



ינואר 2014

תמהיל "ציבורי" ו"פרטי" במערכות בריאות – השוואה בינלאומית **הסדרתם של הכיסוי הביטוחי ושל עבודת הרופאים במדינות שונות**

רקע

בכל המדינות המפותחות מתקיים תמהיל מסוים של "פרטי" ו"ציבורי" במערכת הבריאות. תמהיל זה בא לידי ביטוי בהיבטים של מימון, בעלות וארגון של המערכת, אשר משתנים מאוד בין מדינה למדינה. כך, מרבית מדינות המערב מספקות לאזרחיהן ביטוח בריאות אוניברסאלי, ולצידו האפשרות לבטח את עצמם בביטוחים פרטיים באופן וולונטרי. מקורות המימון של שירותי הבריאות עשויים להגיע ממיסי מדינה – כלליים או ייעודיים, כמו גם מכיסים של האזרחים, כהוצאות ישירות והשתתפות בתשלומים.¹

כמו כן בתי חולים ציבוריים בבעלות המדינה או בבעלותם של ארגונים ללא כוונת רווח, עשויים לפעול לצידם של בתי חולים פרטיים למטרות רווח, ואף להתחרות בהם. יתרה מכך, מוסדות אשפוז ציבוריים עשויים לספק שירותים פרטיים למטופלים תחת מסגרת רגולטורית הולמת. רופאים ובעלי מקצועות בריאות אחרים עשויים לעבוד כשכירים במוסדות הרפואה השונים או כעצמאים. כמו כן, הם עשויים לעבוד במסגרת ציבורית או במסגרת פרטית ואף לשלב בין שתיהן.

תיירות רפואית, כמו גם הפעלת שירותי בריאות נוספים (שב"ן, או "ביטוחים משלימים) בבתי חולים ציבוריים או מתן האפשרות לרופאים לעבוד באופן פרטי בנוסף לעבודתם במערכת הציבורית, הינן דוגמאות מובהקות לאופן בו מערכות פרטיות וציבוריות נמהלות זו בזו, ולא רק פועלות זו לצד זו במנותק. קיומה של מערכת שירותי בריאות פרטיים הפועלת לצידה מערכת ציבורית ובשיתוף עימה עשוי להניב תועלת רבה לשירותי הבריאות, ולהביא לשיפור באיכות הטיפול והשירות, למשל, על-ידי הגברת התחרות בתחום, באמצעות הרחבת נגישות האזרחים לשירותי בריאות, הגדלת חופש הבחירה של המטופלים והקטנת העומסים המוטלים על המערכת הציבורית. הסדרים כגון תיירות רפואית ושר"פ (שירותי רפואה פרטיים) אף עשויים להכניס מקורות מימון חיוניים למערכת הציבורית. מאידך טשטוש הגבולות בין שתי המערכות עלול לפגוע בעקרון השוויון עליו מושתתת מערכת הבריאות, ולגרום לעלייה בהוצאה הלאומית לבריאות, בין היתר, בשל הקושי של הרגולטור לפקח על ההוצאות בשוק הפרטי. כמו כן יש חשש ממצב בו המערכת הציבורית תסבסד בפועל את המערכת הפרטית בשל תופעת "גריפת השמנת" – המערכת הציבורית תטפל במקרים הקשים והיקרים, בעוד שהרפואה הפרטית תיקח על עצמה את הטיפול במקרים הפשוטים והרווחיים ביותר. נזק נוסף עלול

¹ המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון – טיוטה לדיון, כנס ים המלח ה-13, דצמבר 2012.



להיגרם למערכת הציבורית כתוצאה ממעבר של כוח אדם איכותי ממנה אל המערכת הפרטית בשל תנאי ההעסקה והשכר העדיפים שהיא מסוגלת להציע להם. תופעות אלו עלולות לפגוע באיכות השירות והטיפול הרפואי, כמו גם ביעילותה של המערכת כולה.

אחד האתגרים הגדולים העומדים בפני קובעי המדיניות בתחום מדיניות הבריאות, אפוא, הוא הסדרת קשרי הגומלין בין המערכת הפרטית למערכת הציבורית באופן שתתרום לפעילותם של שירותי הבריאות לטובת הכלל, ותקטין את הנזקים הפוטנציאליים הטמונים בתמהיל הפרטי-ציבורי בתחום הבריאות. על כן, מדינות מפותחות שונות פיתחו מנגנונים להסדרת פעילות זו, וקבעו כללים הן לכיסוי הביטוחי של אזרחיהן והן לעבודתם של רופאים במערכות הציבוריות והפרטיות. בעבודה זו נסקור את הכללים הנהוגים במספר מדינות מערביות בולטות להסדרת הכיסוי הביטוחי ועבודתם של הרופאים במערכת הציבורית ובמערכת הפרטית. המדינות שיוצגו בעבודה זו הן קנדה, הולנד, גרמניה, שבדיה, אנגליה וצרפת.

קנדה

מערכת הבריאות הציבורית בקנדה מספקת כיסוי ביטוחי אוניברסאלי לשירותי רפואה לכל תושבי המדינה. למעשה, לכל אחת מעשר הפרובינציות ושלוש הטריטוריות יש מערכת בריאות משלה, המחויבת לעמוד בעקרונות שמציב הממשל הפדראלי בהתאם ל- Canada Health Act (CHA).² החוק הפדראלי מטיל על הפרובינציות והטריטוריות לספק לתושביהן "שירותי רפואה הכרחיים" (רופאים ובתי חולים) במימון מלא, ללא השתתפות עצמית (first dollar coverage), אך הוא אינו מגדיר את השירותים הללו. רוב ההחלטות על הכיסוי הציבורי נעשות, אפוא, על-ידי הפרובינציות והטריטוריות, והאחריות לו מוטלת עליהן בשיתוף הפרופסיה הרפואית. בנוסף לשירותים החיוניים, כוללים סלי הבריאות שלהן שירותים נוספים ברמות משתנות של כיסוי, לרבות תרופות מרשם, רפואה מונעת, שירותי רפואת נפש, שירותי סיעוד, רפואת עיניים ורפואת שיניים. המימון הציבורי בקנדה מגיע ל- 70% מסך ההוצאות הלאומיות. המימון הפרטי (30%), כולל לרוב תרופות מרשם, שירותי סיעוד, שיקום, רפואת עיניים, רפואת שיניים וחדרים פרטיים בבתי חולים. כשני שלישים מהקנדים מבוטחים בביטוח פרטי המכסה שירותי אלו, ומסופק לרוב על-ידי גופים מסחריים. הביטוח הפרטי בקנדה אינו כולל שיפור שירותים המסופקים בסל הבסיסי, כגון קיצור תורים או בחירת רופא (כלומר, מסוג "Duplicate private health insurance").³

² C.M. Flood and A.H. Haugan, Is Canada odd? A comparison of European and Canadian Approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care, Special issue of health, economics, policy and law on choice in European systems of health care (Toronto: University of Toronto), 4.

³ S. Thomson et al. International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund, 2011, 21-23.



רוב הרופאים עובדים כעצמאים במרפאות שבבעלותם לפי "תשלום עבור שירות" (fee for service) מתוכנית הביטוח הממשלתית. רפואה פרטית בקנדה קיימת, אך ההגבלות החמורות שמטיל עליה המחוקק מצמצמות אותה עד מאוד, אם כי אינן מוציאות אותה מחוץ לחוק, כפי שיש הטוענים לחשוב לעתים.

כך קובע דוח מומחה בנושא :

"Contrary to popular belief, private provision of CHA-insured services is not illegal but providers are prohibited or discouraged from simultaneously operating in public and private domains".⁴

חלק מהפרובינציות אינן מאפשרות לרופאים לעסוק גם ברפואה ציבורית וגם ברפואה פרטית, והן מאלצות את הרופא לבחור באחת מהמסגרות. פרובינציות אחרות קובעות כי מחיריהן של הפרוצדורות הרפואיות בפרקטיקה הפרטית לא יעלו על המחיר שנקבע להן במסגרת הציבורית. הגבלות נוספות חלות על ביטוחים פרטיים – הללו מותרים על-פי רוב, אך יש פרובינציות שקבעו כי במקרה בו מבוטח בוחר לפנות אל רופא פרטי בכדי לעבור טיפול המכוסה בביטוח הממלכתי, הוא אינו רשאי לקבל החזר מהמדינה על הטיפול. בכך יוצרת המדינה חציצה מוחלטת כמעט בין הרפואה הציבורית לרפואה הפרטית תוך צמצום משמעותי של זו האחרונה.⁵

בשל מורכבותה של המערכת הקנדית וריבוי התנאים וההגבלות החלים על-פי חוק על הרפואה הפרטית, קשה מאוד להעריך את היקפה המדויק. עם זאת, יש בנתונים הבאים בכדי לשפוך אור על הנושא: פרובינציית אונטריו, כמו גם פרובינציות נוספות, קובעת כי רופא שברצונו לעסוק בפרקטיקה פרטית, חייב לפרוש/להתנתק (to opt out) מתוכנית הביטוח הממלכתית, כך שהוא לא יקבל יותר מהממשלה תשלום עבור שירותיו במסגרת תוכנית ביטוח זו. לנוכח הגבלה חמורה זו, נכון לשנת 2007, רק 49 מתוך 23,201 רופאים בפרובינציית אונטריו החליטו לפרוש מהתוכנית הציבורית, ולעבוד אך ורק באופן פרטי.⁶ מחד יש בכך להעיד על החסמים העומדים בפני רופאים לעבוד באופן פרטי בקנדה, מאידך פירוש הדבר כי פרקטיקה פרטית מותרת, ויש רופאים המבכרים לעסוק בה על אף ההגבלות הקיימות.

אחת הבעיות העיקריות מהן סובלת מערכת הבריאות הקנדית מאז אמצע שנות התשעים היא התורים הארוכים לקבלת שירותים רפואיים – בעיה שנוצרה כתוצאה מקיצוצים משמעותיים בתוכנית הביטוח הממלכתית. יש הסבורים בקנדה כי המענה הראוי לבעיה זו הוא פיתוח השוק הפרטי בתחום הבריאות, על מנת לייצר תחרות ל"מונופול" הממשלתי ולהרחיב את אפשרות הבחירה של המטופל.

⁴ G.P. Marchildon, Health Systems in Transition – Canada, European Observatory on Health Systems and Policies (Copenhagen, 2005), 49.

⁵ C.M. Flood and T. Archibald, "The illegality of private health care in Canada", Canadian Medical Association Journal 164, no.6 (2001):825-830.

⁶ Flood, Is Canada odd?, 8.



הטענה היא כי מדיניות זו תיצור לחץ על מערכת הבריאות הממשלתית להתייעל ולקצר את זמן ההמתנה לטיפול. הוויכוח סביב הפרטה כפיתרון לזמני ההמתנה הממושכים לטיפול רפואי קשור ישירות לצבינה של מערכת הבריאות הקנדית, והוא מתנהל בזיקה לדיון עקרוני על זכויות אדם במדינה, והגיע אף לערכאות משפטיות. ניתן לומר כי זהו אחד הנושאים העקרוניים, החשובים והטעונים ביותר המלווים את המערכת הקנדית בשנים האחרונות.⁷

הולנד

החל מחודש ינואר 2006, בעקבות רפורמה במערכת הבריאות, כל תושבי הולנד מחויבים לרכוש ביטוח בריאות. חובה זו מעוגנת בחוק – Health Insurance Act (ZVW), כאשר הביטוח מסופק על-ידי מבטחים פרטיים. לפני הרפורמה, תושבים בעלי הכנסות הגבוהות מ-30 אלף אירו לשנה ובני משפחתם (כ-35% מהאוכלוסייה), לא נכללו במסגרת ביטוח החובה שסופק על-ידי קופות חולים, ורכשו ביטוח בריאות על-ידי מבטחים פרטיים. חוסר שביעות רצון הולך וגובר מהמערכת הכפולה של כיסוי פרטי וציבורי הובילה בסופו של דבר לרפורמה.⁸

המבטחים מחויבים על-פי חוק לספק סל שירותים בסיסי, הכולל שירותים רפואיים הניתנים על-ידי מומחים, רופאים כלליים, מיילדות ובתי חולים, רפואת שיניים, עזרים ומכשירים רפואיים, תרופות, שירותי אמבולנס, שירותים פארא-רפואיים כגון פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת ועוד. הביטוח מממן מתשלומים הקשורים לגובה ההכנסה, אשר מרוכזים יחדיו, ומוקצים למבטחים בהתאם לנוסחת קפיטציה מתוחכמת. שוק הביטוח נשלט על-ידי חמישה מבטחים גדולים, המחזיקים בכ-80% מהשוק. גובה התגמולים לספקי הבריאות נקבע על-ידי רשויות הבריאות, אולם נתח מסוים מהטיפול בבית החולים נקבע באמצעות משא ומתן בין המבטחים לספקי הבריאות. הביטוח הפרטי התחליפי בוטל, כאמור, בשנת 2006. כיום, לרוב האוכלוסייה יש בנוסף לביטוח הציבורי, גם תוכנית ביטוח פרטי. התעריפים והשירותים הניתנים בביטוח הפרטי אינם תחת רגולציה, והם מהווים 3%-5% מההוצאה השנתית לבריאות. הללו כוללים בדרך כלל ביטוח מרחיב לשירותים כגון רפואת שיניים וטיפול פיזיותרפיה, אך הביטוח הפרטי אינו מאפשר גישה מהירה יותר לשירותים רפואיים, ואינו מרחיב את האפשרות לבחירת רופא מומחה או בית חולים. הרופאים הכלליים עובדים ברובם באופן עצמאי, לבד או במרפאות משותפות. המומחים עובדים כמעט כולם בבתי חולים, כשכירים או במרפאות משותפות.⁹

מאז שנת 2006 נוקטת הולנד מדיניות של "תחרות מנוהלת". התחרות בין ספקי הבריאות ובין המבטחים ומתן אפשרות בחירה למבטחים מתאפשרת תחת רגולציה ממשלתית בשיתוף הפרופסיה.

⁷ Flood, *Is Canada odd?*, 5.

⁸ Thomson, *International Profiles of Health Care Systems*, 78.

⁹ Thomson, *International Profiles of Health Care Systems*, 78-80.



מנגנוני התחרות והבחירה נועדו לאפשר תחרות על מחיר תוך שיפור איכות, אם כי עדיין לא הצטברו עדויות מספיקות על מנת לבחון את הצלחת הרפורמה.¹⁰

גרמניה

עד לשנת 2009, ביטוח חובה חל על רוב אזרחי גרמניה, אך לא על כולם: אזרחים שהכנסתם נמוכה מכ- 49 אלף יורו בשנה חויבו לרכוש ביטוח בריאות חובה על-פי חוק מדינה, שהגדיר את סל שירותי הבריאות, המסופק על-ידי קופות חולים. לאזרחים שהכנסתם גבוהה מרף זה, ניתנה האפשרות לפרוש מהתוכנית הציבורית, ולרכוש תוכנית ביטוח פרטית מקיפה יותר מחברות מסחריות, או שלא לרכוש ביטוח כלל. בעקבות רפורמה שערכה גרמניה בתחום, מאז תחילת שנת 2009 חל ביטוח בריאות חובה על כל אוכלוסיית המדינה – ציבורי (90% מהאזרחים) או פרטי (10% מהאזרחים, בעיקר עצמאים ופקידי מדינה).¹¹

תוכנית הביטוח הממלכתית מסופקת על-ידי 154 קרנות מתחרות (קופות חולים). הן ממומנות על-ידי תשלומי חובה המתחלקים בין המעסיקים למועסקים, וכוללים גם את בני משפחתם של המבוטחים. תוכנית הביטוח הממלכתית כוללת רפואה מונעת, טיפול רפואי, שירותי אשפוז בבתי חולים, שירותי בריאות הנפש, בדיקות שגרתיות של בריאות השן ועוד.¹² כ- 16% הגרמנים מחזיקים בביטוח משלים עבור שירותים שאינם מכוסים במלואם על-ידי הביטוח הממלכתי, לרבות טיפולי שיניים, חדר פרטי בבית חולים ואפשרות בחירה ברופאים בכירים.¹³

הביטוח הפרטי בגרמניה ממלא תפקיד משמעותי במערכת הבריאות, שכן הוא מהווה חלק בלתי נפרד מהרובד הביטוחי הבסיסי והמחייב של האזרחים, והוא משרת קבוצות אוכלוסייה גדולות. לחברות הביטוח הפרטיות אסור לדחות אזרחים המבקשים להצטרף אל תוכניות הביטוח שלהן, והן מחויבות להציע להם לפחות את הסל המינימלי הקבוע בחוק, אשר מסופק על-ידי קופות החולים במערכת הציבורית.¹⁴ פרמיות הביטוח הפרטי אמנם קשורות לרמת הסיכון של המבוטח, אך יחד עם זאת הן מפוקחות על-ידי הממשלה. כמו כן, חברות הביטוח הפרטיות מחויבות לקחת חלק בתוכניות קפיטציה (risk adjustment) נפרדות מתוכנית הביטוח הממלכתית, על מנת שניתן יהיה לבטח גם את החולים ביותר.¹⁵

בתי החולים בגרמניה פועלים ברובם ללא מטרת רווח (ממשלתיים או מלכ"רים). חלק קטן מהם הינם מוסדות פרטיים למטרת רווח (כשישית מכלל מיטות האשפוז). הרופאים העובדים בהם הם שכירים.

¹⁰ Flood, *Is Canada odd?*, 13-15.

¹¹ Thomson, *International Profiles of Health Care Systems*, 57-58.

¹² Thomson, *International Profiles of Health Care Systems*, 58.

¹³ Flood, *Is Canada odd?*, 15.

¹⁴ Flood, *Is Canada odd?*, 16.

¹⁵ Thomson, *International Profiles of Health Care Systems*, 58.



לעומת זאת, רוב רופאי הקהילה עובדים במרפאות עצמאיות – לבד או בשיתוף, ומקבלים תגמול בדרך כלל לפי "תשלום עבור שירות".¹⁶

בשל המבנה הבסיסי שלה, סובלת מערכת הבריאות הציבורית בגרמניה מבעיות שאפיינו את מערכת הבריאות בישראל, ובעיקר של "קופת חולים כללית", טרם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994: הנטל על המערכת הציבורית הוא כפול, משום שראשית, לאזרחים האמידים ביותר יש את האפשרות לפרוש ממנה, ולכן היא מאבדת מקור מימון חשוב - תשלומי הפרמיות של בעלי הכנסות גבוהות. שנית, היא נותרת עם המבוטחים העניים יותר, שהם בדרך כלל גם הבריאים פחות, ולכן הוצאותיה גבוהות. בנוסף לכך, קיים חשש להעדפתם של המבוטחים בביטוח פרטי על פני המבוטחים בביטוח ציבורי על-ידי ספקי הבריאות. אלה וגם אלה מטופלים על-ידי אותם רופאים ובאותם בתי חולים, כאשר לעתים, תשלומי החברות הפרטיות לרופאים גבוהים יותר מתשלומי קופות החולים, מה שעלול לתמרץ רופאים להעדיף מטופלים פרטיים על-פני ציבוריים.¹⁷

קובעי המדיניות בגרמניה ערים לבעיות המתעוררות במערכת בריאות בעלת שני רבדים, כגון זו הגרמנית, ולכן הם עושים מאמצים בשנים האחרונות לצמצם את האפשרות לפרוש מהתוכנית הציבורית, ולהקשות על הפורשים. למשל, החל מחודש פברואר 2007, פרישה מהתוכנית הציבורית מותרת רק למי שעבר את רף ההכנסה הקבוע בחוק במשך שלוש שנים ברציפות. עוד קבעה הממשלה כי מי שפורש מהתוכנית הציבורית יוכל לחזור אליה רק בנסיבות יוצאות דופן, ואף ביטלה את האפשרות לעשות זאת עבור בני 55 ומעלה, בניסיון להרתיע מבוטחים מלעזוב את התוכנית הציבורית מלכתחילה.¹⁸

שבדיה

מערכת הבריאות השבדית היא מערכת אוניברסאלית, הממומנת באמצעות מיסי מדינה ומסים מקומיים, והיא מוסדרת ברמה המקומית על-ידי מחוזות המדינה. כל תושבי שבדיה זכאים לשירותי בריאות ציבוריים תחת החוק The Health and Medical Services Act 1982. הסל השבדי נדיב מאוד ואיכותו גבוהה. הוא כולל שירותי רפואה בקהילה ובבתי החולים, שירותי רפואת נפש, רפואת שיניים, שיקום וסיעוד. כמו כן ההשתתפות העצמית נמוכה, ונקבעה לה תקרה של 100 אירו בשנה. בשל כך שוק הביטוחים הוולונטריים בשבדיה מצומצם ביותר. רק 2.5% מהאזרחים מחזיקים בביטוח בריאות פרטי. ביטוח זה כולל שירותים שאינם נמצאים בסל וקיצור תורים לניתוחים מתוכננים. ההוצאה על ביטוחים פרטיים בשבדיה אינה מגיעה לאחוז אחד מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות. יש לציין כי מבחינה זו מערכת הבריאות השבדית שונה לחלוטין מזו הקנדית, שכן כשני שלישים מאוכלוסיית קנדה מחזיקים בביטוח פרטי, אשר מהווה כ-12.5% מההוצאה הלאומית לבריאות. למרות זאת, יש חוקרים הרואים במערכת הבריאות השבדית מקבילה לזו הקנדית – שתי

¹⁶ Thomson, *International Profiles of Health Care Systems*, 59-60.

¹⁷ Flood, *Is Canada odd?*, 16-17.

¹⁸ Flood, *Is Canada odd?*, 17-18.



מערכות שאולי באופן רשמי ניתן לכנותן "two tiered systems", אך בפועל, הפעילות הרפואית הפרטית בהן מצומצמת ביותר. בשבדיה הדבר מתבטא בהיקפו השולי של השוק הפרטי. בקנדה, הדבר מתבטא בכך שהביטוחים הפרטיים מסבסדים בעיקר תרופות מרשם, שאינן נכללות בסל הבסיסי (אלא אם כן המחוזות והפרובינציות בוחרים לסבסדן, לפחות באופן חלקי) ושירותי בריאות נוספים, שאינם נחשבים להכרחיים, לפי ההגדרות הקנדיות. בפועל, קנדה מצמצמת מאוד את פעילותם של רופאים ובתי חולים בכל הנוגע לליבת שירותי הרפואה, ומכאן הדמיון בפועל בין שתי המערכות, המתבססות בסופו של דבר כמעט לחלוטין על רפואה ציבורית.

רוב הרופאים בשבדיה עובדים כשכירים בשירות הציבורי של מחוזות המדינה. שבדיה אוסרת על רופאים העובדים בשכר במערכת הציבורית לעבוד במרפאות פרטיות המקבלות מימון ממקור ציבורי. המחוז אינו יכול למנוע מרופא לפתוח מרפאה פרטית, אולם הוא יכול למנוע מימון ציבורי מרופאים פרטיים. המחוזות אף מסדירים את מספר המטופלים של הרופאים הפרטיים, וקובעים את התעריפים המשולמים להם מהתקציב הציבורי.¹⁹

בניגוד לאנגליה ולארלנד, למשל, אין בשבדיה מיטות פרטיות בבתי חולים ציבוריים. מאידך, בדומה לאנגליה, מנסה הממשלה השבדית להרחיב את אפשרות הבחירה של המטופלים ברפואה ראשונית ובבתי חולים במסגרת המערכת הציבורית.²⁰

אנגליה

מערכת הבריאות האנגלית (NHS) מעניקה לתושבי המדינה כיסוי ציבורי אוניברסאלי של שירותי בריאות נרחבים. 75% מתקציב ה-NHS מגיעים ממיסי מדינה, 20% נוספים כדמי ביטוח ממלכתי הנגבים ממשכורתם של כל המועסקים במשק, ויתר המימון מגיע מדמי השתתפות עצמית של המטופלים, מתשלומיהם של מטופלים פרטיים המשתמשים בשירותי ה-NHS וממקורות נוספים. מימוןם של שירותי הבריאות הציבוריים מגיע לכ- 84% מההוצאה הלאומית לבריאות, והיתר – הוצאות פרטיות. רוב ההוצאות הפרטיות לבריאות הן על תרופות OTC (ללא מרשם רופא), רפואת שיניים וטיפול בבתי חולים. תשלומים ישירים (out-of-pocket) מהווים כ- 10% מההוצאה הלאומית לבריאות, כאשר שוק ביטוח פרטי קטן מתמקד בעיקר בניתוחים מתוכננים בבתי חולים.²¹ כ- 11% מאזרחי בריטניה מחזיקים בביטוח בריאות משלים המאפשר בחירת מומחה וסטנדרטים גבוהים יותר של נוחות ופרטיות בעת קבלת השירות הרפואי. השוק הפרטי באנגליה מתואר לעתים בספרות כמערכת סימביוטית, המתקיימת בהדדיות לצד ה-NHS, ולעתים כמערכת פרוזיטית הניזונה ממנה. הוא מאפשר בחירה ונגישות גדולה יותר לאלו שיכולים לשלם עבור שירותיו, והוא גם מאפשר לרופאים, ובעיקר למומחים, להתפרנס מרפואה פרטית בנוסף לשכרם הציבורי. בבתי החולים

¹⁹ Flood, *Is Canada odd?*, 18-20.

²⁰ Flood, *Is Canada odd?*, 21.

²¹ Thomson, *International Profiles of Health Care Systems*, 38-39.



הרופאים עובדים בשכר ובקהילה עובדים רוב הרופאים במרפאות עצמאיות, ומתקשרים בחוזה עם הממשלה, והכנסתם מורכבת מתמחיל של שכר, "תשלום תמורת שירות" וקפיטציה.²²

בדומה למצב בקנדה, המערכת האנגלית סובלת זה שנים ארוכות מתורים ארוכים לשירותי בריאות. על מנת להתמודד עם בעיה זו, הממשלה לא פנתה לפיתוחו של ביטוח פרטי, אלא נקטה במספר צעדים לשיפור המגזר הציבורי, כגון הגדלת מימונו והצבת יעדים לזמני המתנה תוך פרסום תוצאות והטלת סנקציות על ספקי בריאות אשר נכשלים להשיג יעדים אלה. בנוסף לכך, אפשרה אנגליה את פעילותן של מרפאות פרטיות למטרת רווח לצד המוסדות הציבוריים. מצדדיה של מדיניות זו טוענים שהיא מייצרת תחרות ומשפרת את איכות השירות והטיפול הרפואי. מבקריה טוענים שהיא גורמת להגדלת ההוצאות לבריאות ופוגעת באיכות הטיפול בשל "גריפת שמנת" של המוסדות הפרטיים.²³

בניגוד לקנדה ולמדינות אירופיות אחרות, אנגליה לא נוקטת ברגולציה ישירה שמטרתה לדכא את התפתחותו של מגזר פרטי. למשל, היא איננה מפקחת על המחירים שדורשים רופאים בשוק הפרטי. עם זאת, בשנים האחרונות הביעה הממשלה האנגלית את דאגתה מהשפעתו של השוק הפרטי על המערכת הציבורית, ובעיקר התייחסה לכך שרופאים מקדישים זמן רב יותר לטיפול במטופלים פרטיים, על חשבון זמן הטיפול במטופלים ציבוריים. על מנת לתת מענה לבעיה זו, ולמשוך רופאים אל השירות הציבורי, נקטה הממשלה בשנת 2003 בצעד שנחשב למרחיק לכת במיוחד במערכת הבריאות הבריטית. הממשלה החלה להציע לרופאים מומחים חוזי עבודה חדשים במשרה מלאה ב-NHS (40 שעות שבועיות), כאשר עבודה נוספת בשוק הפרטי או דרך ה-NHS מותרת להם. אבל, אם מוצעת להם עבודה נוספת ב-NHS, עליהם לקבלה לפני העבודה בשוק הפרטי. עדיין מוקדם להעריך את השפעתו את צעד זה על מערכת הבריאות, והראיות הקיימות מעטות ואינן חד משמעיות.²⁴

צרפת

מערכת הבריאות הצרפתית היא מכלול מורכב של ביטוח בריאות ממלכתי, מיסים ומימון פרטי ותפקיד משמעותי לספקי בריאות פרטיים. זאת ועוד, היא מתאפיינת ברגולציה נרחבת, כך שלעתים, מה שעשוי להיראות "פרטי" הוא בעצם קרוב יותר ל"ציבורי למחצה". ביטוח הבריאות הממלכתי מהווה 80% מההוצאה הלאומית לבריאות, והוא ממומן בעיקר ממס המוטל על מעסיקים ומועסקים וממס כללי. הביטוח הממלכתי מסופק על-ידי קרנות ציבוריות, שהן גופים סטטוטוריים (Social Health Insurance Funds) שהחברות בהן נקבעת על בסיס של השתייכות מקצועית, ועל כן לא מתקיימת ביניהן תחרות על מבוטחים. רמת השירותים וגובה תשלומי הביטוח משתנה בין הקרנות. שלוש קרנות מרכזיות מכסות יחדיו כ- 90% מאוכלוסיית צרפת לפי שלוש הקבוצות המקצועיות

²² Flood, *Is Canada odd?*, 21-22.

²³ Flood, *Is Canada odd?*, 22-23.

²⁴ Flood, *Is Canada odd?*, 23-25.



הבאות: שכירים, עובדי חקלאות ועצמאים.²⁵ לצידה של המערכת הציבורית מתקיים שוק בריאות פרטי נרחב למדי, כאשר מעלה ל- 90% מהאוכלוסייה מחזיקים בביטוח פרטי וולונטרי, המכסה בעיקר את דמי ההשתתפות המוטלים על המבוטח בביטוח הממלכתי ואת תעריפי הרופאים הפרטיים, אשר עשויים להיות גבוהים יותר מהתעריף הציבורי. הביטוח המשלים אינו פועל תחת רגולציה, ועל כן לא נקבעו אמות מידה לתוכניות הביטוח. חלק גדול מהביטוחים המשלימים מסופקים על-ידי המעסיקים, והם שונים מאוד זה מזה באיכותם ובהיקפם.²⁶ ביטוחים אלה מסופקים על-ידי קרנות לעזרה הדדית (mutual associations) ללא כוונת רווח, הפועלות גם הן על בסיס השתייכות מקצועית.²⁷

שירותי רפואה ניתנים בצרפת על-ידי בתי חולים ציבוריים ופרטיים ועל-ידי רופאים העובדים במוסדות ציבוריים ופרטיים. רופאים פרטיים מקבלים "תשלום תמורת שירות" ורופאים העובדים בבתי חולים ציבוריים עובדים כשכירים. יש לציין, שבניגוד למקובל בקנדה, מטופלים צרפתים משלמים לרופא עבור רוב השירותים האמבולטוריים באופן ישיר בזמן הטיפול, ולאחר מכן משופים על-ידי תוכנית הביטוח בגין הוצאותיהם.²⁸

חיוב ישיר של המטופלים כמו גם דמי השתתפות עצמית נועדו על מנת למתן את היקף השימוש בשירותי בריאות ולשפר את יעילותו, אולם השפעתם קטנה עקב שכיחותו של הביטוח המשלים המכסה את תשלום המטופלים. בניסיון למתן את היקף השימוש בשירותי בריאות, קבעה הממשלה בשנת 2008 דמי השתתפות אשר אינם ניתנים לשיפוי בסך אירו אחד פר ביקור אצל רופא. תשלום זה לא יכוסה על-ידי ביטוח פרטי והוא מגיע לתקרה של 50 אירו בשנה (אוכלוסיות חלשות פטורות מתשלום זה).²⁹

הכנסתם של רופאים פרטיים מתבססת, כאמור, על "תשלום עבור שירות". הם מסווגים ל"סקטור 1" ו"סקטור 2", כאשר לרופאי "סקטור 2" מותר לדרוש תעריף הגבוה מהתעריף שהוסכם בהסדר הקיבוצי, זאת בנוסף לדמי השתתפות עצמית. סיווג זה הוכנס לשימוש בשנת 1980, וההרשאה לחייב מעבר לתעריף הציבורי ניתנה בתמורה לווייתור הרופאים על הטבות פנסיה ומחלה. ההנחה הייתה כי כוחות השוק ייצרו תחרות על מחיר, ירתיעו רופאים רבים מלהצטרף ל"סקטור 2", וימנעו עלייה מוגזמת של תעריפים בסקטור זה. עוד הונח כי המחיר הגבוה של ביקור רופא "סקטור 2" יתבטא באיכות גבוהה יותר של טיפול, כך שזמן הטיפול יתארך ואולי אף תירשם ירידה במספר מרשמי התרופות. בסופו של דבר, קרה ההיפך הגמור: תעריפי "סקטור 2" עלו עד מעל ל- 45% מהתעריף הציבורי, זמן הטיפול לא התארך ומספר המרשמים לא ירד. כתוצאה מכך הגבילה הממשלה בשנת 1990 את כניסתם של רופאים חדשים לסקטור זה, והוא מהווה כיום 25% מהרופאים בצרפת – 15% מהרופאים הכלליים ו-39% מהמומחים (כולל 75% מהמנתחים). הגבלת מספר הרופאים ב"סקטור 2"

²⁵ Thomson, *International Profiles of Health Care Systems*, 49.

²⁶ Flood, *Is Canada odd?*, 25-26.

²⁷ Thomson, *International Profiles of Health Care Systems*, 48.

²⁸ Flood, *Is Canada odd?*, 26-27.

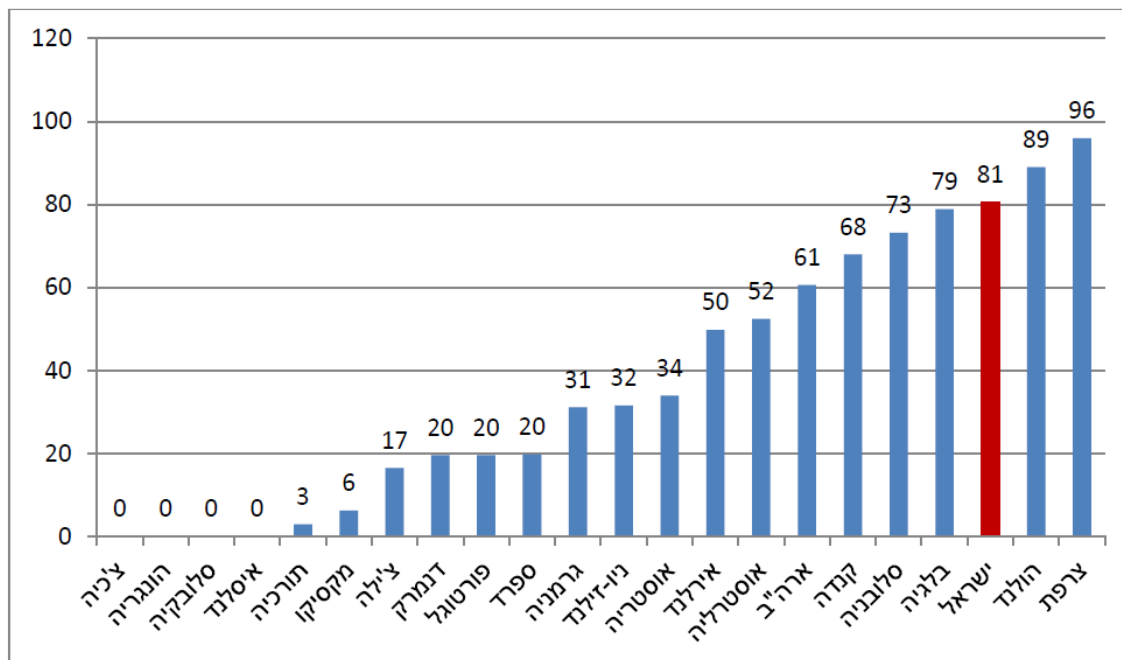
²⁹ Flood, *Is Canada odd?*, 27.



סייעה בהבטחת הנגישות לשירותי רפואה בכך שהיא צמצמה את שיעור הרופאים הנגשים רק למי שיכולים לשלם תעריפים גבוהים (הן על-ידי תשלומים ישירים "מהכיס" והן באמצעות כיסוי ביטוחי לתעריפים גבוהים).³⁰

הרגולציה על מחיר השירות הרפואי בצרפת באה לידי ביטוי, אפוא, בקביעת תעריף התשלום לרופא באמצעות משא ומתן קיבוצי – תעריף שאסור לאף רופא לגבות יותר ממנו, אלא אם כן הוא משייך ל"סקטור 2". בנוסף, ההגבלה הממשלתית המוטלת על היקפו של "סקטור 2" מהווה עדות למעורבות הרגולטורית בה נוקטת צרפת במה שעשוי להיראות במבט ראשון שוק תחרותי. על פניו נראה כי יש לאזרחי צרפת אפשרות בחירה נרחבת של מטפלים, אך בפועל, רק שתי קבוצות יכולות בדרך כלל ליהנות משירותיהם של רופאי "סקטור 2": בעלי האמצעים, שיכולים לעמוד בתעריפים הגבוהים, והעניים, אשר רופאי סקטור זה אינם מורשים לחייבם בתעריף הגבוה מהתעריף הציבורי או לגבות מהם תשלום ישיר. המפסיד העיקרי מהסדר זה הוא מעמד הביניים, אשר אינו יכול להרשות לעצמו לשלם תעריפים גבוהים, ומאידך גם אינו נהנה מההגנות שמקבל המעמד הנמוך.³¹

שיעור המבוטחים בביטוחים פרטיים לסוגיהם באוכלוסייה, 2010*³²



מקור: OECD Health Data 2011

(*) הכוונה היא לכל סוגי הביטוחים הפרטיים, לרבות ביטוח פרטי חלופי (substitutive), למי שאינו מחזיק בביטוח ציבורי.

³⁰ Flood, Is Canada odd?, 28-29.

³¹ Flood, Is Canada odd?, 29-30.

³² ט. חורב ו-נ. קידר, סוגיות במדיניות ואסדרה של ביטוחי בריאות פרטיים, משרד הבריאות, נובמבר 2012, 7. בעבודה זו ניתן למצוא הגדרות מפורטות של סוגי ביטוחים פרטיים שונים.



התרשים שלעיל מבטא שונות גדולה מאוד בין המדינות בהיקף החדירה של הביטוח הפרטי – בין אחוז אפסי ועד לשיעור של כמעט מאה אחוזים מהאוכלוסייה. כמו כן ניתן לראות את שיעור החדירה הגבוה של ביטוחי בריאות פרטיים בישראל, הנמוך יותר רק משיעורי החדירה בצרפת ובהולנד. חשוב להדגיש כי השוואה זו אינה משקפת הבדלים בין מדינות בעומק הכיסוי הביטוחי (מספר פוליסות ממוצע לאדם) ואינה מעידה על איכות הכיסוי הביטוחי מבחינת היקף השירותים הכלולים בפוליסות השונות.

דיון ומסקנות תוך השוואה למקרה הישראלי

תמהיל מסוים של רפואה ציבורית ורפואה פרטית מתקיים בכל המדינות שנסקרו, אולם הרגולציה המופעלת להסדרתן ולוויסותן של המערכות הללו משתנה ממדינה למדינה. מדינות רבות עושות שימוש בכלים המאפיינים את השוק הפרטי בתוך המערכת הציבורית, ובה בעת נוקטות לעתים בצעדים למיתון התפתחותה של מערכת פרטית נפרדת. כך למשל, בהולנד, מבטחים מסחריים הפועלים למטרת רווח הם הגופים המספקים ביטוח בריאות לאזרחים, אך הם עושים זאת בהתאם לעקרונות שנקבעו על-ידי הממשלה. כמו כן, הממשלה ההולנדית אינה מפקחת אמנם על תעריפי הביטוח הפרטי, אולם מאידך ביטוח זה אינו מאפשר גישה מהירה יותר לשירותי רפואה, ואינו מרחיב את האפשרות לבחירת רופא או בית חולים.

מבין המדינות שנסקרו, קנדה מתבלטת באופן מיוחד במאמציה להפריד בין המערכת הציבורית לשוק הבריאות הפרטי ולנסות לצמצמו כל האפשר, אך יחד עם זאת, היא איננה יוצאת דופן. גם מדינות אחרות נוקטות ברגולציה ממשלתית להשגת יעדים אלה, אם כי במידה מתונה הרבה יותר. בקצה השני של הספקטרום ניתן למקם את אנגליה. מדינה זו מפעילה מערכת בריאות מרכזית המספקת שירותים אוניברסאליים מבלי לנקוט ברגולציה חזקה לדיכוי השוק הפרטי. בתווך, בין קנדה לאנגליה, ניתן למקם את מדינות אירופה הקונטיננטלית, המפעילות צורות שונות של רגולציה למיתון השוק הפרטי.

הטבלה הבאה מסכמת את עיקר ההגבלות החלות על השוק הפרטי במדינות הנסקרות על רקע אחוז ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה הלאומית לבריאות ושיעור המחזיקים בביטוחים פרטיים וולונטריים. מהנתונים שבטבלה ניתן ללמוד על קווי הדמיון והשוני בין המערכות השונות.



היקף שוק הבריאות הפרטי והרגולציה שחלה על פעילותו במדינות שנסקרו בתוספת ישראל

המדינה	שיעור ההוצאה הפרטית לבריאות ³³	שיעור המחזיקים בביטוח פרטי	הגבלות בולטות על שוק הבריאות הפרטי
קנדה	30%	68%	עבודת רופאים: הפרדה בין עבודה במגזר הציבורי לפרקטיקה פרטית מחירי השירותים: הגבלת תעריפי פרקטיקה פרטית שוק הביטוח: טיפול פרטי לא יכוסה על-ידי תוכנית ביטוח ממלכתית; ביטוח פרטי לא כולל "שירותי רפואה הכרחיים המכוסים בתוכנית הביטוח הציבורית"
הולנד	14%	89%	שוק הביטוח: אין קיצור תורים ובחירת מומחה או בית חולים בביטוח הפרטי
גרמניה	23%	16%*	שוק הביטוח: הגבלת מעבר מבוטחים מהביטוח הציבורי לביטוח הפרטי החלופי
שבדיה	18%	2.5%	עבודת רופאים: הפרדה בין עבודה במגזר הציבורי לפרקטיקה פרטית; קביעת מכסות מטופלים לרופאים פרטיים המעוניינים להתקשר עם המערכת הציבורית מחירי שירותים: קביעת תעריפים לרופאים פרטיים המעוניינים להתקשר עם המערכת הציבורית
אנגליה	16%	11%**	עבודת רופאים: תחת החוזים החדשים, על רופאים מומחים במערכת הציבורית לתת קדימות לעבודה נוספת בתוך המערכת על פני עבודה נוספת בשוק הפרטי.
צרפת	23%	96%	מחירי השירותים: הגבלת מספר הרופאים הפרטיים הרשאים לנקוב בתעריף הגבוה מהתעריף הציבורי
ישראל	39%	81%	עבודת רופאים: אין הגבלה או הפרדה בין עבודה במגזר הציבורי לפרקטיקה פרטית מחירי שירותים: אין הגבלה על תעריפי רופאים פרטיים שוק הביטוח: אסדרת תעריפים ושירותים לשב"ן; ביטוחים מסחריים – אסדרה פיננסית (היבטים של יציבות כלכלית ועידוד תחרות), מעט מאוד אסדרה מהותית (מעורבות ממשלתית במחירים ושירותים).

(*) ביטוח וולונטרי בלבד, לא כולל ביטוח פרטי חלופי, המכסה את סל השירותים הבסיסי. זאת בשונה מהתרשים הקודם, הכולל גם מבוטחים בביטוח חלופי.

(**) שיעור המחזיקים בביטוח פרטי מתייחס לבריטניה כולה.

³³ OECD Health Data 2013.



מהנתונים שלפנינו עולה כי דווקא בקנדה, בה ההגבלות החלות על השוק הפרטי הן הנרחבות ביותר, שיעור ההוצאה הפרטית הוא הגבוה ביותר בין המדינות הנסקרות, וגם שיעור המחזיקים בביטוח פרטי גבוה יחסית. זאת משום שבעוד שהרופאים עובדים תחת רגולציה חמורה, שוק פרטי נרחב מתקיים עבור שירותי בריאות אחרים כגון תרופות מרשם, שירותי סיעוד, שיקום, רפואת עיניים ורפואת שיניים. לעומת זאת, באנגליה, בה הרגולציה היא הקלה ביותר, הן שיעור ההוצאה הפרטית והן שיעור המחזיקים בביטוח פרטי הם מהנמוכים ביותר, וזאת משום שהדרך בה בוחרת המדינה להתמודד עם קשיי המערכת היא בהשקעה ובחיזוקה של המערכת הציבורית תוך שימוש במנגנונים של שוק פרטי כגון הפעלת גופים למטרות רווח ויצירת תחרות בין ספקי בריאות בתוך המערכת הציבורית.

המערכת השבדית משלבת סל בריאות ציבורי נדיב ואיכותי, ועל כן היא מצטיינת בשיעורים נמוכים של הוצאות פרטיות ושל המחזיקים בביטוח פרטי, זאת בדומה לאנגליה. בנוסף, היא מפעילה הגבלות חמורות לדיכוי השוק הפרטי, בדומה לנעשה בקנדה, ובכך משמרת את צבינה הציבורי והאוניברסאלי של המערכת הבריאות שלה.

הן בגרמניה והן בהולנד נראה כי התחום העיקרי בו מתמקדת הרגולציה הממשלתית הוא שוק הביטוח, כאשר עבודת הרופאים ומחירי השירותים מוגבלים פחות בהשוואה למדינות אחרות. השוני בין שתי המדינות מתבטא בכך שבעוד שבהולנד ההגבלות חלות על היקף הכיסוי הביטוחי, מתמקדת גרמניה בהגבלת מעבר מבוטחים מתוכנית הביטוח הציבורית לשוק הפרטי. מדיניותה של צרפת, לעומתן, שונה בכך שהיא אינה מתמקדת במבוטחים (הולנד) או במבוטחים (גרמניה), כי אם ברופאים. היא אמנם מתערבת ישירות בתעריפים או בהיקפי העבודה של הרופאים בשוק הפרטי, אך היא מגבילה את מספר הרופאים הפרטיים הרשאים לקבוע תעריף גבוה יותר מהתעריף הציבורי.

בהקשר הישראלי, ניתן לראות כי בישראל התפתח שוק בריאות פרטי בהיקף משמעותי תחת רגולציה קלה יחסית. הן שיעור ההוצאה הפרטית והן שיעור החדירה הם מהגבוהים ביותר בין המדינות הנסקרות תחת הגבלות מועטות. נראה כי התפתחותו נובעת מהשילוב של השקעה מועטה יחסית במערכת הציבורית ושל היעדר מנגנונים מרסנים משמעותיים של המגזר הפרטי, הן של שוק הביטוח והן של עבודת הרופאים. בשל כך אנו עדים לחדירה נרחבת של הביטוחים המשלימים בקרב הציבור, ולעתים אף לכפל ביטוחים, ולהוצאות ישירות של האזרחים על בריאות, הן כתשלומי השתתפות על שירותים במסגרת הסל והן כהוצאות "מהכיס" בשוק הפרטי.

לסיים, אחת הנקודות הבולטות שעולות מעבודה זו היא כי אין בהכרח קשר בין גודל השוק הפרטי להיקף הרגולציה הממשלתית המופעלת להסדרתו. מכאן ברורה חשיבות ההסדרים החקיקתיים והבירוקרטיים של אספקת השירותים וארגונם לחקר מערכות בריאות. כפי שטוענים חוקרים מסוימים, אנו נוטים לעתים להזניח את המימדים הללו, ולהתמקד בהיבטים הכלכליים של מערכות הבריאות, על מנת לסווגן כ"ציבוריות" או

"פרטיות" בהתאם לאינדיקטורים פיננסיים הקשורים להוצאות לבריאות.³⁴ נראה כי ההשוואה הבינלאומית המוצגת בעבודה עולה בקנה אחד עם טענה זו, ומדגישה את חשיבותם של מנגנונים רגולטוריים להבנת פעילותן של מערכות בריאות.

ניתן להצביע, אם כן, על מספר מסקנות עיקריות העולות מעבודה זו :

- מדינות מפותחות עושות שימוש במנגנוני שוק כגון תחרות, הרחבת אפשרות בחירה למבוטחים ושילוב גופים למטרות רווח בתוך מערכת הבריאות הציבורית, הן בתחום הביטוח והן בתחום אספקת שירותי הבריאות.
- מדינות מפעילות רגולציה לוויסות פעילותן ולמיתון התפתחותן של שוק הבריאות הפרטי ואף להפרדתו מהמערכת הציבורית במידת האפשר. היקפה משתנה ממדינה למדינה, וכך גם הכלים שבהם נעשה שימוש להשגת מטרות אלה.
- הרגולציה הממשלתית עשויה להתמקד במבטחים, ברופאים ובמבוטחים, זאת על-ידי הגבלת הכיסוי הביטוחי הוולונטרי, על-ידי הגבלת עבודתם ותעריפיהם של הרופאים בשוק הפרטי והגבלת אפשרות המבוטחים לעבור מהביטוח הציבורי אל הביטוח הפרטי (במערכות בהן הביטוח הפרטי משמש חלופה לביטוח הציבורי) או אפשרות הבחירה שלהם בספק בריאות. לעתים ייתכן שילוב של כל המנגנונים הללו או של חלקם במערכת הבריאות.
- קנדה מתבלטת במיוחד בחומרת הרגולציה המופעלת לצמצום השוק הפרטי. ההגבלות במערכת הבריאות שלה באות לידי ביטוי הן בעבודת הרופאים, הן במחירי השירותים והן בשוק הביטוח הפרטי. באנגליה, לעומת זאת, הרגולציה היא הקלה ביותר. ניתן למקם את יתר מדינות אירופה שבסקירה זו בתווך שבין קנדה לאנגליה.
- ישראל מתבלטת בהיקפו של שוק הבריאות הפרטי, אשר מתנהל תחת רגולציה קלה יחסית. נראה כי התפתחותו נובעת מהשילוב של השקעה מועטה יחסית במערכת הציבורית ושל היעדר מנגנונים מרסנים משמעותיים. בשל כך אנו עדים לחדירה נרחבת של הביטוחים המשלימים בקרב הציבור ולהוצאות ישירות של האזרחים על בריאות, הן כתשלומי השתתפות על שירותים במסגרת הסל והן כהוצאות "מהכיס" בשוק הפרטי.
- מדינות נוטות לאמץ רפורמות ושינויים המותאמים למבנה המערכת שלהן וצרכיה, למסורת הבירוקרטית, לתרבות ולערכים שלהן, ובהתאם לבעיות עמן הן מתמודדות. גם במקרה הישראלי, אימוץ פתרונות לבעיות הקיימות - עליו להיעשות בהתאם לתנאים המאפיינים את המערכת הישראלית ועל פי צרכיה.

³⁴ M. Moran: *Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester: Manchester University Press; 1999.



- השוואה זו מלמדת כי הישענות על מדדים מאקרו כלכליים לסקירתן ולסיווגן של מערכות בריאות עלולה להטעות לפעמים. מדינות בעלות שוק פרטי מפותח עשויות לנקוט דווקא ברגולציה חמורה על היקף עבודתם של רופאים ושל המבטחים, ולהיפך – במדינות בהן אין רגולציה חזקה, ייתכן קיומו של שוק פרטי מצומצם יחסית. לכן אין להסתפק בבחינתם של מדדים פיננסיים בלבד לאפיון של מערכות בריאות ("ציבורית" או "פרטית"). לשם כך יש להבין גם את ההסדרים החקיקתיים והבירוקרטיים המעצבים את פעילותן.

כתיבה: ברוך לוי, ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י)