בסיסית של כל אדם באשר הוא אדם, ולפיכך נדרשת התערבות במנגנון השוק במטרה להבטיח שכל אדם אכן יוכל לממש זכות זו בלי קשר למאפייניו בכלל וליכולותיו הכלכליות בפרט.

מאחר שכדי לספק שירותי בריאות על פי עקרון הזכות הבסיסית נדרשת התערבות המדינה, נוצר מתח בין השגת יעדים כלכליים, למשל יעילות, ובין מימוש עקרונות החוק. ביתר פירוט, לא ניתן להסתמך בשוק הבריאות על מנגנוני התחרות החופשית כדי להשיג יעילות. מידת התחרות הראויה במערכת הבריאות היא לפיכך סוגיה שנייה במחלוקת, שבה טרודות רוב מערכות הבריאות בעולם המערבי זה עשרות שנים. סוגיה זו קיבלה משנה תוקף על רקע הלחצים הכלכליים המופעלים על מערכות בריאות בעולם ותובעים מהן התייעלות, ובכלל זה צמצום בעלויות.

לרגל ציון שלושים שנה לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להלן חב"מ או החוק), ביקשנו לבחון את היסודות השונים השזורים בחוק מבחינת התחרות בין קופות החולים, וכן את ההתפתחויות העיקריות בעמדת המדינה לגבי מידת התחרות הראויה בין הקופות כפי שהיא באה לידי ביטוי בשלושת העשורים האחרונים. נתמקד בשתי שאלות מרכזיות: בהינתן הקביעה שהחוק מושתת על העיקרון החברתי של צדק, שוויון ועזרה הדדית, מהו מרווח התחרות במערכת הבריאות שהותיר החוק? השאלה השנייה היא, האם יש בחוק גם רכיבים שניסו לעודד תחרות מנוהלת בין קופות החולים כאמצעי לשיפור יעילות המערכת ולחיזוק רכיבי איכות שונים בה?

מקומה של התחרות במערכת הבריאות

בבסיס התיאוריה הכלכלית של השוק החופשי עומד הרעיון שהתחרות במשק היא כלי מרכזי להשגת יעילות. מנגנון שוק ותחרות חופשית נתפסים כתנאים הכרחיים להשגת צמיחה כלכלית, יזמות וחדשנות. למנגנון השוק ולתחרות מיוחסות רגישות לרצונות הצרכנים, רמה גבוהה של חופש בחירה, ויעילות בייצור, בצריכה ובהקצאה של המקורות הכלכליים במשק. אולם בחינת יישומם של מנגנון שוק ושל תחרות בתחום הבריאות מלמדת שמנגנון זה לוקה בכמה בעיות המונעות יעילות – כלכלנים נוהגים לכנות אותן "כשלי שוק" – שהעיקרית שבהן היא כשל פערי המידע בין המטופל ובין ספקי השירותים

וכן בין המטופל ובין חברת הביטוח. כשלי שוק אלו מחייבים הסדרה והתערבות של המדינה לתיקונם גם מעבר לשיקול האידיאולוגי של הצדקת התערבות המדינה במערכת הבריאות (אדר, 2005).

אחד התנאים הבסיסים להשגת יעילות באמצעות תחרות הוא מידע מלא ליצרנים ולצרכנים על רמות המחירים ועל איכות המוצרים בשוק. קיומו של תנאי זה בקרב היצרנים מאפשר תהליכי ייצור יעילים, ואילו בקרב הצרכנים הוא מאפשר דפוסי צריכה המשיאים את תועלתם במגבלה של תקציב נתון. בחינתו של תנאי בסיסי זה במערכת הבריאות מלמדת שהוא לוקה בחסר: מחסור במידע, ובעיקר אסימטריה במידע בין היצרן ובין הצרכן של שירותי הבריאות, גורמים לכישלונם של מנגנון השוק בהשגת יעילות.

בתחום הביטוחים הפרטיים, מערכי הביטוח המוסדרים על ידי מנגנון השוק התחרותי מתאפיינים בהתאמת פרמיית הביטוח לסיכון של המבוטח ובהספקת שירותים בהתאם לנכונות המבוטח לשלם בעבורם. התאמה זו פוגעת באופי הסולידרי של מערכת הבריאות וביכולת להנגיש שירותי בריאות שוויוניים לכלל האוכלוסייה. ביטוחי בריאות פרטיים ווולונטריים יכולים גם להביא למצב שבו דווקא לסיכונים הנמוכים לא יהיה ביטוח, דבר אשר ביטוח חובה יכול לפתור במחיר של סבסוד צולב. נוסף על כך, תופעת לוואי שכיחה בענף ביטוחי הבריאות היא סינון מבוטחים – תופעה שרווחה במערכת הבריאות בישראל טרם חקיקת החוק (סינון על בסיס גיל, הכנסה, מצב הבריאות, השתייכות לארגון עובדים וכו').

ואכן, תחרות ללא רגולציה מתאימה נושאת בחובה סיכון להחרפת אי-השוויון הקיים. ללא התערבות באמצעות מנגנון הקצאה המבוסס על מתאמי סיכון, וללא התערבויות נוספות (כגון חובת ביטוח אוניברסלי), מבטחים עלולים להימנע מהענקת כיסוי ביטוחי לפרטים "לא רווחיים" – אנשים עם מחלות רקע או כאלה שמשתייכים לקבוצות סיכון אחרות. מגמה זו פוגעת בזמינות ובנגישות לשירותי בריאות (Henriquez et al., 2024). מנגנוני תחרות יכולים לפגוע בשוויוניות גם בהיבטים כמו העדפת המרכז על פני הפריפריה, הימנעות ממתן מענה לאוכלוסיות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך או העדפת אוכלוסיות בעלות אוריינות בריאותית גבוהה יותר.

מלבד כשל השוק באסימטריה במידע ובהשפעתה על מערך ביטוחי הבריאות, המערכת מתאפיינת גם בכשלי שוק רבים אחרים. העיקריים שבהם נובעים מאופי "המוצר הציבורי" המאפיין את חלקם (דוגמת אספקת מים נקיים), וכן מ"השפעות חיזוניות" בייצור (למשל מכשור המשרת כמה מטרות) ובצריכה (למשל חיסונים). תכונות אחרות של השירות הרפואי מקשות על הצרכנים להעריך את איכות השירות ולבחור בחירה מושכלת. מערכת הבריאות מתאפיינת אפוא הן בריבוי של כשלי שוק והן בעוצמת הכשלים.

כאמור, כשלי השוק במערכת הבריאות גורמים לכך שמנגנון השוק והתחרות אינם משיגים בהכרח יעילות כלכלית. הניסיון מלמד שמערכות בריאות המתנהלות בעיקר על ידי מנגנון השוק מתאפיינות בעודפי ייצור ובעודפי שימוש, בכפילויות של שירותים וברמת הוצאה לאומית גבוהה שאינה מלווה בהכרח בתוצאי בריאות טובים יותר (הדוגמה הידועה ביותר היא זו של ארצות הברית). נוסף על כך, במערכות בריאות הפועלות בתנאי שוק לא מבוקרים, הנגישות לשירותי בריאות נוטה להימצא ביחס הפוך לצורכי האוכלוסייה. במילים אחרות, אוכלוסיות עניות – אשר זקוקות יותר לשירותי בריאות – הן דווקא האוכלוסיות שנגישותן לשירותים אלו היא הנמוכה ביותר. מצד שני, היעדר תחרות במערכת הבריאות פוגם ביעילות המערכת, מאפשר התנהגות מונופוליסטית של ספקי שירות, גורם לחוסר רגישות לרצונות הצרכנים, אינו מעודד יזמות ועלול לפגוע באיכות השירותים הניתנים לציבור המבוטחים.

הבנה זו של כשלי השוק במערכת בריאות תחרותית, אל מול החסרונות שבהיעדר תחרות במערכת כאמצעי לשיפור יעילותה ואיכותה, הביאה לכך שמתחילת שנות התשעים של המאה הקודמת החלו מערכות בריאות רבות בעולם המערבי לאמץ מדיניות שנועדה לעודד תחרות במטרה לשפר יעילות, ומצד שני – לשמור על הסולידריות במערכת ולצמצם את כשלי השוק תוך שימוש במנגנוני התערבות ופיקוח של המדינה באמצעות רגולציה הדוקה. מדיניות משולבת זו של תחרות ורגולציה מכונה בספרות העולמית "תחרות מנוהלת" (managed competition).

תחרות מנוהלת במערכות בריאות: סקירת ספרות

לאורך השנים יושמה גישת התחרות המנוהלת במערכות בריאות במדינות שונות ב-OECD, וכל מדינה יישמה את המודל בצורה אחרת, על יתרונותיה ועל חסרונותיה השונים. לגישת התחרות המנוהלת בהפעלת מערכות בריאות כמה יתרונות אפשריים:

- **שיפור יעילות המערכת:** התחרות המנוהלת יכולה להגביר את יעילות מערכת הבריאות על ידי תמרוץ ספקי שירותים לשפר את ביצועיהם ולצמצם עלויות. לדוגמה, בהולנד בעקבות יישום גישת התחרות המנוהלת חל שיפור במדדי יעילות ובפרודוקטיביות של בתי חולים (Dohmen et al., 2023; Westra et al., 2017).
- **צמצום כשל השוק "גריפת שמנת" (Cream Skimming):** מצב שבו חברות ביטוח בוחרות מבוטחים שההכנסות מתשלומי הפרמיה שלהם גבוהות מעלות הטיפולים הרפואיים הצפויים להם. בדרך כלל הכוונה לאנשים צעירים ובריאים יותר, אשר הוצאות הבריאות לגביהם נמוכות יותר. שיפוי חברות הביטוח על פי נוסחאות הקצאה (קפיטציה), המתגמלות את החברות על בסיס מתאמי סיכון כמו גיל, מין ומשתנים אחרים, נועד להתמודד עם כשל זה על ידי הפחתת התמריץ לבחירה מפלה בין המבוטחים.

- **חופש הבחירה של מבטחים:** מתן אפשרות בחירה למבטחים בין מבטחים שונים ובין תוכניות בריאות שונות יכול להגביר את רגישות המבטחים לצורכיהם של המבטחים ולשפר את שביעות רצונם (Henriquez et al., 2024).
- **צמצום עלויות:** הדינמיקה התחרותית שנוצרת יכולה לסייע לצמצם עלויות על ידי תמרוץ מבטחים וספקים לנהל משא ומתן להשגת תנאים טובים יותר ולקצץ עלויות מיותרות (Enthoven, 1986).
- **שיפור האיכות:** תחרות יכולה להוביל לשיפור איכות הטיפול על ידי תמרוץ ספקים להציע שירותים איכותיים יותר כדי למשוך עוד מטופלים. מחקרים מראים שבמקרים מסוימים תחרות מובילה לתוצאי בריאות משופרים, כגון שיעורי תמותה מופחתים מאוטם שריר הלב (Goddard, 2015).

לצד יתרונותיה של התחרות המנוהלת יש לה כאמור גם כמה חסרונות:

- **קושי בקביעת מנגנון שיפוי:** מנגנון שיפוי חברות הביטוח צריך להיות בנוי בצורה כזאת שהוא משפה את הקופות על העלויות שלהן, אך אינו מייצר תמריצים מעוותים
- **כשלי שוק:** גם התחרות המנוהלת רגישה לכשלי שוק שיכולים לפגוע ביעילות התחרות, כגון אסימטריה במידע בין צרכנים לספקים או ניסיונות לסנן מבטחים על בסיס רמת הסיכון ("גריפת שמנת"). רגולציה שמטרתה להתמודד עם כשלים אלו לא תמיד מצליחה בכך, שכן הגופים השונים "לומדים" את הרגולציה ומנצלים פרצות כדי להתגבר עליה. כפי שהוזכר לעיל, ניתן להתמודד עם כשלים אלו באמצעות נוסחאות הקצאה וכלים אחרים, אך לא תמיד יש ביכולתם למנוע את כל העיוותים.
- **מורכבות ועומס מינהלי:** התחרות המנוהלת יכולה להגביר את המורכבות המנהלית ואת העלויות המינהליות במערכת הבריאות בשל הצורך ברגולציה ובפיקוח קפדניים שנועדו להבטיח תחרות הוגנת ולמנוע ניצול לרעה של השוק (Enthoven, 1986).

להלן כמה דוגמאות בולטות למדינות אשר יישמו גישה של תחרות מנוהלת במערכות הבריאות שלהן:

- **הולנד:** במערכת הבריאות בהולנד מתקיימת תחרות מנוהלת. הגופים המבטחים מתחרים על מבטחים, אשר מחויבים על פי חוק לרכוש ביטוח בריאות. חברות הביטוח הרפואי מנהלות משא ומתן עם ספקי שירות כדי להשיג שירותים איכותיים במחירים נמוכים. הגופים המבטחים יכולים לבצע התקשרות סלקטיבית עם ספקים, וכמו כן מתפרסמים דוחות מדדי איכות של הספקים. מערכת זו הובילה לשיפור במדדי יעילות ובאפשרות הבחירה של מבטחים בין מבטחים וגם בין רופאים, אך

עדיין נותרו אתגרים רבים הנוגעים לסינון מבוטחים ולחוסר שוויון בגישה לשירותים (Dohmen et al., 2023; Westra et al., 2017).

● **שווייץ:** מערכת הבריאות השווייצרית מיישמת את גישת התחרות המנוהלת במידה ניכרת – כ-60% מהוצאות הבריאות כפופים למנגנוני תחרות. מבוטחים מחויבים לרכוש ביטוח בריאות מגופים פרטיים, ומתקיימת רגולציה לגבי הפרמיות שהמבטחים יכולים לגבות. נוסף על כך, מבוטחים בעלי הכנסה נמוכה מקבלים סבסוד וחלוקת המקורות בין הגופים המבטחים נעשית על פי מתאמי סיכון כדי למנוע סינון מבוטחים (Schmid et al., 2018). עם זאת, עדיין קיימות עלויות מינהליות גבוהות ובעיות רבות בבחירת מתאמי הסיכון שבהם משתמשים להקצאת המקורות הכספיים לחברות הביטוח (Henriquez et al., 2024).

● **גרמניה:** יש קרוב ל-100 קופות חולים ציבוריות (Gesetzliche Krankenkassen) המתחרות על מבוטחים. המבוטחים ומעסיקיהם משלמים מס בריאות כאחוז קבוע מהכנסתם. תקבולי המס מועברים לקופות בהתאם למספר חבריהן ולפי נוסחת קפיטציה מורכבת למדי, המתוקנת בדיעבד לפי הרכב אוכלוסיית המבוטחים בפועל. כל הקופות מחויבות לספק סל בריאות אחיד, אך הן רשאיות לספק שירותים נוספים שעבורם משלמים המבוטחים דמי השתתפות עצמית. התחרות בין קופות החולים מתבטאת בכך שמבוטחים יכולים לבחור בין קופות החולים על פי השירותים הנוספים והטיפוליים שהן מציעות וכמובן על פי מחיריהם של שירותים אלו. מבוטחים יכולים לפרוש ממערכת קופות החולים הציבורית ולהפסיק להפריש מס בריאות, אך במקרה זה הם מחויבים לרכוש ביטוח פרטי. אופציה זו פתוחה רק למבוטחים שהכנסתם גבוהה מרף מסוים (כיום 69,300 אירו בשנה). מערכת זו רשמה הישגים בשיפור היעילות, אך עדיין ישנם אתגרים משמעותיים הקשורים ברגולציית השוק ובהבטחת גישה שוויונית לשירותים (Henriquez et al., 2024).

● **צרפת:** שיטת התשלום לבתי החולים השתנתה מתקציב קבוע, שנקבע על פי מאפייני האוכלוסייה המקומית, לתשלום על בסיס הפעילות ועל בסיס מספר המטופלים בפועל. שינוי השיטה הביא לחיזוק התמריצים התחרותיים. בעקבות קביעת תעריף לאומי לרוב שירותי הבריאות, ספקי השירות מתחרים בעיקר על המטופלים, ואלו חופשיים לבחור כל ספק על פי איכות הטיפול ונגישותו. המטופלים יכולים לקבל מידע לגבי הספקים ממגוון מקורות – רשמיים או בלתי רשמיים – אך מדדי תוצאי הטיפול אינם מפורסמים. מהלך זה הוביל לשיפור במדדים מסוימים באזורים שבהם הייתה תחרות, כגון משך האשפוז הממוצע ואיכות השירות (Choné, 2017; OECD, 2018).

● **אנגליה:** לאורך השנים התנסתה אנגליה ברכיבים מסוימים של תחרות מנוהלת בתוך מערכת שירותי הבריאות הלאומית (NHS). למטופלים במערכת הבריאות יש זכות לבחור רופא משפחה, בית חולים או ספק של שירותי בריאות הנפש לפי ראות עיניהם. זהו כמה גורמים משמעותיים בבחירת המטופלים, כגון המרחק מספקי השירות ואיכות הטיפול, ומתקיימת תחרות המתמקדת בשיפור הגישה לשירות ובשיפור מדדי האיכות והיעילות (Beckert et al., 2012; Pike, 2012). ישנה ועדה המדרגת בתי חולים, ודירוג הספקים ומידע עליהם מתפרסמים באתר אינטרנט ייעודי ובאמצעי התקשורת (OECD, 2018). העדויות על השפעתם של רכיבים אלו מעורבות: באזורים שיש בהם יותר תחרות נרשם שיפור מסוים בתוצאי הבריאות וביעילות, אך מנגד נרשמו גם מורכבות מוגברת של המערכת ועומסים מינהליים (Bloom et al., 2015; Goddard, 2015).

● **נורווגיה:** במדינה זו נעשה מעבר ממודל שבו הוקצו מטופלים לבית חולים מסוים למודל שבו מטופלים יכולים לבחור בעצמם את בית החולים ואף לקבל החזר על הוצאות הנסיעה. שינוי מדיניות זה הוביל לירידה ניכרת בזמני ההמתנה (Ringard & Hagan, 2011). אשר לטיפול אצל רופאים כלליים, גם כאן התחולל מהפך עם ביטול זכותו של רופא לסרב לתת מענה רפואי למטופל, שהובילה בעבר לבחירת מטופלים באופן סלקטיבי. לפי ההסכמים החדשים חולקו אזורי הטיפול בין הרופאים, ונעשה שימוש בנוסחת קפיטציה שהפכה את כמות המטופלים אצל כל רופא לגורם חשוב בהכנסתו. כמו כן התקצרו זמני ההמתנה ונרשמה עלייה בשביעות הרצון (OECD, 2018).

למרות החשיבות של קידום גישת התחרות המנוהלת במערכת הבריאות, עקרונות האינטגרציה ושיתוף הפעולה חשובים לא פחות. עובדה זו יוצרת אתגר לא מבוטל למנגנונים הרגולטוריים. מחד גיסא, הם אחראים לעודד תחרות לשם שיפור יעילותה של מערכת הבריאות; מאידך גיסא, הם צריכים לעודד שיתוף פעולה היכן שנדרש כדי לפתור בעיות תיאום, טיפול ומחסור במשאבים בלי לפגוע בתמריצים לשיפור השירות. בהולנד, לדוגמה, תהליך אכיפת האיסור ליצירת קרטלים במערכת הבריאות הוביל להבנה שאיסור זה לא תמיד רלוונטי במערכת הבריאות, וכן שלא כל שיתוף פעולה מוביל להגבלת התחרות. בעקבות הבנה זו יזם ACM, הגוף האחראי לתחרות במערכת הבריאות במדינה, מהלך של ייעוץ לגופים שמעוניינים לשתף פעולה במערכת הבריאות (Varkevisser et al., 2023).

דוגמה נוספת לגישה המעודדת שיתופי פעולה היא שינוי המדיניות בצרפת ב-2016, שבעקבותיו התאפשרה הקמת קבוצות משותפות של בתי חולים ציבוריים הנמצאים באותו אזור לשם ייעול ניהול המשאבים וביצוע פעולות רכש משותפות (Choné, 2017).

לעידוד שיתופי פעולה יש תפקיד חשוב בהשגת יעדי מערכת הבריאות. נושאים כגון תיאום הטיפול בין גופים שונים, עידוד טיפול אינטגרטיבי והתמודדות עם מחסור במשאבים על ידי צמצום כפילויות הם דוגמאות לתחומים שבהם שיתוף הפעולה משפר הן את יעילות המערכת והן את איכויותיה הקליניות. עם זאת, חשוב שהרגולטור יגדיר מהם התנאים לשיתופי פעולה ומתי אין הם מתנגשים עם עקרונות התחרות ויעול המערכת.

כפי שהראינו, ישנם הבדלים בין מערכות בריאות ביישום התחרות המנוהלת בהתאם להקשר הספציפי של מערכת הבריאות המדוברת ולמבנה הארגוני שלה. במערכות בריאות המבוססות על חברות ביטוח בריאות (הולנד, גרמניה) התחרות מתמקדת בעיקר בגיוס מבוטחים, ואילו במערכות בריאות המאורגנות על בסיס אזורי (אנגליה, נורווגיה), התחרות מתמקדת בעיקר בחופש בחירת ספקי השירותים.

ככלל, תחרות מנוהלת יכולה להוביל להתייעלות ולהרחבת אפשרויות הבחירה של מבוטחים, אבל היא מצריכה עיצוב ורגולציה קפדניים כדי לטפל בכשלי שוק מובנים ולהבטיח גישה שוויונית לשירותי בריאות. כמו בכל מערכת הנתונה לפיקוח רגולטורי, אחת לתקופה יש להעמיד את הרגולציה לבחינה מחודשת ולהכניס בה שינויים בהתאם לנסיבות המשתנות ולהתפתחות הסביבה התחרותית.

עמדות חוק ביטוח בריאות ממלכתי לגבי תחרות מנוהלת

צדק, שוויון ועזרה הדדית הם העקרונות המרכזיים העומדים בבסיס חוק ביטוח הבריאות הממלכתי. השגתם של עקרונות אלו הובטחה בחוק בעיקר באמצעות חובת ביטוח של כל תושב במדינה, הגדרת זכאות לסל שירותים אחיד לכל התושבים, וקביעה שגובה התשלום עבור תוכנית הביטוח יתבסס על יכולת התשלום של הפרט – קרי ההכנסה שלו – ולא על רמת הסיכון הבריאותי שלו.

אולם מעבר להשגת עיקרון חברתי זה, החוק ניסה גם לעודד תחרות מנוהלת בין קופות החולים כאמצעי להגברת יעילות המערכת ולשיפור איכות השירותים הניתנים למבוטחים (בן נון ואחרים, 2020). עמדה זו באה לידי ביטוי בחוק בכמה מוקדי תחרות פוטנציאליים, שאת חלקם ניסה החוק לעודד ואת חלקם ניסה לגדר מסיבות שיפורטו להלן. חבב"מ העמיד אפוא מצד אחד את התחרות המנוהלת – תחרות המלווה ברגולציה הדוקה – ככלי מרכזי לשיפור יעילות המערכת, אך תוך שמירה על אופייה הציבורי והשוויוני מצד שני. גישה זו שזורה לאורך רבים מסעיפי החוק. להלן העיקריים שבהם:

1. **תחרות על מבוטחים.** עידוד התחרות על מבוטחים בין קופות החולים היה אחד העקרונות החשובים שעליהם הושתת החוק. במסגרת הכללים שנקבעו בחוק ניתן למבוטח חופש מוחלט לבחור קופה, וחלוקת המקורות הכספיים בין הקופות התבססה על נוסחת הקצאה לפי קטגוריות רחבות מאוד של מתאמי סיכון (גיל, מגדר, מקום מגורים) ותגמול נפרד עבור מחלות קשות. שילובם של שני כללים אלו נועד להבטיח תחרות על מבוטחים תוך צמצום כשלי השוק בענף ביטוחי הבריאות, שהעיקרי שבהם טרם החקיקה היה סינון מבוטחים, ותוך התמקדות באיכות, בזמינות ובנגישות שירותי הבריאות הניתנים למבוטחים. על פי נוסחת ההקצאה שהונהגה נוצרה תוספת הכנסה בגין כל מבוטח חדש, שהייתה גדולה בממוצע מתוספת ההוצאה הצפויה על הטיפול בו בשל יתרונות לגודל והוצאה שולית פוחתת. נוסחה זו נועדה לדרבן כל קופה לשמור על המבוטחים שכבר רשומים בה, ובה בעת להגדיל את מספר המבוטחים שלה.

2. **מניעת תחרות על מחיר (גובה פרמיית ביטוח הבריאות).** על פי החוק, גובה הפרמיה (דמי ביטוח הבריאות) נגזר מהכנסת המבוטחים משכר. תשלומים אלו משולמים למוסד לביטוח לאומי ומחולקים לקופות על בסיס נוסחת ההקצאה שנקבעה בחוק. קופות החולים אינן יכולות להתחרות על גובה הפרמיה, והן גם אינן יודעות מה גובה ההכנסה של כל מבוטח בקופה. אימוץ עמדה זו בחוק נבע כאמור בעיקר מן התפיסה החברתית הרואה בבריאות זכות יסוד שאותה יש להבטיח ללא קשר לאמצעים הכספיים העומדים לרשות המבוטח. אולם היו לכך שתי סיבות נוספות: האחת היא החשש שאם תינתן לקופות החולים אפשרות להתחרות על מחיר הפרמיה הן עלולות להשתמש בה כאמצעי לסינון מבוטחים; והסיבה השנייה הייתה ההערכה שהביקוש קשיח יחסית, ושהצרכן מוגבל ביכולתו להעריך את התועלות השונות של רמות פרמיה שונות.

למרות עמדה זו, החוק אפשר מידה מסוימת של תחרות מבוקרת על גובה ההשתתפות העצמית, בהנחה שתחרות כזאת עשויה להוביל להורדת מחירים. כיום מערך התשלומים עבור שירותים בקופות החולים דומה למדי, הן בגובה התעריפים והן בסוגי השירותים שהתשלומים נגבים בגינם.

3. **מניעת תחרות על תכולת סל השירותים.** החוק קבע סל שירותי בריאות אחיד שכל קופה חייבת לספק למבוטחיה. גם קביעה זו – מעבר לתפיסה החברתית המונחת בבסיסה – מבטאת שאיפה להקטין את הסיכוי לסינון מבוטחים באמצעות הצעת סל שירותים אטרקטיבי לאוכלוסיות עם סיכון נמוך או צמצום השירותים המוצעים לאוכלוסיות בסיכון גבוה.

4. **תחרות על מתן שירותים מעבר לסל הקבוע בחוק.** גמישות הקופות במתן שירותים מעבר לסל הושפעה בעבר בעיקר ממצבן הכספי. הרעה במצבן הכספי הביאה לצמצום שירותי הבריאות שאינם בסל שהקופות יכלו להציע למבוטחיהן, ולהפך. הנחת היסוד של מנסחי החוק הייתה שהתחרות על מתן שירותים מעבר לסל המחויב על פי החוק תהיה מוגבלת, שהיא תתאפשר רק בתוכניות הביטוח המשלים ותתמקד בעיקר בשירותי בריאות "רכים" (בבחינת "nice to have"). ואכן, בתיקון לחוק משנת 1998 נקבע כך: "קופות חולים רשאית להציע לחבריה תכניות לשירותי בריאות נוספים [שב"] שאינם כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה".

בעקבות התיקון החלה להתפתח בענף השב"ן תחרות אגרסיבית, שהמחישה לכול את החסרונות הרבים של תחרות בענף הבריאות. היקף המבוטחים בתוכניות השב"ן – וגם מחזורן הכספי, הממומן על ידי המבוטחים – הלך וגדל, ואת התחרות על איכות השירותים בסל הבסיסי החליפה תחרות על תוכניות השב"ן. תחרות זו לזוּתה במסעות פרסום יקרים, בריבוי תופעות של כפל ביטוחי, בעלייה בהוצאות הבריאות של משקי הבית ובהגדלת אי-השוויון אל מול תושבי הפריפריה (שיכולתם למצות את הזכויות המוקנות בשב"ן הייתה מוגבלת). ברמה הנורמטיבית מדובר גם בפגיעה באופייה הציבורי של כלל מערכת הבריאות, באופן המנוגד למטרות שהוגדרו בחוק: צדק, שוויון ועזרה הדדית.

5. **תחרות על איכות.** החוק קובע ששירותי הבריאות שקופות החולים אחראיות לספק יינתנו "באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח". הגדרה זו אפשרה כר נרחב של תחרות על איכות אספקת השירותים בתחומים שונים, כגון קיצור משך ההמתנה לשירות, שיפור הנגישות לשירותי בריאות (בעיקר קהילתיים), הרחבת שעות הפתיחה של מתקנים רפואיים, שיפור רכיבי המלונאות של השירות וצמצום הבירוקרטיה הכרוכה במתן השירותים.

כוונתו המקורית של החוק הייתה לצקת תוכן מהותי להצהרה זו בשנתיים הראשונות להפעלתו על ידי הגדרה ברורה מהם איכות, זמן ומרחק סבירים, אולם דרישה זו בוטלה בחוק ההסדרים לשנת 1997 בשל הקושי בניסוח הגדרה כמותית למונח "סביר" בהקשרים אלו. יש לציין כי בשנים האחרונות נקט משרד הבריאות כמה צעדים להגדרה חלקית של המונח בהקשר של זמינות השירותים בבריאות השן, בשירותי התפתחות הילד ובביצוע ניתוחים.

6. **תחרות (מוגבלת) על חופש הבחירה בספק שירותים.** לפני חקיקת החוק היה חופש הבחירה בספק שירותים מוגבל בעיקר לשירותים קהילתיים כגון בחירת רופא משפחה, שיטת ההפניה לרופא מומחה ובחירת בית מרקחת לקניית תרופות.

חופש בחירה של המבוטחים בספק שירותים נועד להגדיל את התחרות בין ספקים בתוך הקופות ומחוצה להן, ובכך לשפר את איכות השירותים, את שביעות הרצון של המבוטחים ולעיתים גם את רצף הטיפול הרפואי. עם זאת, החופש לבחור בספק שירותים כרוך בעלויות לקופה בכך שהוא מגביל את יכולות התכנון, הוויסות והפיקוח של הקופה על היקף צריכת השירותים. כמו כן הוא מגביל את מרחב התמרון של הקופות בחתימה על חוזי אספקת שירותים עם בתי החולים. החוק קבע חופש בחירה מוחלט למבוטחים בקופות החולים, אך עמדתו בשאלה הספציפית של בחירה בספק שירותים מעט פחות נחרצת. סעיף 23 לחוק קובע כי "חבר בקופת החולים זכאי לבחור נותן שירותים עבור עצמו ועבור ילדו הרשום בה **מבין נותני השירותים של הקופה או מטעמה**". משמעות הדבר היא שבשאלת הבחירה בבית חולים, למשל, המבוטח מוגבל אך ורק לבתי חולים שעימם קשורה הקופה שבה הוא חבר.

7. **עידוד שיתופי פעולה בין הקופות.** ישנם מקרים, בייחוד בפריפריה ובמצבי חירום, שבהם חוסר שיתוף פעולה בין קופות החולים והתנגדות למכירה הדדית של שירותים הם תופעות לוואי של התחרות בין הקופות. לתחרות זו יש מחיר כלכלי של כפילויות וחוסר יעילות. כפי שהסברנו בפתח הדברים, פונקציית המטרה של מערכת הבריאות שונה מזו של שווקים למטרות רווח. עם זאת, למרות חשיבותה של התחרות במערכת הבריאות, קופות החולים מקיימות שיתופי פעולה, בייחוד בעת חירום. בשנת 2012 עדכן משרד הבריאות את נוהל הפעלת מרפאה אחודה במתארי חירום, הקובע כי בעיתות חירום מרפאות יספקו שירות למבוטחי כל הקופות (משרד הבריאות, 2012). נוסף על כך, באוקטובר 2023, עם תחילת המלחמה, פורסמה טיוטת תקנות זמנית לחוק אשר הגבילה את המעברים בין קופות החולים מתוך הבנה שיש צורך לצמצם זמנית את התחרות: "נוצר צורך ממשי וייחודי, הדורש שיתופי פעולה בין קופות החולים על מנת להמשיך ולספק את שירותי הבריאות" (משרד המשפטים, 2023). כמו כן, בזמן המלחמה התקיימו שיתופי פעולה שונים בין הקופות אשר כללו שיתוף משאבים ותרופות (מרכז טאוב, 2023).

חשוב ששיתוף פעולה כזה יתקיים לא רק בעיתות חירום אלא גם בזמני שגרה ובאזורי עדיפות לאומית, ובייחוד בנושאים כמו כוח אדם רפואי באזורי הפריפריה, שבהם התחרות מובילה לעלויות גבוהות של שירותי רפואה ולפגיעה במבוטחים (דופלט ואחרים, 2016). השאלה היא מהו האיזון הנכון בין תחרות – אשר מביאה להגברת היעילות ולשיפור איכות השירותים, ולפיכך לבריאות טובה יותר – ובין שיתוף פעולה. יש להביא בחשבון ששיווי המשקל הנכון עשוי להשתנות מזמן לזמן בהתאם לדינמיות של המשתנים המשפיעים עליו (דמוגרפיים, אפידימיולוגיים וטכנולוגיים).

סקירת עקרונות היסוד של חב"מ מצביעה בבירור על התפיסה החברתית שהנחתה את מנסחי החוק, שלפיה בריאות היא זכות, אך לצד זאת ניכרת כוונתם לעודד תחרות מנוהלת בין קופות החולים כאמצעי להשגת יעילות. הם הניחו שאם החוק יאסור תחרות מחירים (קרי תחרות על גובה הפרמיה) ותחרות על תכולת סל שירותי הבריאות, ומצד שני יאפשר למבוטחים חופש מוחלט בבחירת הקופה – תיווצר תחרות, אשר תתועל בעיקר לשיפור איכות השירותים. ואכן, לאורך כל שנות הפעלת החוק התמקדו קופות החולים בתחרות על מבוטחים. תחרות זו לא הייתה חפה מבעיות, ועל כך נרחיב להלן.

הניסיון המצטבר מיישום התחרות המנוהלת שבחוק

עם כניסתו לתוקף של החוק, אשר אפשר כאמור חופש בחירה מוחלט של מבוטחים בקופה, החלו קופות החולים במאמצי שיווק נרחבים לגיוס חברים חדשים. עד מהרה התברר שהתחרות, שנועדה לשמש אמצעי לשיפור איכות השירותים ולהעלאת רמת שביעות הרצון של הצרכן, כרוכה גם בתופעות לוואי שליליות. הרצון להגדיל את מספר המבוטחים בקופה, ובד בבד לשמר את אלה שכבר חברים בה, הוביל למאמצי שיווק אגרסיביים – החל בפרסום באמצעי התקשורת (טלוויזיה ועיתונות) וטלמרקטינג וכלה בשכירת קבלני קולות, חלוקת מתנות ופתיחת מוקדי רישום בסופרמרקטים ובמרכזים ציבוריים אחרים. היו שטענו כי מאמצי שיווק הם חלק אורגני מההתחרות שהחוק מבקש לעודד, אבל נשמעו גם טענות על בזבוז משאבים שניתן היה לנצל לשיפור איכות השירותים למבוטחים.

עוצמת הפעילות השיווקית של קופות החולים בשנות ההפעלה הראשונות של החוק הייתה רק ביטוי אחד למתיחות בין הקופות. מקור נוסף למתח ניכר בתחום שיתופי הפעולה, אשר כפי שנאמר לעיל, בענף הבריאות יכולים להוביל לחיסכון משמעותי בעלויות בגין כפל שירותים. חב"מ, בהיותו חוק חברתי שהשאת רווחים אינה ממטרותיו המרכזיות, מפעיל גם מתקנים רפואיים שאינם רווחיים, כגון מרפאות במקומות מרוחקים וביישובים קטנים. במקרים כאלה – בין השאר לצורך חיסכון בכוח אדם ובמשאבים ציבוריים אחרים – מתבקש לקיים שיתוף פעולה שבמסגרתו קופה שמפעילה מרפאה ביישוב קטן תספק שירותים גם לחברי קופות אחרות שאינן פועלות בו. אלא שהסביבה התחרותית שיצר החוק הביאה לצמצום הנכונות לשיתוף פעולה בין הקופות. כך, במקומות מסוימים פותחו מתקני בריאות על ידי כמה קופות במקביל, ובכמה יישובים קטנים קרה שקופת חולים סירבה לספק שירותי רפואה למבוטחי קופות אחרות.

על רקע התפתחויות אלו הוציאה המדינה החל משנת 1998 סדרה של תקנות ותיקונים לחוק שנועדו לצמצם את ההיבטים השליליים של התחרות המנוהלת. בין השאר שונה נוהל המעבר בין קופות החולים, ונקבע כי המעבר מקופה לקופה לא ייעשה במשרדי הקופה אלא בסניף הדואר בלבד, כדי למנוע לחץ אפשרי על המבוטח להישאר בקופה; תוקנו תקנות המגבילות את היקף ההוצאה השנתית המותרת לצורכי פרסום, שיווק ומידע למבוטחים ונקבעו כללים של מותר ואסור בפעילות השיווקית של הקופות; ונקבעה תקרת ההוצאה המותרת לכל קופה על הוצאות פיתוח בקהילה (אנג'ל ואחרים, 2019).

אלא שהמציאות מלמדת שלא היה די בהתערבויות אלו לריסון ההיבטים השליליים של התחרות, בעיקר משום שהתערבות המדינה לא לוותה באכיפה. עם השנים גדל היקף ההוצאה השנתית של קופות החולים על פרסום ושיווק הרבה מעבר לתקציב שהותר בתקנות, שעמד על 37 מיליון ש"ח בשנת 2021. בשנת 2022 הוחלט להגדיל את תקציבי הפרסום של הקופות כמעט פי שלושה, לסכום כולל של 90 מיליון ש"ח לכל ארבע הקופות. נקבע כי 80% מהסכום יחולקו באופן שווה בין ארבע הקופות, והשאר יחולק בהתאם לגודלה של הקופה. מה שסווג עד אז כמידע למבוטחים – כל סוג של פרסום לקהל הרחב שנעשה במדיה (טלוויזיה, רדיו, שלטי חוצות, דיגיטל וכד') – נכנס תחת הגבלת הפרסום של 90 מיליון השקלים. הקופות יהיו רשאיות להשתמש בתקציב כרצונן ללא התערבות של משרד הבריאות, ובלבד שתישמר מסגרת התקציב שנקבע. הקופות גם נדרשו להוציא לפחות 10% מהסכום לטובת קידום בריאות ורפואה מונעת.² ימים יגידו כיצד רפורמה זו תיושם בפועל.

ברבות השנים הובילה התחרות על גיוס מבוטחים לתופעה נוספת, והיא "גנבת" רופאי משפחה מקופה אחת לאחרת באמצעות הבטחת רמות שכר גבוהות, בהנחה שבעקבות מעבר הרופא יעברו גם חלק מהמטופלים שלו. עקב כך חלה עלייה בהוצאות הבריאות של המדינה בלי שיחול שיפור בשירותים הרפואיים.

ניתן אפוא לסכם ולומר כי לדפוסי התחרות המנוהלת, שנועדו לשפר את יעילות המערכת ואת איכותה ולהעלות את רמת שביעות הרצון של המבוטחים מהשירות, היו גם כמה היבטים שליליים אשר באו לידי ביטוי במהלך הפעלת החוק, ואלו העיקריים שבהם:

- הוצאות גבוהות של הקופות על שימוש באמצעי שיווק שונים.
- כפילויות במתן שירותים בקהילה ללא הצדקה כלכלית.
- חוסר שיתוף פעולה בין הקופות והתנגדות למכירה הדדית של שירותים.
- תחרות על גורמי ייצור מוגבלים (רופאים), בעיקר בפריפריה.

2 ראו באתר DoctorsOnly, תקציבי הפרסום של קופות החולים יגדלו פי שלושה, אך תחת הגבלות, 8.8.2022.

שינויי חקיקה הנוגעים לתחרות בין קופות החולים

חוק ביטוח בריאות ממלכתי עבר תמורות רבות בשלושים שנות הפעלתו. לאורך השנים הועלו בין השאר כמה הצעות ותיקוני חקיקה שמטרתם לצמצם את ההיבטים השלייליים של התחרות המנוהלת בין קופות החולים. בחלק זה נסקור את שינויי החקיקה שהייתה להם השפעה ישירה על היקף התחרות בין קופות החולים, ונציג גם כמה הצעות חקיקה שלא יושמו.

שינויים בהסדרי המעבר בין קופות החולים

עם חקיקת החוק נקבע כי מבוטח יכול להחליף קופת חולים פעם אחת בשנה. נוסף על כך ניתנו שני מועדים אפשריים בכל שנה למעבר. המשמעות הייתה שלעיתים מבוטח היה נדרש להמתין חצי שנה ממועד בקשתו למעבר קופת חולים ועד לביצוע המעבר בפועל. בשנתיים הראשונות של הפעלת החוק התבצע מעבר מבוטחים מקופה אחת לאחרת בסניפים של קופות החולים, עובדה שפגעה באמינות הדיווחים על מעברים בין הקופות ותרמה רבות לעלייה בהוצאות השיווק של קופות החולים. בשנת 1998, כאמור, נקבע כי המעבר בין קופות החולים יתבצע בסניפי הדואר בלבד ולא בסניפים של קופות החולים. בשנים הבאות חלו בחוק כמה שינויים שנועדו להקל את המעבר של מבוטחים מקופה לקופה. כך, בשנת 2005 הוגדל מספר המועדים האפשריים למעבר בין הקופות משניים לארבעה בשנה, ובשנת 2009 – לשישה מועדים בשנה. כמו כן נקבע כי מבוטח יכול לעבור בין קופות החולים פעמיים בשנה ולא פעם אחת כפי שהיה קודם לכן. בשנת 2011 נוספה אפשרות לעבור קופת חולים באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי ללא כל עלות (משרד הבריאות, 2013).

שינוי נוסף שנועד להסיר חסמים ולהקל את המעבר בין קופות החולים נעשה בשנת 2008. עד אז, מבוטח שעבר מקופת חולים אחת לאחרת איבד את הוותק שצבר בתוכנית השב"ן בקופה שאותה עזב ונדרש לתקופת המתנה בשירותי השב"ן בקופה שהצטרף אליה. החל מאותה שנה, בעת מעבר בין קופות חולים נשמר למבוטחים הוותק בתוכנית השב"ן. בהמשך שונו גם הכללים בנושא ביטוח סיעודי קבוצתי, והם אפשרו שמירה על זכויות הביטוח הסיעודי הקבוצתי במעבר בין קופות חולים.

בשנת 2024 נחקק חוק נידוד מידע רפואי. החוק מסדיר מגוון סוגיות הקשורות למידע הרפואי של המבוטח ובין היתר מקל את העברת המידע בין קופות החולים בעת מעבר מקופה אחת לאחרת – נושא שהיווה חסם מרכזי במעבר מבוטחים בין הקופות.

אחד מכלי האכיפה המשמעותיים העומדים לרשות שר הבריאות כדי לרסן את התחרות בין קופות החולים הוא הקפאת המעברים בין הקופות. עד היום נעשה שימוש בכלי זה פעמיים בלבד, ושתייהן היו בארבע השנים האחרונות. הפעם הראשונה הייתה עם פרוץ משבר הקורונה בשנת 2020, והשנייה בסוף שנת 2023, לאחר תחילת המלחמה. בשתי הפעמים מטרת הקפאת המעברים הייתה לאפשר לקופות להתמקד במתן שירות מיטבי למבוטחים הקיימים, ולא לעסוק בגיוס מבוטחים חדשים. הקפאת המעברים בין הקופות נקבעה לתקופה מוגבלת, ולאחריה הסדרי המעבר בין הקופות חזרו לסדרם.

מלבד שינויי חקיקה שנגעו למעבר בין קופות החולים נעשו במהלך השנים שינויים נוספים שהייתה להם השפעה ניכרת על התחרות בין הקופות.

בשנת 1995, כשהחרוק נכנס לתוקף, לא הייתה הגבלה על מספר קופות החולים שיכולות לפעול ביישובים קטנים, וכך ברבים מן היישובים הללו נוצר מצב של כפל שירותים. כדי להסדיר זאת תוקן החרוק בשנת 1998 ונקבע כי ביישובים המונים עד 5,000 תושבים תפעל רק קופת חולים אחת, וביישובים המונים עד 10,000 תושבים יפעלו שתי קופות לכל היותר. תיקון נוסף, שנעשה בשנת 2007, קבע כי ביישובים המונים עד 10,000 תושבים שיש בהם מבוטחים של קופת חולים שאינה מספקת שירותים ביישוב, יינתנו שירותי הבריאות על ידי קופת החולים הפועלת באותו יישוב. לצד זאת נקבעו תקנות המסדירות את אופן ההתחשבות בין קופות החולים עבור שירותים אלו. שינויים אלו נועדו לצמצם את תופעת הכפילויות במתן שירותים ואת העלויות הכרוכות בהן.

בשנת 2016 השתנתה המדיניות לגבי תוכניות השב"ן, ומאז ננקטה שורה של צעדים לריסון התחרות בענף זה במטרה לצמצם את הוצאות הבריאות של משקי הבית ואת ההשפעה המזיקה של הסטת התחרות מהסל הבסיסי לשב"ן. צעדים אלו כללו בין השאר את רפורמת "הסדר-החזר", שקבעה כי בחירת רופא בביטוחים הפרטיים תתאפשר רק מתוך רשימת רופאים שהגיעו להסדר עם חברות הביטוח; וכמו כן נקבע כי רופא שטיפל בחולה במערכת הציבורית יחויב ב"תקופת צינון" של שישה חודשים בטרם יוכל לטפל באותו חולה או ליעץ לו באופן פרטי.

לוח 1 להלן מסכם את שינויי החקיקה העיקריים בנושא התחרות בין הקופות מאז נחקק החרוק ועד היום.

לוח 1. שינויי חקיקה בנושא התחרות בין קופות החולים, 1995 לעומת 2024

החוק בשנת 2024	החוק בשנת 1995	השינוי
עד פעמיים בשנה	עד פעם בשנה	מספר המעברים בשנה בין הקופות
שש פעמים	פעמיים	מספר המועדים האפשריים בשנה למעבר בין הקופות
יש	אין	אפשרות למעבר קופה באמצעות האינטרנט ולא רק בסניפי הדואר
יש	אין	רצף זכויות בשב"ן ובביטוח הסיעודי הקבוצתי בעת מעבר קופה
יש	אין	אפשרות לניוד מידע רפואי בעת מעבר קופה
יש	אין	אפשרות להקמת תאגיד מתחרה לקופות החולים בתחום שירותי בריאות השן
יש (ביישובים המונים עד 10,000 תושבים)	אין	חובת שיתוף פעולה בין קופות חולים ביישובים קטנים שלא כל הקופות פועלות בהם
יש	אין	הגבלת תקציבי השיווק והפרסום

הצעות חקיקה בנושא התחרות שלא יושמו

מעבר לשינויים שבוצעו בחוק עצמו, חשוב להתייחס גם לשינויי חקיקה בחוקים אחרים שהציעו משרדי הממשלה ולתקנות שפרסמו שרי הבריאות, שאילו יושמו הייתה להם השפעה משמעותית על התחרות בין קופות החולים.

בחוק ההסדרים לשנת 1998, ואחר כך שוב בשנים 2008–2010, קידם משרד האוצר כמה תוכניות שמטרתן הגברת התחרות בין קופות החולים. במסגרת דיוני התקציב לשנת 2008 הציע משרד האוצר שחלק מהרחבת סל השירותים לא יהיה אחיד בכל הקופות, ושכל קופת חולים תוכל להוסיף שירותים לסל עבור מבוטחיה. מטרת הצעה זו הייתה לעודד תחרות בין הקופות גם על השירותים הכלולים בסל ("סל גמיש"). הצעת חוק אחרת שקיבלה את אישור הממשלה אך לא הגיעה לכדי השלמת תהליך החקיקה הייתה להעביר חלק ממגנון הגבייה של דמי ביטוח הבריאות לקופות החולים ולאפשר להן להתחרות על הסכום שנגבה מהציבור (מס עיתי). לאורך השנים קודמו כמה הצעות חוק נוספות שנועדו לאפשר לגוף פרטי – הפועל למטרות רווח – להקים קופת חולים חמישית, אך גם תהליך חקיקה זה לא הושלם.

בשנת 2010 הורחב סל השירותים הקבוע בחוק כך שיקלו את שירותי בריאות השן. כדי להגביר את התחרות בתחום מתן טיפולי השיניים שבסל ולשפר את השירות ואת הנגשתו לציבור נקבע שיוקם "תאגיד ייעודי" – גוף נוסף שיספק שירותים בתחום זה ויתחרה בקופות החולים. תאגיד כזה לא הוקם עד היום.

בשנת 2016 הגישה "ועדת הקפיטציה" של משרדי הבריאות והאוצר, שבחנה את נוסחת החלוקה של מקורות המימון בין קופות החולים, שורה של המלצות. בין היתר, כדי לצנן את התחרות על מבוטחים, המליצה הוועדה כי בשנתיים שלאחר מעבר מבוטח לקופה חדשה תקבל בעבורו הקופה החדשה תגמול מופחת, ויתרת התגמול תועבר לקופת החולים שעזב. המלצה זו, כמו שאר המלצות הוועדה, לא יושמה.

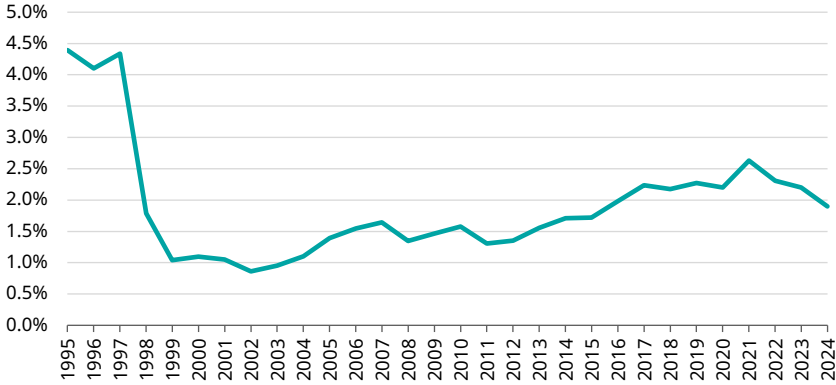
בשנת 2024 פרסם משרד הבריאות טיוטה של תקנות המגבילות את התחרות על כוח אדם רפואי. התקנות קובעות בין השאר כי מעבר של רופא ראשוני הפועל ביישוב המונה עד 10,000 תושבים או במרחק של חמישה קילומטרים ממנו מחייב אישור של משרד הבריאות. נכון לזמן כתיבת שורות אלו התקנות טרם אושרו.

מהסקירה שהוצגה ניתן לראות מגמות שונות בכל הקשור לשינויי החקיקה ולהשפעתם על התחרות. בשנים הראשונות לחוק בוצעו מהלכים שנועדו להסדיר סוגיות שלא זכו למענה מספק בחקיקה המקורית. לאחר מכן התמקדו השינויים בהנגשת המעבר של מבוטחים בין הקופות ובהגברת התחרות בין קופות החולים, ובשנים האחרונות אנו עדים למגמה הפוכה – שינויי חקיקה שמטרתם לרסן את התחרות בין קופות החולים כדי לצמצם את ההיבטים השליליים של תחרות זו במערכת הבריאות, כגון כפל שירותים או אינפלציה בשכר הרופאים.

ניתוח המעברים בין קופות החולים

לאורך שלוש שנות הפעלת החוק חלו תמורות במגמות של מעבר מבוטחים בין קופות החולים. בשלוש השנים הראשונות היה שיעור המעברים גבוה ועמד על יותר מ-4% בשנה. שיעור גבוה זה נבע ככל הנראה מהצטברות מלאי של מבוטחים שרצו לעבור טרם החוק אך נענו בסירוב, ואולי גם מכך שהסדרי המעבר נעשו בסניפי קופות החולים. לאחר שינוי החקיקה שהעביר את ביצוע המעבר לסניפי הדואר (1998) חלה ירידה ניכרת בשיעור המעברים, והוא ירד לכ-1% בשנה. מתחילת שנות האלפיים הייתה מגמה איטית של עלייה בשיעור המעברים, עד לשיעור של 2.6% בשנת 2021. בשנים האחרונות שיעור המעברים החל שוב לרדת, עד שהגיע ל-1.9% בשנת 2024.

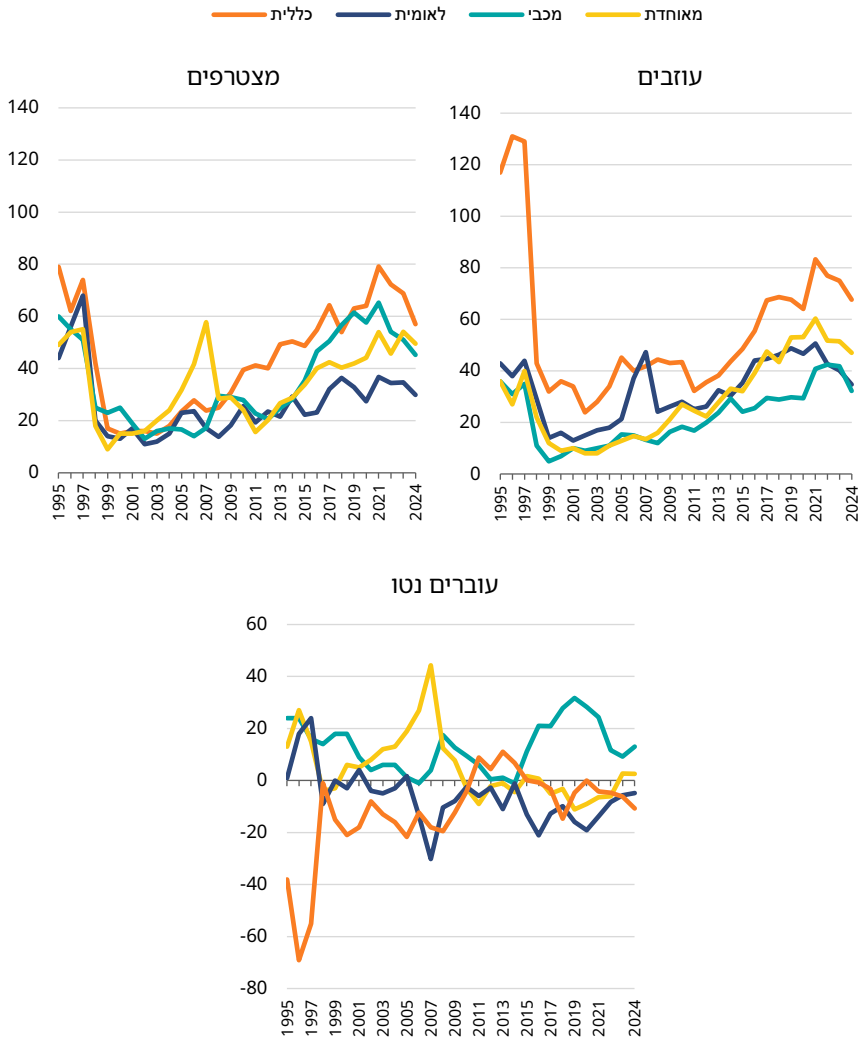
תרשים 1. שיעור המעברים בין קופות החולים



מקור: בן נון ואחרים, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות; המוסד לביטוח לאומי

בחינת המגמות במעברים בין קופות החולים יכולה להתבצע באמצעות בחינה של מספר העוזבים את הקופות והמצטרפים אליהן או באמצעות בחינה של מספר המעברים נטו בין הקופות. שני החלקים הראשונים של תרשים 2 מציגים את מספר העוזבים והמצטרפים. ניתן לראות בבירור כי בשנים הראשונות לחוק מספר המבוטחים שעזבו את קופת חולים כללית היה גבוה מאוד, הרבה יותר ממספרם בשאר הקופות. עם זאת, מתחילת שנות האלפיים מספר המצטרפים לקופה זו הוא הגבוה ביותר. בחינה של מספר המעברים נטו – כלומר, מספר המצטרפים לקופה פחות מספר המבוטחים שעזבו אותה – מציגה את הדברים מזווית אחרת. אפשר לראות כי בשנים 1995–2010 מספר המעברים נטו בכללית היה שלילי – כלומר יותר מבוטחים עזבו את הקופה מאשר הצטרפו אליה. מגמה דומה מאפיינת את הקופה החל מ-2016. משנת 2015 ועד 2024 מכבי היא הקופה המובילה במספר המעברים נטו. לאומית נמצאת במאזן מעברים שלילי מאז שנת 2006, ואילו במאוחדת המגמות משתנות לאורך השנים.

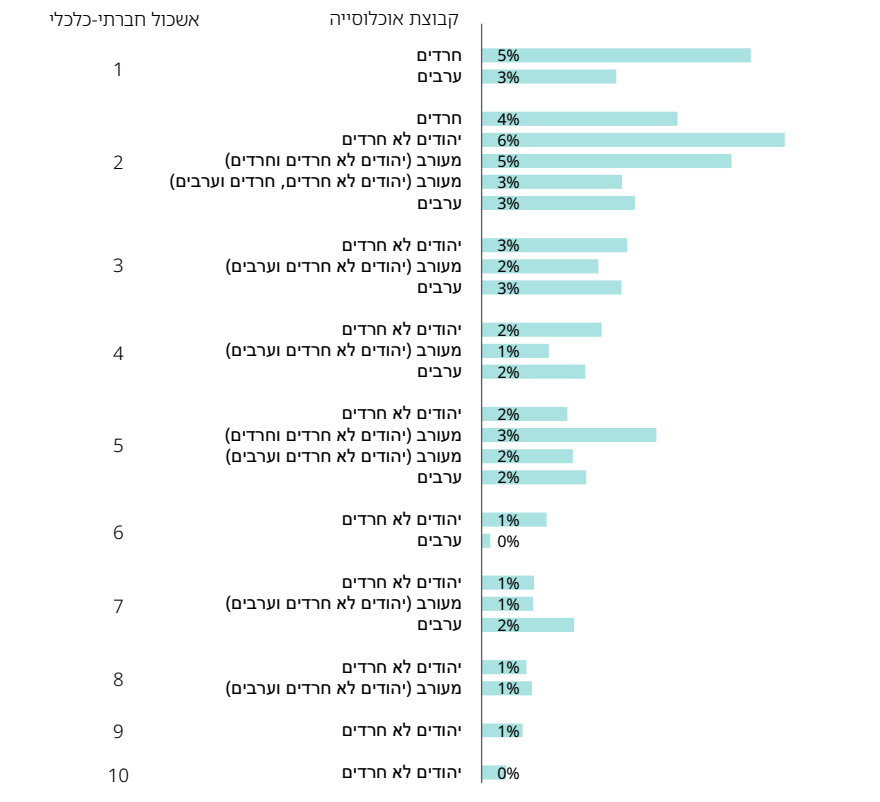
תרשים 2. מגמות במעבר מבוטחים בין קופות החולים באלפים



הערה: ב"מעברים נטו" הכוונה למצטרפים חדשים לקופה פחות המבוטחים שעזבו. מקור: בן נון ואחרים, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות; המוסד לביטוח לאומי

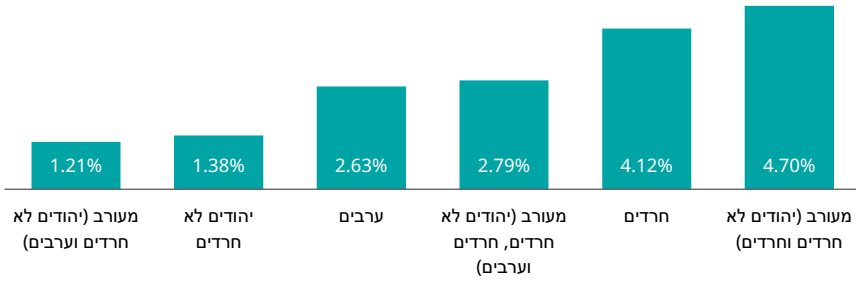
כדי ללמוד על מאפייני המבוטחים שעברו בין הקופות מבחינה סוציו-דמוגרפית ניתחנו את המעברים לפי קבוצות אוכלוסייה ולפי הדירוג החברתי-כלכלי של היישוב. תרשים 3 מראה שככלל, שיעורי המעברים בין קופות החולים גבוהים יותר בקרב ערבים וחרדים. כמו כן ניכר שהמעברים מאפיינים יותר את האשכולות הנמוכים, וככל שהדירוג החברתי-כלכלי של הרשות המקומית עולה – יורדים שיעורי המעברים. תרשים 4 מתמקד במעברים בין הקופות בשנת 2023 לפי האוכלוסייה הדומיננטית ביישוב. מהתרשים עולה כי שיעורי המעברים ביישובים חרדיים וערביים גבוהים מאלה שביישובים יהודיים שאינם חרדיים או ביישובים מעורבים (חרדים ולא-חרדים). ייתכן שהסיבה לכך היא שאוכלוסיות אלו אטרקטיביות יותר מבחינת קופות החולים בגלל גודל המשפחה, ולכן הן ממקדות את מאמצי הגיוס שלהן בקבוצות אלו.

תרשים 3. שיעור המעברים בין קופות החולים לפי קבוצת אוכלוסייה ואשכול חברתי-כלכלי של היישוב, 2023



מקור: בן נון ואחרים, מרכז טאוב | נתונים: המוסד לביטוח לאומי

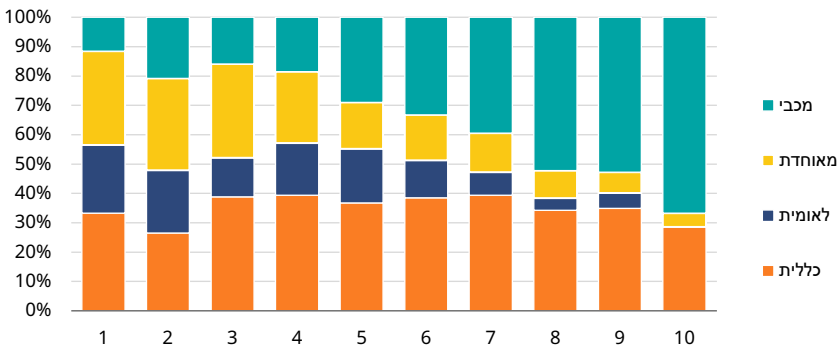
תרשים 4. שיעור המעברים בין קופות החולים לפי קבוצת האוכלוסייה הדומיננטית ביישוב, 2023



מקור: בן נון ואחרים, מרכז טאוב | נתונים: המוסד לביטוח לאומי

תרשים 5 מציג את התפלגות המצטרפים החדשים לכל קופה לפי הדירוג החברתי-כלכלי של היישוב. מהתרשים עולה בבירור שמכבי ממקדת את מאמציה בגיוס מבוטחים מאוכלוסיות חזקות – מספר המבוטחים החדשים גדל ככל שהאשכול החברתי-כלכלי של היישוב גבוה יותר, וקופת חולים מאוחדת מגייסת יותר מבוטחים מן האשכולות הנמוכים. בקופת חולים כללית לא נצפו הבדלים משמעותיים בהצטרפות המבוטחים בין האשכולות השונים.

תרשים 5. התפלגות ההצטרפות לקופות החולים לפי אשכול חברתי-כלכלי של היישוב, 2023



מקור: בן נון ואחרים, מרכז טאוב | נתונים: המוסד לביטוח לאומי

סיכום וחלופות מדיניות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנחקק בשנת 1994, הביא עימו רפורמה רחבה במערכת הבריאות בישראל. אחת הסוגיות המרכזיות המלוות את החוק משלבי ניסוחו ועד היום היא היקף התחרות שיש לאפשר בין קופות החולים. מוסכם על הכול שהחוק נועד להגדיל את השוויון במערכת הבריאות, אך לצד זאת הוא גם שאף לעודד תחרות מנוהלת בין קופות החולים. במסמך זה הרחבנו את הדיון על יסודות התחרות המנוהלת וניתחנו את התמורות שחלו בתחרות בין קופות החולים ובעמדת המדינה לגבי תחרות זו לאורך השנים.

הניסיון שנצבר בשלושים שנות ההפעלה של החוק מלמד שלתחרות בין קופות החולים עשויות להיות לעיתים השפעות שליליות על מערכת הבריאות. בעיצוב המדיניות לגבי כללי התחרות בין קופות החולים יש למנוע מצב שבו התחרות גורמת להגדלת פערי הבריאות, לעליית מחירים ולגידול בעלויות ללא שיפור בבריאות האוכלוסייה. כמו כן יש לנקוט מהלכים כדי למנוע הסטת מבטחים למערכת הפרטית ופגיעה במבטחים "פחות אטרקטיביים" מבחינת קופות החולים. לבסוף, יש להבטיח שהקופות יתמקדו פחות בהשגת נתח שוק ויותר בשיפור איכות השירותים למבטחים.

להלן כמה חלופות מדיניות בכל הקשור לתחרות בין קופות החולים:

1. **הסטת התחרות בין הקופות לנושאים התורמים לבריאות.** מוצע שמשרד הבריאות יפרסם בפרקי זמן קבועים (אחת לרבעון) השוואה בין קופות החולים בפרמטרים שונים שתעודד תחרות על איכות השירות שהן מספקות למבטחיהן, כגון מתן ציון לקופות על הסדרי הבחירה בספק שירותים שהן מאפשרות למבטחים; השוואת איכות הטיפול בחולי סוכרת; השוואת מספר הקבילות המוצדקות נגד קופות החולים (גם באחוזים); זמני המתנה לשירותי קהילה נבחרים; מדד לפערים בין המרכז לפריפריה ברמת הקופה; ומדד קידום הבריאות העוסק בסוגיות של השמנה, עישון ופעילות גופנית. יש להקפיד שמדדים אלו יהיו מתוקננים בהתאם למאפייני המבטחים בקופות החולים.
2. **נקיטת צעדים להגבלת התחרות על רופאים בין הקופות.** התקנות שפרסם לאחרונה משרד הבריאות בעניין הגבלת התחרות על כוח אדם רפואי הן צעד חשוב בכיוון זה. לאחר יישום התקנות ובחינת השפעתן יש לשקול את הקשחת הקריטריונים המופיעים בהן.
3. **תיקון נוסחת הקפיטציה.** משקולות נוסחת הקפיטציה לא עודכנו מאז שנת 2010 (מלבד תיקון שהעביר את האחריות לבריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים). משקולות הקפיטציה אינן משקפות כיום את צורכי הבריאות של המבטחים, והן גורמות לכך שיש לקופות החולים מבטחים "רווחיים" ומבטחים "הפסדיים".

יש לתקן את הנוסחה ולכלול בה משתנים נוספים שיהוו מנבא נכון יותר להוצאות הקופות על המבוטחים. תיקון הנוסחה ומתן תגמול שולי לתקופה קצובה על מעבר מבוטחים יסייעו בריסון התחרות השלילית על מבוטחים.

4. **שיפור הרגולציה של משרד הבריאות.** לאורך השנים קבע משרד הבריאות כללי פיקוח ורגולציה, אך הם אינם נאכפים בצורה מיטבית. קופות החולים משקיעות מאמצים רבים בגיוס מבוטחים חדשים בשלל אמצעים, כגון תמריצים כספיים לעובדים והפעלת "מתאמי קהילה" במגזרים מסוימים. פיקוח הדוק יותר של משרד הבריאות יאפשר לצמצם את האלמנטים השליליים של התחרות ולמקד את קופות החולים בתחרות על איכות השירות למבוטחים.

5. **קבלת החלטה אסטרטגית על מספר קופות החולים שיפעלו בישראל** ונקיטת הצעדים הנדרשים להבטחת יציבותן הפיננסית של הקופות, תוך שמירה על אופיין הציבורי.

6. **הקלת המעבר בין קופות החולים.** על אף השיפור שחל לאורך השנים בהיבטים שונים של המעבר בין קופות החולים, כיום חלק מהמבוטחים נדרשים להמתין שלושה חודשים וחצי ממועד בקשת המעבר ועד הביצוע בפועל. יש לקצר את תקופת ההמתנה לפרק הזמן המינימלי ההכרחי כדי להקל על המבוטחים את המעבר מקופה לקופה. כמו כן יש לעשות כל מאמץ להימנע מהקפאת המעברים בין הקופות כפי שנעשה בתחילת מגפת הקורונה ועם פרוץ מלחמת 7 באוקטובר, שכן יש בכך משום פגיעה בזכותם הבסיסית של המבוטחים כפי שהיא מנוסחת בחוק.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המבוסס על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית, התווה לפני שלושה עשורים את העקרונות המרכזיים לניהול ותפעול המערכת בדגש על היחס שבין מבטחים, מבוטחים והמדינה. עקרונות אלו מאפיינים כיום את רוב מערכות הבריאות במדינות ה-OECD ואומצו גם בידי ארגון הבריאות העולמי. עקרונות אלו, והשאיפה לקיים מידה של תחרות מנוהלת כאמצעי לשיפור יעילות המערכת ואיכות השירותים הניתנים למבוטחים, שזורים לאורך רבים מסעיפי החוק. כדי שמערכת הבריאות תוכל להמשיך לתת מענה לזכות לבריאות, ובאופן המותאם לצורכי הבריאות של האוכלוסייה, עליה להפעיל רגולציה אפקטיבית ודינמית שתאפשר התמודדות מיטבית ולאורך זמן עם כשלי השוק המובנים במערכת. מערכת כזאת תהיה גם יעילה יותר וגם הוגנת יותר.

מקורות

אדר, צ' (2005). תחרות והסדרה במערכת הבריאות: מסגרת מושגית. בתוך: **כנס ים המלח השישי: תחרות והסדרה במערכת הבריאות** (עמ' 15–22). המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

בן נון, ג', ברלוביץ', י', ושני, מ' (2020). **מערכת הבריאות בישראל**. קוראים הוצאת ספרים. דופלט, ק', דוידוביץ, נ', ובן נון, ג' (2016). הקמת בית חולים נוסף בנגב: ה"בעלות", תמהיל המיטות וסוגיות נוספות. **הרפואה**, 155(6), עמ' 330–332.

מבקר המדינה (2014). **היערכות שירותי הבריאות לעתות חירום – מעקב מורחב**. משרד מבקר המדינה.

אנג'ל, י', בן נון, ג', גמזו, ר', ניב-יגודה, ע', וקידר, נ' (2019). מבוא: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד (1994). בתוך: **כנס ים המלח ה-19: 25 שנה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי**. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

מרכז טאוב (2023). מלחמת 7 באוקטובר 2023 והשפעותיה על החברה והכלכלה בישראל. בתוך: א' וייס (עורך), **דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2023** (עמ' 19–62). מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

משרד הבריאות (2013). **השינוי שחל במעברים בין קופות החולים בעקבות האפשרות לעבור בין הקופות באינטרנט**.

משרד הבריאות (2022). **המלצות הצוות להסדרת הפרסום, השיווק והמידע למבוטחים בקופות החולים**.

משרד המשפטים (2023). **טיוטת תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הגבלת מעברים בין קופות חולים) (הוראת שעה), התשפ"ד-2023**.

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973.

Beckert, W., Christensen, M., & Collyer, K. (2012). Choice of NHS-funded hospital services in England. *The Economic Journal*, 122(560), 400–417.

Bloom, N., Propper, C., Seiler, S., & Van Reenen, J. (2015). The impact of competition on management quality: Evidence from public hospitals. *The Review of Economic Studies*, 82(2), 457–489.

Choné, P. (2017). Competition policy for health care provision in France. *Health Policy*, 121(2), 111–118.

Dohmen, P., van Ineveld, M., Markus, A., van der Hagen, L., & van de Klundert, J. (2023). Does competition improve hospital performance: A DEA based evaluation from the Netherlands. *The European Journal of Health Economics*, 24(6), 999–1017.

- Enthoven, A. C. (1986). Managed competition in health care and the unfinished agenda. *Health Care Financing Review*, 1986(Suppl), 105–119.
- Goddard, M. (2015). Competition in healthcare: Good, bad or ugly? *International Journal of Health Policy and Management*, 4(9), 567–569.
- Hart, J. T. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, 297 (7696), 405–412.
- Henriquez, J., van de Ven, W., Melia, A., & Paolucci, F. (2024). The roads to managed competition for mixed public–private health systems: A conceptual framework. *Health Economics, Policy and Law*, 1–16.
- OECD (2018). *Designing publicly funded healthcare markets*. Working Party No. 2 on competition and regulation. OECD.
- Pike, C. (2012). Inside the black box: How competition between hospitals improves quality and integration of services. *SSRN Electronic Journal* 1(5).
- Ringard, Å., & Hagen, T. P. (2011). Are waiting times for hospital admissions affected by patients' choices and mobility? *BMC Health Services Research*, 11(1), 170.
- Schmid, C. P. R., Beck, K., & Kauer, L. (2018). Health plan payment in Switzerland (chapter 16). In T. G. McGuire & R. C. van Kleef (Eds.), *Risk adjustment, risk sharing and premium regulation in health insurance markets* (pp. 453–489). Academic Press.
- Varkevisser, M., Franken, F., van der Geest, S., & Schut, E. (2023). Competition and collaboration in health care: Reconciling the irreconcilable? Lessons from The Netherlands. *The European Journal of Health Economics*, 24(7), 1019–1021.
- Westra, D., Angeli, F., Carree, M., & Ruwaard, D. (2017). Understanding competition between healthcare providers: Introducing an intermediary inter-organizational perspective. *Health Policy*, 121(2), 149–157.