

**מודל קופות
החולים בישראל אל
מול מודל החינוך
באמצעות שובר
לתלמיד: סוגיות
בתחרות מנוהלת
ד"ר הודיה למפרט**

מבוא

מ ערכת הבריאות הציבורית בישראל מורכבת מארבע קופות חולים המבטחות את אזרחי ישראל בביטוח בריאות ממלכתי הכולל סל שירותי בריאות. בין הקופות מתקיימת תחרות. כל מבוטח יכול לבחור להיות חבר בקופה שבה הוא מעוניין, ותקציב סל הבריאות, לו הוא זכאי על פי גילו, מינו ומקום מגוריו, משולם ישירות לקופה בה בחר. למודל זה יתרונות רבים הבאים לידי ביטוי בשביעות רצון גבוהה של הציבור משירותי הבריאות בקהילה. במאמר זה אדון במספר אספקטים של התחרות במערכת הבריאות הישראלית, לאור הסוגיות שעלו במאמרו של טרי מוי (Moe), "The structure of school choice" העוסק במערכת חינוך הפועלת באמצעות שובר מימון לכל תלמיד, שעליו מתחרים בתי הספר.

לשתי המערכות הללו נקודות דמיון רבות ומספר נקודות שוני. בשתייהן קיים כמעט קונצנזוס כי הן מחייבות מימון ציבורי, ובשתייהן נראה כי מתן אפשרות לבחירה בין הספקים ישפר את השירות הניתן לציבור. בשתי המערכות מימון ציבורי משולב עם מימון פרטי, ואספקה פרטית משולבת עם אספקה ציבורית. בשתייהן עולות שאלות דומות לגבי השילוב הראוי בין הפן הפרטי לפן הציבורי – מהו הסל הבסיסי שאותו חייבת המדינה לספק? מה צריכה להיות רמת הפיקוח והרגולציה של המדינה? בשתי המערכות נשאלת שאלת מדידת האיכות ושאלת קביעת התמריצים שיעודדו אספקת שירות איכותי. מכאן נובעות שאלות נוספות כמו: באילו כלים ניתן למדוד איכות? ומי אחראי על מדידת האיכות? גם שאלת מידת הבחירה הניתנת לצרכן עולה בשתי המערכות באופן דומה. האם הבחירה היא ברמת הספק הבודד (בחירת מורה / רופא) או ברמה הגבוה יותר (בחירת בית חולים / בית ספר) או אולי ברמת הניהול בלבד (בחירת קופת חולים / רשת בתי ספר). שתי המערכות סובלות גם מאותו חוסר גמישות הנובע מקיומם של איגודי עובדים חזקים, ובשתייהן עיוותים רבים הנובעים מרגולציה מיושנת שאינה נבחנת בתדירות הרצויה.

אולם, בין שתי המערכות קיים הבדל מהותי. שירותי הבריאות מסופקים במתכונת של ביטוח, דהיינו תמורת תשלום חודשי קבוע שאינו תלוי במידת הצריכה, והשירות ניתן רק כאשר המבוטח נתקל במצב בריאותי המצריך טיפול רפואי. לעומתם, שירותי החינוך לילדים מסופקים לכל ילד באופן יומיומי. נקודה זו יוצרת מספר הבדלים משמעותיים בין שתי המערכות. העיקרי שבהם נובע מפערי המידע שנלווים לשוק ביטוחי. החולה לא תמיד יודע אם הפרוצדורה המוצעת לו היא הכרחית, ואם חברת הביטוח רוצה בטובתו או שיש לה אינטרסים נסתרים. זאת ועוד, חברת הביטוח אינה יכולה לדעת בוודאות אם הטיפול שאותו

החולה מבקש הכרחי או שהוא נובע מכך שהמבוטח אינו מפנים את מחירו המלא. בעיות אלו קיימות במידה פחותה במערכת החינוך, מכיוון שהצורך בחינוך אינו מוטל בספק, ופערי המידע בין ספקי השרות (המורים והמנהלים), צרכני השירות (תלמידים והורים) ומממן השירות (הממשלה) קטנים יותר.

מהי תחרות מנוהלת?

ההצדקה הכלכלית הבסיסית לקיומה של ממשלה, שגובה מיסים בכפייה ומספקת שירותים, היא אספקת מוצרים ציבוריים. מוצרים ציבוריים (public goods) הם מוצרים שמקיימים שני תנאים:

לא ניתן להגביל את צריכתם רק לאלו ששילמו עבורם. צרכן נוסף של המוצר לא פוגע בתועלת של המשתמשים האחרים באותו מוצר.

דוגמה למוצר כזה הוא ביטחון, שהרי לא ניתן להגביל את אספקת הביטחון רק לאלו ששילמו את המיסים עבורו, וכן, כל אורח נוסף שנהנה מהביטחון השורר בטריטוריה מסוימת לא פוגע בהנאה מביטחון של האזרחים שכבר גרים באותה טריטוריה.

השוק הפרטי מתקשה באספקה יעילה של מוצרים ציבוריים. כאשר אין יכולת בסיסית למנוע שימוש במוצר ללא תשלום עבורו, וכאשר השימוש במוצר על ידי צרכן אחד אינו פוגע בהנאה מהמוצר של הצרכנים האחרים, אין למעשה דרך אפקטיבית לגבות מצרכנים תשלום תמורת התועלת שהמוצר מניב להם (תופעה זו מכונה free riders – 'הטרמפיסטים'). במקרה כזה, מעט צרכנים משלמים תמורת המוצר, היצרנים מייצרים אותו בכמות קטנה מדי, והתועלת הכללית יורדת.

כך מסבירה התיאוריה הכלכלית את העובדה שכל הממשלות גובות מיסים על מנת לממן שירותי צבא, משטרה ובתי משפט. כמו כן, ניתן להבין מדוע אין היגיון בקיומה של תחרות על אספקת מוצרים אלו. אם לא ניתן לשייך כל צרכן ליצרן שממנו הוא צורך את המוצר, אין דרך לתגמל את היצרן שמייצר את המוצר שהביקוש לו גבוה, ולכן אין כל תועלת ממשית בקיומם של מספר יצרנים שמהם יכול הצרכן לבחור לקבל שירות.

אולם, על פי הגדרה מצומצמת זו של מוצר ציבורי, אספקה ומימון של שירותי חינוך ובריאות בידי ממשלות רבות אינו דבר מובן מאליה. שירותים אלו אינם מוצרים העונים על ההגדרה הקלאסית של מוצר ציבורי, מכיוון שניתן לחייב תלמידים או מטופלים הצורכים שירותים במערכת לשלם תמורת שירותים אלו, וניתן לעקוב מי צרך שירות, מתי עשה זאת ומאיזה ספק, וכן ניתן למנוע את השירות מאלו שאינם משלמים עבורו.

מדוע אם כן ברוב המדינות המערביות קיימת התערבות ממשלתית במידה זו או אחרת באספקת שירותי הבריאות והחינוך? התשובה לשאלה זו טמונה בכשלי שוק המצדיקים התערבות ממשלה, המכונים השפעות חיצוניות. השפעה חיצונית היא השפעה שיש לייצור או לצריכה של מוצר מסוים על גורם שלישי שאינו הצרכן ואינו היצרן של אותו המוצר. השפעה חיצונית מוגדרת כשל שוק משום שהשוק החופשי, שבו המחיר מסוכם בין הקונה למוכר, אינו לוקח השפעות חיצוניות בחשבון, ולפיכך אינו מביא לתוצאה יעילה באספקת המוצר. מוצר שמייצר השפעה חיצונית שלילית, מיוצר בעודף בשוק החופשי, ומוצר שמייצר השפעה חיצונית חיובית מיוצר בחסר, כל זה ביחס למצב התיאורטי היעיל ביותר שבו השיקולים של כלל הציבור היו מובאים בחשבון.

מילטון פרידמן, בספרו **קפיטליזם וחירות** (1962), הסביר כי חינוך מייצר השפעה חיצונית חיובית משני סוגים. הסוג הראשון הוא יצירת מחויבות אזרחית ולכידות חברתית סביב נרטיב אחד, דבר היוצר חברה יציבה ודמוקרטית. חינוך ציבורי מבטיח כי כל התלמידים במדינה יכירו את התרבות הלאומית ואת היסודות המרכיבים את החברה והמבטיחים את המשך לכידותה. הסוג השני הוא תמיכה בצמיחה ובאימוץ טכנולוגיות חדשות – כאשר התלמידים במדינה מקבלים חינוך מדעי וטכנולוגי בסיסי, הם מסוגלים לקדם ולפתח את הכלכלה בבגרותם ולהבטיח המשך צמיחה ושגשוג. באופן כזה חינוך ילדי משפחה אחת משפיע באופן עקיף על כלל הציבור ומצדיק כפיית מיסים על מנת לדאוג לקיומו בצורה נאותה.

באופן דומה ניתן להצדיק מימון ציבורי לשירותי בריאות. ראשית, כפי שראינו ביתר שאת בתקופת מגפת הקורונה, מחלות מטבען נוטות להתפשט, ולכן מניעת מחלה מאדם אחד גורמת להשפעה חיובית על מצבם של אחרים. בנוסף, קיימת תועלת ציבורית מהעובדה שחסרי אמצעים אינם נעזבים ברחוב בחוסר יכולת לממן טיפול רפואי. מציאות שבה נזקקים אינם מטופלים, או תלויים בנדיבות ליבם של אחרים, פוגעת בלכידות החברתית של הציבור.

נעיר כאן כי ביטוח בריאות ממלכתי הוא מעין 'ביטוח על ביטוח' – היחיד משלם מס בריאות כדי לממן ביטוח בריאות למקרה שיהפוך לחולה, אך גם כדי שאם יהפוך לנזקק ולא יוכל לממן את תשלום הביטוח, או שייוולד לו ילד נכה שביטוח פרטי לא יסכים לבטח במחיר סביר, הוא יוכל להמשיך וליהנות מהביטוח הרפואי הציבורי הבסיסי.

גם בחינוך וגם בבריאות יש להפריד את שאלת המימון משאלת האספקה. מימון ממשלתי משמעותו מימון מלא או

חלקי של מוצרים ושל שירותים, באמצעות כספי המיסים. אספקה ממשלתית משמעותה מציאות שבה היצרנים מקבלים מהמדינה את משכורתם, וכן את הסמכות לייצר את המוצר ולספק אותו לציבור. במקרה של מוצר ציבורי, כפי שהוסבר לעיל, אין דרך לשייך את הצרכן לספק מסוים שממנו הוא רוכש את השירות, ולכן ניתן להבין את הרציונל שבו הממשלה גם מממנת וגם מספקת את המוצר לציבור. אולם, גם במקרה של השפעות חיצוניות, בו ניתן להצדיק מימון ממשלתי (חלקי או מלא) המגדיל את הכמות הנצרכת מהמוצר החיוני ומגביר את האפקט החיובי שיש לצריכה על כלל הציבור, קשה יותר להצדיק אספקה ממשלתית, שהרי הבחירה באספקה ממשלתית טומנת בחובה מספר חסרונות בולטים. ראשית, היא נוטלת את החירות של הצרכן לבחור בין ספקים, חירות ממנה הוא נהנה כאשר המוצר מסופק בשוק הפרטי. חירות זאת מאפשרת לו לבטא את העדפותיו ולהתאים את השירות שאותו הוא צורך לצרכיו. שנית, נמנעת השפעתה החיובית של התחרות בין הספקים על יעילות הייצור ועל שביעות רצונם של הצרכנים. כאשר ספקים מתחרים זה בזה, הם מתאמצים למשוך אליהם לקוחות על ידי הוזלת מחיר המוצר ושיפור איכותו, וכדי לשרוד בסביבה תחרותית עליהם להיות יעילים ולהשתמש במשאבים בחוכמה.

בישראל ניתן לראות את ההבדל בין מוצר שמקבל מימון ציבורי אך מסופק בסביבה תחרותית למוצר שמקבל הן מימון והן אספקה ממשלתית, כאשר משווים בין שירותי הבריאות לשירותי החינוך. במערכת החינוך בישראל, בדומה לזו שבארה"ב, החינוך מסופק וממומן על ידי הממשלה, שאף מערימה קשיים רבים על הקמת מוסדות חינוך פרטיים. ההורים, ברוב הערים, נאלצים לרשום את ילדיהם למוסד חינוכי על פי שיוך לאזורי רישום, וכך נמנעת מהם הבחירה בין ספקי חינוך שונים. הספקים – בתי

הספר – מבטיחים לעצמם זרם קבוע של תלמידים ללא קשר לאיכות הביצועים שלהם. המורים, המועסקים על ידי המדינה או על ידי הרשות המקומית, הם בעלי קביעות, ושכרם כמעט אינו תלוי בביצועים ובאיכות ההוראה. ואכן, אפשר לראות כי אף שההוצאה על חינוך לכל תלמיד במערכת גדלה לאורך השנים, מדדי החינוך של התלמידים בישראל לא משתפרים, ואף נסוגים.¹

לעומת זאת, מערכת הבריאות בישראל עובדת בשיטה אחרת. המימון לשירותי הבריאות מגיע מכספי משלם המיסים, אך אספקת ביטוחי בריאות ניתנת בסביבה תחרותית שבה בוחר כל אזרח את קופת החולים שבה הוא מעוניין להיות מבוטח. קופות החולים מקבלות מימון על פי מספר המבוטחים שלהן, ולכן שואפות להתרחב על ידי הגדלת מספר המבוטחים. הבטחת שביעות הרצון של מבוטחים היא, אם כן, תנאי בסיסי לשרידותן. במאמרו מציג מוי את שיטת השוברים (ואוצ'רים) בחינוך, היוצרת מבנה שוק הדומה לזה של מערכת הבריאות בישראל.² על פי רעיון השוברים בחינוך, שהוצג בידי מילטון פרידמן בספרו קפיטליזם וחירות, כל תלמיד יקבל מימון ללימודים בצורת שובר, אותו הוא יוכל לממש בכל בית ספר שיבחר. כך בתי הספר יתחרו ביניהם על תלמידים, מכיוון שכאשר מספר התלמידים עולה הכנסות בית הספר גדלות גם הן. סוג כזה של מבנה שוק, שבו יש תחרות על אספקת המוצר אך המימון למוצר הוא ציבורי ונתון לרגולציה ממשלתית, מכונה בספרות הכלכלית 'תחרות מנוהלת'.

1. ראו אברהם תומר, "השכר עלה – אבל החינוך לא משתפר", מידה, 10.7.2017. (bit.ly/3qsGWwx).

2. מבנים דומים לזה של מערכת הבריאות של ישראל ניתן למצוא במדינות נוספות כמו גרמניה ובלגיה.

אך גם כאשר שירותי הבריאות והחינוך פועלים במודל תחרותי והופכים לטובים וליעילים יותר, העובדה שהמימון של המערכות הללו הוא ציבורי, והעובדה שמוצרים של בריאות וחינוך הם בעלי השפעות חיצוניות נרחבות, מציבה מספר דילמות עקרוניות בנוגע למידת הבחירה, החופש והרגולציה שתושט על השוק. מוי, במאמרו, דן במספר היבטים של בחירה ושל חופש במערכת חינוך שמופעלת בה שיטת השוברים, ומציע מספר פתרונות לבעיות שעשויות לצוץ תחת מבנה שוק שכזה. חלק מהיבטים אלו רלוונטיים גם למערכת הבריאות בישראל, הפועלת בצורה דומה. לכן ניתן להקיש וללמוד מהבעיות שמעלה מוי ומהפתרונות שהוא מציע בנוגע למערכת החינוך הפועלת באמצעות שוברים גם על הדילמות העומדות בפני הרגולטור של מערכת הבריאות בישראל.

למי מגיעה הזכות לשובר?

בחינוך: הסוגיה הראשונה שאותה מעלה מוי מתייחסת להיקף הזכאים לשוברי החינוך. נקודת המוצא לדיון היא שכיום כולם מקבלים חינוך באספקה ציבורית, ולכאורה, טוען מוי, אין סיבה להגביל את השוברים דווקא לאוכלוסייה מסוימת. אחרי הכול, כפי שהסברנו לעיל, תחרות וחופש בחירה יניבו תוצאה חיובית לכולם ללא גידול בתקציב החינוך. לכן המסקנה המתבקשת היא לאפשר לכולם ליהנות מפוטנציאל השיפור. אולם, לטענת מוי, ניתן למצוא שני טיעונים נגד חלוקת שוברים אוניברסלית. הטיעון הראשון הוא החשש מפני גידול בפערים בין אוכלוסייה חזקה לאוכלוסייה חלשה. ההורים במשפחות חזקות ומבוססות ידעו כיצד לנצל היטב את הזכות לבחירה בין בתי ספר כדי להביא לשיפור ניכר בחינוך הניתן לילדיהם. הכוח שיינתן להם יתורגם

מיידיית למשא ומתן עם בתי הספר, והוא יביא לפער שילך ויגדל בין ילדיהם לילדים האחרים. אף כי, כאמור, כולם יחוו בשפור ברמת חינוך, גם הסיכון להרחבת הפערים בין התלמידים ילך ויגדל ואיתו הפגיעה במוביליות החברתית. טענה נוספת נגד חלוקת שוברים אוניברסליים אותה מציין מוי נסמכת על גישה שמרנית הגורסת כי טוב לבצע שינויים איטיים והדרגתיים במערכת, ועל כן יש להתחיל עם חלוקת שוברים בהיקף מצומצם. בגלל שתי הסיבות הללו, סובר מוי, כדאי לשקול, בשלב ראשון, מתן שוברים רק למעוטי יכולת. כך יפחת החשש מהגברת אי השוויון, והמעבר לשיטת השוברים ייעשה באופן הדרגתי.

בבריאות: בישראל שיטת השוברים במערכת הבריאות היא אוניברסלית. הזכות לקבל ביטוח בריאות ממלכתי, והזכות לבחור את קופת החולים שתספק אותו, מוקנות לאזרח הישראלי (או להוריו) מרגע לידתו. עם זאת, לא קיימת האפשרות לוותר על זכות זו ולבחור לרכוש במקומה ביטוח פרטי. בחלק מהמדינות אין הדבר כך. בגרמניה למשל, ניתן לבחור שלא לקבל שובר של ביטוח בריאות ממלכתי ולרכוש תחתיו ביטוח פרטי. אם כן, השאלה הרלוונטית, בבואנו לדון בסוגיית היקף האוכלוסייה המכוסה בביטוח בריאות ממלכתי, איננה הזכות לביטוח בריאות ממלכתי, אלא החובה להיות מבוטח בביטוח כזה. במילים אחרות, השאלה היא אם לאפשר למי שמעוניין בכך לרכוש ביטוח פרטי ולהפסיק לשלם מס בריאות במסגרת הביטוח הציבורי. היתרון ברור – לתחרות בין קופות החולים תתווסף גם תחרות עם הביטוחים הפרטיים, הבחירה תורחב וכפועל יוצא השירות ישתפר. אולם, השלכותיה של מדיניות כזו עשויות להיות חמורות. כפי שהוזכר לעיל, ביטוח ממלכתי הוא מעין 'ביטוח על ביטוח'. כלומר, הציבור משלם על הביטוח כפי יכולתו הכלכלית, ומקבל סל בריאות אחיד. אם תהיה אפשרות להמיר ביטוח ממלכתי בביטוח פרטי

(או לא לרכוש ביטוח כלל), יוותרו בביטוח הממלכתי אלו שידם אינה משגת ביטוח פרטי, או בעלי בריאות רופפת שביטוח פרטי לא יסכים לבטח. כך תמצא עצמה מערכת הבריאות הממלכתית רק עם החולים ביותר והעניים ביותר, והתשלום שיתקבל מהם לא יספיק לצורכי הטיפול הרפואי הדרוש להם. במקרה כזה היקף סל הבריאות יצטמצם באופן ניכר, או שההפרש ישולם מכספי המיסים, כלומר מכלל הציבור. צמצום סל הבריאות יוביל לבריאות לקויה של העניים, דבר שיגרור השפעות חיצוניות שליליות כפי שפירטנו לעיל. סבסוד הסל מכספי המיסים מחזיר אותנו למעשה לנקודת המוצא – החובה של כלל הציבור לשלם תמורת ביטוח בריאות ממלכתי.

ניתן לבחון את הסוגיה גם מזווית אחרת. הביטוח מבוסס על מציאות שבה המבוטחים משלמים תשלום קבוע אך נמוך, ומקבלים סכום גדול אם מתרחש אירוע ביטוחי. מבוטח אינו יכול, כמובן, לבחור לשלם את דמי הביטוח רק אחרי שהתרחש אותו אירוע ביטוחי. כדי להיות זכאי לקבל שיפוי כאשר מתרחש האירוע הביטוחי, עליו לשלם את דמי הביטוח מראש ובאופן קבוע. ביטוח הבריאות הממלכתי מבטח את הציבור למעשה לא רק כנגד אירועים בריאותיים, אלא גם כנגד אירועים כלכליים. אדם מחויב לשלם אחוז מתוך הכנסתו על הביטוח. כאשר הכנסתו גבוהה, תוחלת התשלום שלו מהביטוח שלילית (משלם יותר ממה שצורך), ולהפך כאשר הכנסתו נמוכה. אם ישלם רק כאשר הכנסתו נמוכה, לא יישמר האיזון התקציבי של מערכת הבריאות. כלומר, ביטוח הבריאות הממלכתי מבטיח כיסוי ביטוחי גם במצב של קושי בריאותי וגם במצב של התדרדרות כלכלית. לפיכך האפשרות להימנע מתשלום עבורו תמורת רכישת ביטוח בריאות פרטי ואקסקלוסיבי, עלולה לגרום לקריסה כללית של רעיון הביטוח הממלכתי.

שׁוֹבְרִים הַטְרוֹגְנִיִּים אוֹ שׁוֹבְרִים הוֹמוֹגְנִיִּים?

בחינוך. הסוגיה השנייה אותה מעלה מוי מתייחסת לשאלת האחידות בגובה השובר, או ביתר פירוט – אם השובר צריך להיות הומוגני עבור כל התלמידים או משתנה בהתאם לקריטריונים מסוימים. מוי טוען כי יש היגיון לתת לכל תלמיד שובר בגובה ההוצאות הצפויות עליו בבית הספר. הוצאות החינוך על תלמיד עם קושי לימודי או עם רקע סוציאקונומי בעייתי תהיינה, מטבע הדברים, גבוהות יותר מהוצאות על חינוך ילדים בעלי אינטליגנציה גבוהה או בעלי תמיכה משפחתית חזקה. הסיבה להתאמה של גובה השובר לגובה ההוצאה הצפויה היא יצירת תחרות בין בתי הספר הפרטיים על כל תלמיד. שהרי אם הסכום בכל השוברים יהיה זהה, התחרות על תלמידים חזקים תהיה עזה יותר מהתחרות על תלמידים חלשים. למעשה, על התלמידים החלשים עלולה להיווצר תחרות 'שלילית', כלומר בתי הספר יעדיפו שלא לקבל תלמידים חלשים מכיוון שהם עלולים להסב להם הפסדים. הטרוגניות בגובה השובר יכולה גם לשקק את סדרי העדיפויות של המדינה. למשל, ניתן להעניק שובר בסכום גבוה יותר לתלמידים מרקע חלש, גבוה אף יותר מההוצאה העודפת הצפויה עליו, כדי לעודד בתי ספר טובים להתחרות עליו.

בבריאות. גובה השובר של ביטוח הבריאות הממלכתי בישראל מחולק לקופות החולים על פי נוסחה המכונה 'קפיטציה': הנוסחה מקצה לכל מבוסח פרמיה המשולמת עבורו לקופת החולים על פי מפתח שמורכב מארבעה קריטריונים: גיל, מין, מקום מגורים והיותו חולה באחת מחמש מחלות קשות (אי ספיקת כליות כרונית, מחלת גושה, תלסמיה מיגור או אינטרמידיה, המופיליה, חולה או נשא HIV). כך למשל, בעבור מבוסחים מבוגרים מקבלות קופות החולים פרמיה גבוהה יותר מהפרמיה על צעירים, בעבור נשים בגיל הפריזון יותר מאשר

גברים באותו גיל, ובעבור תושבי הפריפריה יותר מאשר תושבי המרכז. הרציונל דומה לזה של מוי. ההוצאה הממוצעת של קופת החולים על מבוטח מבוגר גבוהה לאין ערוך מההוצאה על מבוטח צעיר. כדי למנוע תחרות שלילית על מבוטחים מבוגרים, שבה כל קופה תנסה להעניק את הטיפול הגרוע ביותר לקשישים כדי שהללו יעברו לקופה מתחרה, לא היה מנוס אלא להתאים את גובה הפרמיה המשולמת על מבוטחים מבוגרים להוצאה הממוצעת עליהם.

אך כדי להתאים את גובה השובר להוצאה על כל מבוטח רצוי להוסיף מרכיבים נוספים לנוסחת הקפיטציה. למשל תוספת על מחלות שאינן ברשימת המחלות הנוכחית, או להתאים את גובה הפרמיה למצב סוציאקונומי, שהוכח כדבר המנבא מצב בריאותי. מכל מקום, הוספת קריטריונים להטרוגניות של שובר הבריאות צריכה להיעשות באופן שקול וזהיר, שכן היא עלולה לגרום לתמריצים בעייתיים אצל קופות החולים. למשל, אם הפרמיה על מבוטח חולה סוכרת תהיה גבוהה יותר, ייווצר תמריץ לקופת החולים שלא למנוע את המחלה. אם נוסף למרכיבי הנוסחה קריטריונים 'רכים', כמו לחץ דם גבוה או משקל עודף, נייצר תמריץ לקופות 'לשחק עם המספרים' כדי להגדיל את מספר המבוטחים העונים לקריטריונים. לכן מומלץ להותיר בנוסחת הקפיטציה רק מחלות שאינן תלויות בהתנהלותה של קופת החולים ומדדים שהיא אינה יכולה לשחק בהם.

האם לאפשר תוספת תשלום פרטי על השובר?

בחינוך. מוי מתייחס לסוגיית תשלומי ההורים המתווספים אל הסכום שאותו מקבל המוסד במסגרת השובר. במקרים רבים הורים מעוניינים לספק לילדיהם חינוך טוב יותר, שעלותו גבוהה

מהסכום המתקבל באמצעות השובר, והם מוכנים להוסיף על השובר סכום כסף משלהם. השאלה שאותה מעלה מוי היא – האם לאפשר להורים לעשות זאת? הזכות לשפר את חינוך הילדים באמצעים כלכליים נראית כזכות בסיסית של הורים, אולם השאלה היא אם נכון לאפשר זאת במסגרת בית הספר, בו יש חשיבות לשוויון הזדמנויות בין התלמידים. מוי טוען כי זכות זו מגדילה את אי השוויון בין התלמידים, מכיוון שהורים בעלי אמצעים ישלחו את ילדיהם לבתי ספר יקרים יותר, שם הם יקבלו חינוך טוב יותר. כך ייווצרו למעשה שני מעמדות של בתי ספר – בתי ספר שבהם מסתפקים בסכום השובר הבסיסי ובתי ספר שבהם הורים רוצים ויכולים להוסיף עליו. יתרה מכך, התחרות על תלמידים במעמד גבוה תהיה עזה יותר מכיוון שהם עשויים להיות רווחיים יותר לבתי הספר.

בבריאות. במערכת הבריאות בישראל מתמודדים עם בעיה דומה. מבוטחים רבים במערכת הבריאות הציבורית מעוניינים לשפר את איכות הביטוח הרפואי שלהם תמורת תוספת תשלום. המחוקק התיר לקופות החולים, ב'חוק ביטוח בריאות ממלכתי', להוסיף שכבה ביטוחית נוספת על גבי השכבה הבסיסית, הנקראת 'שירותי בריאות נוספים' (שב"ן). המחוקק קבע מספר כללים בסיסיים חשובים לאותה שכבה ביטוחית נוספת (שלמעשה, בכל קופת חולים, כוללת כיום שתי רמות של ביטוח נוסף). הביטוח הנוסף לא יכול לכלול, למשל, שירותים שכבר נמצאים בסל הבריאות. התשלום על השב"ן תלוי בגיל המבוטח בלבד, ולא במצבו הבריאותי ההתחלתי, וכל מבוטח יכול לרכוש את הביטוח, כלומר אין סינון מבוטחים. מערכת השב"ן זכתה לשבחים רבים בדוחות בינלאומיים,⁵ והיא ידועה

3. <https://www.oecd.org/health/oecd-reviews-of-health-care-quality-israel-2012-9789264029941-en.htm>

כמערכת יעילה הנהנית משביעות רצון רבה. יתרונה הגדול הוא השילוב בין ביטוחי הבריאות הפרטיים-מסחריים, בהם נקבע גובה התשלום לכל מבוטח על פי מידת בריאותו בעת רכישת הפוליסה (וניתן אף לא לקבל מבוטחים שבריאותם לקויה במיוחד בעת הרכישה, כמו למשל תינוק שנולד נכה), ובין ביטוח ממלכתי שבו העשירים מסבסדים את העניים והבריאים מסבסדים את החולים. בשילוב שנוצר בשב"ן מתקבל ביטוח שבו הבריאים מסבסדים את החולים, מכיוון שגובה הפרמיה אינו תלוי במצב הבריאותי של המבוטח אלא רק בגילו, אך העשירים לא מסבסדים את העניים, מכיוון שגובה הפרמיה אינו תלוי בהכנסה. כמו כן, אין אפשרות להדיר מבוטחים מהשב"ן אלא יש לספק את הביטוח לכל אחד שחפץ בו. אפשר לשקול יישום של מתודה דומה גם בשיטת השוברים של מערכת חינוך, בה ההורים יוכלו לקנות רובד נוסף של שירותי חינוך תמורת תשלום נוסף, מעבר לשובר הבסיסי.

האם לאפשר ברירת לקוחות?

בחינוך. סוגיה כבדת-משקל נוספת שאותה מציין מוי מתייחסת לנושא ברירת התלמידים. שיטת השוברים בחינוך, כאמור, היא שיטה שבה הורים יכולים לבחור את בית הספר לילדיהם. השאלה העולה כאן היא – האם נכון יהיה שגם בתי הספר יוכלו לברור תלמידים?

אם ננסה להשוות את שוק החינוך לשוק חופשי לחלוטין, התשובה צריכה להיות חיובית – מקסימום חופש לכל השחקנים במערכת. אך אז עלול להיווצר מצב שבו בתי הספר יעדיפו לקבל רק את התלמידים החכמים, או את אלו שהוריהם בעלי אמצעים.

תלמידים חלשים יותר לא יוכלו להגיע לבתי הספר הטובים ביותר. הדבר ימנע שוויון הזדמנויות ויגרום להשפעות חיצוניות, הנובעות מהיעדרו של שוויון זה, הפוגעות בכלל הציבור.

מזו טוען כי לעיתים מגזימים בחשיבותה של סכנה זאת. אומנם חלק מבתי הספר יתחרו על התלמידים החזקים, אבל חלקם בוודאי יתחרו דווקא על התלמידים החלשים. למעשה, אם נתמחר כראוי את השובר שיתקבל בעבור תלמידים מתקשים, נגרום לכך שהרווח הצפוי על תלמידים אלו יהיה באותו סדר גודל של זה הצפוי מתלמידים חזקים, ונפתור את בעיית התמריץ לברירת תלמידים.

בבריאות. כיום, אחד המאפיינים הבולטים ביותר של מערכת הבריאות בישראל הוא חוסר האפשרות של קופות החולים לברור מבוטחים. היתרון בשיטה הזאת ברור. מרחב הבחירה של כל מבוטח מתרחב. אולם לשיטה זאת גם חסרונות רבים המטילים ספק בכדאיותה. כאשר כל קופה מחויבת לקבל כל מבוטח נמנעת ממנה האפשרות לפתח התמחות בתחומים מסוימים, שהרי היא חייבת לדאוג לכך שכל המבוטחים יזכו בטיפול הולם. אם למשל הייתה לקופת חולים אפשרות לפתח מומחיות בטיפול בחולי סוכרת בקהילה, היא הייתה יכולה לבחור לקבל אליה בעיקר כאלו שעומדים בקריטריונים של המחלה, ולדחות מבוטחים עם בעיות לב למשל, וכך היו חולי סוכרת זוכים לטיפול מיטבי. קופה יכולה הייתה יכולה לבחור, למשל, לפעול ולהתבסס באזור מסוים בארץ. כיום, החובה לקבל כל מבוטח יוצרת מצב שבו כל הקופות מחויבות לפעול בפריסה ארצית, ונמנעת האפשרות מקופות קטנות וחדשות לקום ולהתבסס בהדרגה.

מכל מקום, התנאי הבסיסי למתן אפשרות לקופות החולים לברור מבוטחים הוא תמחור נכון של העלויות, כלומר

התאמת נוסחת הקפיטציה. כאשר כל מבוטח יהיה רווחי בתוחלת,⁴ נוכל להבטיח שברירת המטופלים תפעל ליעול של מערכת הבריאות ולשיפור המוצר הסופי. עם זאת, ראוי לציין כי קיים הבדל מהותי בין מערכת הבריאות למערכת החינוך. מערכת החינוך מרימה תרומה חשובה לאינטגרציה בין תלמידים. יש תועלת בכך שתלמידים חזקים ותלמידים חלשים ילמדו יחד בכיתה. במערכת הבריאות אין תועלת כזו. כלומה, במערכת החינוך יש מחיר ל'התמחות יחסית' של בתי הספר.

מהי מידת הרגולציה הרצויה?

בחינוך. מוי, במאמרו, מתייחס למידת הרגולציה הממשלתית הרצויה בבתי הספר הפרטיים שיפעלו על פי שיטת השוברים. האם ממשלה צריכה להתערב או לפקח על התכנים הנלמדים בבית הספר כדי לוודא שהם מקיימים מינימום נדרש? כמו כן, האם יש טעם שהממשלה תפקח על האופן שבו בית הספר מנהל את ענייניו הכספיים? על פי מוי רגולציה עלולה לפגוע בפרודוקטיביות של בית הספר, וגם עשויה להיות מיותרת, מכיוון שההורים יבחרו את בתי הספר על פי קריטריונים של איכות, ובחירה זו היא זו שתפקח למעשה על רמתם של בתי הספר. ואולם, לא כולם מאמינים בכוחו של השוק החופשי, ויש החוששים שמא התחרות לא תהיה על איכות ההוראה. כך למשל בתי הספר עשויים להתחרות על ליבם של התלמידים ושל ההורים בדרכים אחרות, כמו קלות הבחינות ומידת החופש שניתן לתלמידים. מוי מכריע כי יש לקבוע רגולציה על תוכני הלימוד, על איכות המורים, על דרכי הבחינה של התלמידים, על ניהול

4. כאן אנו חוזרים בעצם לדיון של מה נכון לכלול בנוסחת הקפיטציה - אם למשל נכון יהיה לכלול מחלות כמו סוכרת, ולפגוע בתמריץ של הקופה למנוע אותה ממבוטחיה.

תקציבי ראוי ועל כיוצא בזה; אך הוא מזהיר מפני יתר רגולציה ובירוקרטיה שיפגעו ביתרונות שיטת השוברים, ולכן הוא מציע פיקוח בסיסי ופשוט בלבד.

בבריאות. למעשה, אף ששיטת השוברים נותנת לגופים פרטיים את הזכות לבטח את האזרחים, היא משיתה על גופים אלו רגולציה כבדה ומסובכת. החל מהיקף הסל שאותו הן אמורות לספק וגובה השכר לרופאים, עד לגובה הוצאות הפרסום והשיווק ומבנה התשלומים לבתי החולים. גם כאן ניתן לטעון כי די בתחרות בין הקופות לבדה על מנת להבטיח הקצאה יעילה של המשאבים ואספקה הוגנת של שירותי בריאות למבוטחים. כנגד טענה זאת יש הסוברים כי בניגוד לשוק החינוך, בשוק הבריאות קיימים פערי מידע שמונעים ממבוטחים בחירה אופטימלית. פערי המידע עלולים לגרום לכך שמבוטחים לא יבחרו נכון מכיוון שהם אינם מכירים לעומק את האפשרויות העומדות בפניהם. ישנן מספר סיבות לפערי המידע בשוק הבריאות. חלקן נובעות ממורכבות המידע ומההכשרה הנדרשת על מנת להבינו. חלק אחר נובע מכך שמבוטחים מתקשים להעריך נכונה את ההסתברות למצבים רפואיים קשים בעתיד ומחוסר היכולת של חברות הביטוח להכיר את הרגלי הבריאות של המבוטחים ואת ההשפעה שלהם על תוחלת ההוצאה על הבריאות (בעיית הסיכון המוסרי). אולם, גם אם נקבל את העמדה שלפיה יש פערי מידע בשוק הבריאות, אין זה אומר שהדרך להתגבר עליהם היא על ידי עודף רגולציה ובירוקרטיה. במובן הזה תפקיד הרגולטור יכול להסתכם בגישור על פערי המידע הללו באמצעות הנגשת הידע ולא על ידי פטרנליזם וקבלת החלטות במקום ציבור המבוטחים. הרגולטור יכול למשל לפרסם מדדי איכות של טיפול רפואי, מדדי שביעות רצון, אורכי תורים, סטטיסטיקה של רשלנות רפואית וכיוצא בזה. מדדים אלו יסייעו לציבור לבחור טוב יותר, וייתרו

חלק גדול מהרגולציה המתיימרת להגן עליו. במקום לבחור עבורו, על הרגולטור לתת בידי ציבור המבוטחים כלים לבחירה מושכלת יותר.

מה לגבי זרמים אלטרנטיביים?

בחינוך. מוי מתייחס לסוגיה בהקשר של בתי ספר דתיים. הוא טוען כי, מצד אחד, מימון ציבורי של חינוך דתי פוגע בעיקרון של הפרדת דת מהמדינה. אך מצד שני, אם חשובה לנו בחירת ההורים, עלינו לאפשר להם לבחור גם בבתי ספר מסוג זה.

בבריאות. ניתן לשאול שאלה דומה לגבי פרקטיקות רפואיות שנויות במחלוקת, כמו למשל הרפואה האלטרנטיבית לסוגיה או שיטות רפואיות אחרות שלא הוכחו מדעית. מצד אחד עומד עקרון חופש הבחירה - אם המבוטחים בוחרים להיעזר בפרקטיקות שכאלו, על הממשלה לכבד בחירה זו ולאפשר אותה במסגרת הביטוח הממלכתי. מצד שני עלינו לזכור כי לכתחילה הסיבה המצדיקה מימון ממשלתי של ביטוח רפואי היא השפעה חיצונית חיובית, שספק גדול אם קיימת במקרה של פרקטיקות שלא הוכחו מדעית. כיום ניתן לקבל מימון בישראל לפרוצדורות רפואיות כאלו דרך השב"ן, ולא דרך סל התרופות. אני סבורה כי כיסוי ביטוחי דרך שירותי הבריאות הנוספים הוא פתרון ביניים צודק שבו התשלום על רפואה אלטרנטיבית אינו מוטל על כלל הציבור, אלא רק על מי שמאמין ביעילותה.