

שוויץ – מערכת מבוזרת אך הממשלה משבשת את התחרות**עדכון 2015**

המערכת השוויצרית מעודדת אחריות אישית של המבוטח. ביטוח החובה מכסה הוצאות טיפולים רפואיים ואשפוז. המבוטח נושא בהשתתפות עצמית גבוהה יחסית (עד לתקרה שנתית קבועה).
חבחת הביטוח הרפואי חייבת לספק סל בריאות בסיסי במחיר עלות, אחיד בכל הפדרציה השוויצרית.

המבוטחים משלמים עבור הסל הבסיסי עד 8% מהכנסתם השנתית. אם ההכנסה השנתית של המבוטח נמוכה ואינה מאפשרת את תשלום הפרמיה עבור הסל הבסיסי - המבוטח מקבל סובסידיה ממשלתית להשלמת הפרמיה.

הסובסידיה מועברת לחשבון הבנק של המבוטח במזומן והוא רשאי לבחור חברת ביטוח רפואי כרצונו. הפרמיה לביטוח בריאות בסיסי למבוגר עומדת על (2014) כ-400 פרנקים, כלומר כ-400 דולר. שהם שווה ערך ל-243 דולר מתאמים לכוח הקניה. מעבר לביטוח החובה הבסיסי רשאי כל אזרח לבחור לעצמו ביטוחים פרטיים משלימים ממבחר גדול מאד של ספקי ביטוח ושיחת רפואי.

המבנה הפוליטי הייחודי של שוויץ, שלטון מרכזי מוגבל סמכויות וביזור מוקדי הכוח הפוליטיים בין 23 קנטונים (ו-3 חצאי קנטונים), השפיע גם על מבנה מערכת הבריאות. מעורבות הממשלה המרכזית במערכת הבריאות מוגבלת. לכל קנטון מערכת בריאות משלו. כתוצאה מכך קיימות 26 מערכות בריאות שונות (במקצת). מאידך, כל המבוטחים ונותני השירותים מורשים לפעול בכל רחבי הפדרציה השוויצרית. כתוצאה, נוצרת תחרותיות גבוהה ועשרות רבות של מבטחים נלחמים על כל לקוח.

בשוויץ מתקיימות במקביל 3 מערכות – ציבורית, רפואה פרטית מסובסדת ורפואה פרטית מלאה. המימון הציבורי לרפואה הוא מהנמוכים במערב (רק כ-25% מההוצאה הלאומית לבריאות ממומנת באמצעות מיסים).

ביטוח בריאות בסיסי חובה על כל אזרח, הביטוח אישי ולא דרך מקומות העבודה. כ-98% מהשוויצרים רוכשים ביטוח זה. גודל האוכלוסייה בשוויץ דומה לישראל אך יש בה 93 עמותות ביטוח רפואי שמספקות את ביטוח החובה הבסיסי. בנוסף, קיימות כ-61 חברות ביטוח שמציעות גם ביטוחים משלימים. חברות הביטוח מנהלות מ"מ עם ספקי השירותים הרפואיים ומייצגות את האינטרסים של לקוחותיהם. הואיל והמבוטחים מחויבים לסל בריאות בסיסי, עיקר התחרות היא על גובה פרמיית הביטוח והיקפי ההשתתפות העצמית. אין קשר בין גובה ההכנסה לבין גובה פרמיית הבריאות. וכמו בביטוח רכב בישראל – קיימות הנחות במקרה של העדר תביעות.

משפחות עניות, לפי מבחן הכנסה, שאינן יכולות לעמוד בתשלומי הביטוח שמגיעים לכ-200 \$ לחודש לאדם מקבלות סובסידיה בהתאם להסדרים המקובלים בקנטון. הסובסידיה משולמת ישירות לאזרחומכסה רק חלק מעלות הביטוח באופן שגם לאזרח המסובסד יש תמריץ לברור את חברת הביטוח המועדפת על ידו.

קיים מגוון רחב של פוליסות ביטוח רפואי עם רמות השתתפות אישיות שונות. ניתן לצמצם את עלות הפרמיה עד כדי 40% אם מגדילים את ההשתתפות העצמית במקרה של אשפוז או ביקור רופא. רוב ספקי השירות הרפואי פרטיים, אך קיימות כ-50 קופות חולים (!). חלקן בבעלות קבוצות רופאים (HMO). בנוסף קיימות כ-70 רשתות-רופאים (GP Physician Networks), רשתות אלה פועלות כחברות ביטוח, אך למעשה הן קשורות בהסכמים עם חברות ביטוח רפואי אחרות ועם ספקי שירותים. רשתות-רופאים אלו מגדירות עצמן כ"מגינות החולים" ופועלות למניעת אשפוזי סרק וטיפולים מיותרים; בנוסף, הן זוכות ל"הנחה קבוצתית" מחברות הביטוח – בדרכים אלה הן מצליחות להוזיל את תעריפי הביטוח.

בתי החולים הציבוריים, להבדיל מהפרטיים, מתקצבים על ידי הקנטונים על חשבון משלם המיסים (50%).

תקנות ממשלתיות, שמכתיבות "סלי בריאות" ומחירי שירותים, מקשות על התחרות בין רופאים. קרטלים מאושרים של בתי חולים חוסמים תחרות ביניהם. התחרות בין חברות הביטוח הרבות אינה מיושמת, כפי שניתן היה לצפות, בגלל מגבלות ממשלתיות. הוצאה לבריאות בשוויץ היא מהגבוהות בעולם, שנייה לזו של ארצות הברית. עלויות השירות הרפואי מתייקרות בעקביות.