תחלואיה של מערכת הבריאות בישראל:
אבחנות ומרשמים לטיפול והבראה

עמיר שמואלי

פרופסור לכלכלת בריאות

ביה"ס לבריאות הציבור

האוניברסיטה העברית בירושלים והדסה

תודה למר אלי קובייסי על עבודת העריכה והערותיו המועילות

לוח עניינים

ריכוז המלצות להבראת המערכת

<u>חלק ראשון</u>: הקדמה ורקע – הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995

1. הקדמה : המבנה הבסיסי של מערכות בריאות וכשליהן

2. ביטוח בריאות ואספקת השירותים במערכת הבריאות הישראלית

3. מימון מערכת הבריאות בישראל

4. ביטוח הבריאות הממלכתי 1995 - הצלחת המערכת בצד תחלואי מרכיביה

<u>חלק שני</u>: אבחנות

סל שירותי הבריאות

5. העדכון הלקוי של תקציב סל שירותי הבריאות

6. השסע במערכת שירותי הרפואה – הסל המסופק על ידי קופות החולים,הסל המסופק על ידי משרד הבריאות וטיפול שיניים פרטי

התמהיל הפרטי-ציבורי במערכת הבריאות

7. הביטוח המשלים המוצע על ידי הקופות (שב"ן) – צורך או מותרות?

8. סוגיית השירות הרפואי הפרטי (שר"פ) ומערכת האשפוז הכללי הממשלתית

9. נסיקת ההוצאה הפרטית במערכת בריאות ציבורית

משק הקופות

10. עקב אכילס של חוק הבריאות הממלכתי: מנגנון ההקצאה לקופות החולים ("נוסחת הקפיטציה")

11. תחרות מנוהלת בין הקופות: על מה צריכה הייתה להיות? על מה היא מתקיימת בפועל?

אספקת שירותי הבריאות

12. מאושפזי המסדרונות ותחלואיה של מערכת האשפוז הכללי

13. ביקורים של 7 דקות ומחסור באחיות - כוח אדם רפואי וסיעודי במערכת הבריאות בישראל

14. פערים ואי שוויון בבריאות, בנגישות ובשימוש בשירותי בריאות

<u>חלק שלישי:</u> מרשמי טיפול והדרכים להבראה

סל שירותי הבריאות

15. עדכון ריאלי של תקציב סל הבריאות

16. הרפורמה בבריאות הנפש, במערך הסיעודי ובשירותי בריאות השן

התמהיל פרטי-ציבורי במערכת הבריאות

17. הגדרה מחודשת של תכניות הביטוח המשלים (שב"ן)

18. בחינה מחודשת של ההשתתפויות העצמיות בקבלת טיפול רפואי

משק הקופות

19. הכללת מצב בריאות המבוטחים במנגנון ההקצאה לקופות החולים ("נוסחת הקפיטציה") והעמדת התחרות בין הקופות על בסיס נכון

אספקת שירותי הבריאות

20. הבראתה של מערכת האשפוז הכללי: תאגוד בתי החולים הממשלתיים, הוספת מיטות, שינוי שיטות התגמול והסדרת השר"פ

21. תכנון כוח אדם רפואי וסיעודי

22. הקטנת פערים בבריאות ובזמינות של שירותי בריאות ושיפור מצבן של האוכלוסיות החולות

<u>חלק רביעי</u> : סיכום

ריכוז המלצות להבראת מערכת הבריאות

סל שירותי הבריאות

- ❖ עדכון ריאלי של תקציב סל הבריאות
  - מקדם עדכון טכנולוגי קבוע של 2% לשנה
  - הטלת חישוב מדד "מחירי תשומות בבריאות" על הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ושימוש בו לעדכון מחירים
  - ביצוע מחקר שיראה על מידת היתרונות לגודל בתפקוד הקופות ושימוש בממצאים לקביעת העדכון הדמוגרפי
- ❖ האצת יישום הרפורמה בבריאות הנפש וביצוע רפורמה במערך הסיעודי במטרה ליצור רצף טיפולי באחריות קופות החולים, והכללת טיפול שיניים לכל האוכלוסייה בסל השירותים של קופות החולים. מימון נוסף – מעבר לאיגום תקציבים – הנדרש להרחבת הסל יבוא מהעלאת מס הבריאות.

התמהיל הפרטי-ציבורי במערכת הבריאות

- ❖ הוספת האפשרות לבחירת רופא מנתח ולחוות דעת שנייה לסל הבסיסי, והגדרה מחודשת של תכניות הביטוח המשלים (שב"ן)
- ❖ השתתן של ההשתתפויות העצמיות בטיפול רפואי על התועלת הרפואית מהשירות ולא על עלותו כך שהתועלת מהטיפול הרפואי הניתן תגדל וההשתתפויות העצמיות יקטנו

משק הקופות

- ❖ שינוי מנגנון ההקצאה של תקציב הסל לקופות החולים ("נוסחת הקפיטציה") במטרה להעמיד את התחרות בין הקופות על בסיס נכון
  - הוספת משתני תחלואה לנוסחה ושכלולה בדומה לנעשה בעולם
  - ביסוס חישוב הנוסחה על נתוני מדגם ארצי של מבוטחים מארבע הקופות

אספקת שירותי הבריאות

- ❖ הבראתה של מערכת האשפוז הכללי
  - השלמתו של תהליך התאגוד של בתי החולים הממשלתיים
  - שינוי הסדרי התשלום במערכת האשפוז: ביטול הסדר ה CAP והקמת מערך תשלומים פרוספקטיביים (דוגמת DRG) באשפוז ובמיון
  - הוספת מיטות אשפוז כללי

- עידוד פיתוח תחליפי מיון ואשפוז
- הסדרת השר"פ בתאגידים העצמאיים

❖ תכנון כוח אדם רפואי וסיעודי

- אימוץ המלצות הועדה לתכנון כוח אדם במשרד הבריאות ובפרט הגדלת מחזורי המסיימים בבתי הספר לרפואה והגדלת מחזורי המסיימים בבתי הספר לסיעוד
- הכוונה להתמחויות ולאזורים נדרשים על ידי תמריצים כספיים
- עידוד ופיתוח הכשרה של "עוזרי רופא" ו "עוזרי אחות"

❖ הקטנת פערים בבריאות ובזמינות של שירותי בריאות ושיפור מצבן של האוכלוסיות החולות

- הרחבת פעילות משרד הבריאות בצמצום פערים ועידוד פעולות הקופות בנושא
- עידוד פיתוח שירותי קופות החולים בפריפריה ובישובים ערביים ובדואים באמצעות חוק עידוד השקעות הון

כללי

❖ שינויים במס הבריאות

- הפיכתו של מס הבריאות לפרוגרסיבי יותר
- העלאתו של מס הבריאות כנדרש מהשינויים בהגדרת הסל עם הרפורמות בבריאות הנפש, הסיעוד, בריאות השן ושינוי סל הביטוח המשלים (שב"ן)
- שיתוף המעסיקים בדאגה לבריאות עובדיהם על ידי מס יעודי דוגמת המס המקביל שבוטל ב 1997

❖ שינויה של תפיסת ההוצאה הציבורית על בריאות: מחקרים רבים שהתפרסמו לאחרונה מציבים את ההשקעה הציבורית בבריאות כאחת ההשקעות הציבוריות עם התשואות הגבוהות ביותר בחברה. מבלי להיסחף להגדלת הוצאות לא מבוקרת במערכת הבריאות, יש מקום לאפשר חלחול מסקנות אלה לדיון הציבורי והממשלתי.

<u>חלק ראשון</u>: הקדמה ורקע – הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995

1. הקדמה : המבנה הבסיסי של מערכות בריאות והכשלים האופייניים להן

מערכת בריאות מודרנית טיפוסית כוללת ארבעה שחקנים עיקריים – צרכנים, מבטחים, ספקי שירותי בריאות וממשלה, שלה שמור תפקיד יחיד ומיוחד במערכת. המפגשים בין שחקנים אלה נעשים במסגרת שני שווקים: הראשון - שוק שירותי הבריאות והשני - שוק ביטוח הבריאות. בשוק שירותי הבריאות - הצרכנים מופיעים כחולים המבקשים טיפול רפואי. רופאים, בתי חולים, אחיות, מכוני הדמיה ושאר כוח האדם הרפואי במסגרות השונות מופיעים כספקים של הטיפול הרפואי. הטיפול המסופק לחולים ממומן, ברב המקרים, על ידי ביטוח בריאות. בשוק ביטוח הבריאות - מופיעים הצרכנים כמבקשי פוליסות ביטוח בריאות והמבטחים (קופות החולים וחברות ביטוח אחרות במקרה הישראלי) מציעים כיסוי ביטוחי. התשלום עבור השימוש בשירותים מועבר מהמבטחים לספקים.

הממשלה מופיעה בשווקים הללו במספר צורות. ראשית, הממשלה מופיעה כרגולטור (מסדיר) המטיל מגבלות ותקנות על הפעילות בשני השווקים הללו. בשוק הביטוח, למשל, במדינות רבות הונהג בשנות התשעים (בשנת 1995 בישראל) ביטוח בריאות ממלכתי (חברתי) המסדיר את שוק הביטוח (ובעקיפין גם משפיע על שוק שירותי הבריאות). שנית, בשוק שירותי הבריאות, מופיעה הממשלה במדינות רבות כספק שירותי בריאות (בישראל למשל, הממשלה היא בעלים של בתי חולים).

התערבות הממשלה אמורה לטפל בכשלי שוק[1] הנוצרים בשווקי הביטוח ושירותי הבריאות. שווקים רבים בכלכלה נקיים מכשלי שוק מהותיים, ופועלים כמעט ללא התערבות ממשלה. אך בסקטור הבריאות, הן שוק ביטוח הבריאות והן השוק לשירותי בריאות רוויים בכשלי שוק, לאור אופיים הכלכלי של מוצרים אלה. זו הסיבה למעורבות הממשלתית הגבוהה יחסית בהם באופן מסורתי.

המאפיין והגורם המרכזי לכשלים בשווקי שירותי הבריאות וביטוח הבריאות הוא *פערי המידע* בין השחקנים. ניתן לזהות ארבעה פערי מידע כאלה בשווקי הבריאות:

---

[1] כשל שוק הוא מצב שבו השוק לא מביא להקצאת משאבים יעילה או שתוצאותיו לא תואמות את מערכת הערכים החברתית

1. כפי שנפוץ בשווקים ל"שירותי מומחים" (מוסכים, עריכת דין, בנקאים ויועצים פיננסיים וכו'), הרופא הוא בעל המידע המקצועי והחולה חסר, בדרך כלל, מידע זה (ולכן הוא נעזר בשירותי המומחה). מצב זה של חוסר איזון במידע, מעלה את האפשרות שהרופא – מסיבותיו הוא - ירשום טיפול שערכו (במונחים כספיים) לחולה עלול להיות נמוך מעלותו החברתית, וכך יצור בזבוז משאבים. לדוגמה, בית חולים – ספק שירותי בריאות מרכזי במערכת - המתוגמל לפי ימי אשפוז (כלומר מקבל תעריף קבוע עבור כל יום אשפוז) יטה להאריך אישפוזים כדי להעלות את הכנסתו גם אם ימי האשפוז הנוספים אינם כה נחוצים וניתן לטפל בחולה בצורה לא פחות טובה (והרבה יותר זולה) בביתו. החולה אינו בקיא בתורת הרפואה, ולכן אינו יכול להחליט האם להשאר באשפוז או לדרוש להשתחרר. תופעה זו ידועה בכינוי "ביקוש הנוצר על ידי הספק" (Supplier Induced Demand), והיא עולה לחברה כספים רבים וללא תמורה מתאימה במונחי בריאות.

2. במקביל, קיים פער מידע בין ספקי שירותי הרפואה והמבטחים האמורים לשלם עבור הטיפול הרפואי הניתן לחולה. המשלם אינו יכול – לא מבחינה מקצועית ולא מבחינה מעשית – לפקח על הטיפול הרפואי שניתן לחולה המבוטח. לכן "הביקוש הנוצר על ידי הספק" קשה לפיקוח ולבקרה על ידי המשלם, לא נתקל במחסומים ונתון למעשה לשיקוליו המוסריים של הספק (לכן תופעת "הביקוש הנוצר על ידי הספק" מכונה גם "סיכון מוסרי" – Moral Hazard). הדרך הטיפוסית של מבטחי הבריאות להשיג פיקוח ושליטה על ספקי שירותי הבריאות כדי לרסן את תופעת ה"סיכון המוסרי" היא יצירת ארגונים דוגמת קופות החולים, שבהם מרכיב הביטוח משולב ושזור עם מרכיב אספקת השירותים, וכך הארגון יכול לנהל (מינהלית) את הטיפול הרפואי (Managed Care Organization). ארגוני טיפול מנוהל צמחו בצורה דרמטית בשנות השמונים בארה"ב (ונקראים Health Maintenance Organizations - HMO) במטרה להשיג שליטה בטיפול שניתן ועל ידי כך לצמצם את ההוצאות הרפואיות שנסקו. בהתקשרות רגילה, כפי שאנו מכירים משוק ביטוח המכוניות למשל, המבטח משלם לספק (המוסך אליו פנה המבוטח) לאחר מעשה (לאור קביעת השמאי), לפי מה שבוצע בפועל, ללא יכולת פיקוח של המבטח. כך המוסך מגיש חשבון המפרט את מה שנעשה לפי סדרת מחירים הנהוגה בשוק והמכונה תשלום עבור שירות (Fee For Service – FFS) . בארגון טיפול מנוהל – כמו בקופות החולים הישראליות – הספקים (הרופאים, למשל) קשורים לארגון ומקבלים תשלומים לא לפי תשלום עבור שירות אלא במסגרת התקשרויות חוזיות מתמשכות אחרות.

3. פער מידע נוסף קיים בין האזרח השוקל לרכוש ביטוח בריאות לבין המבטח. כאן פער המידע הוא לטובת הצרכנים – הצרכנים יודעים את מצב בריאותם טוב יותר מאשר חברות הביטוח. המבטחים לא מסוגלים - מבחינת אמינות סטטיסטית-אקטוארית ומבחינה אדמיניסטרטיבית - לבנות "פוליסה אישית" לכל מבוטח לפי רמת בריאותו ולפי רמת ההוצאה לטיפול רפואי הצפויה לו. מה שמוצע הוא תפריט פוליסות עם פרמיות אחידות המבוססות על ממוצעי ההוצאה הצפויה בקבוצות אוכלוסייה גדולות הנקבעות לפי גיל ומין, בדרך כלל. מכאן, הפרטים החולים יותר מהממוצע בכל קבוצה שוות-פרמיה (נשים בגיל 45-55 , למשל) ימצאו את הפרמיה מושכת ויפנו לקבלת ביטוח ולעומתם, הפרטים הבריאים מהממוצע בקבוצות אלה ימצאו את הפרמיות - המבוססות על *ממוצע* ההוצאה הצפויה בקבוצה – גבוהות מדי ויימנעו מלפנות לביטוח. זוהי תופעת ה"ברירה המרעה" (Adverse selection) מנקודת מבט המבטחים, כי הם מושכים את המקרים הקשים בכל קבוצה שוות פרמיה, והבריאים שבאוכלוסיה לא ישתתפו במאגר המבוטחים. כדי להקטין את התופעה ומתוך עירנות לה, המבטחים מצידם נוקטים צעדים של "ברירת סיכונים" (Risk selection). הם מפעילים שורה של צעדים המחריגים פונים "מסוכנים מדי". החרגות אלה מביאות למגוון תוצאות שכולן מסתכמות בחוסר-כיסוי ביטוחי לחלקים מהאוכלוסייה, החל מדחייה מוחלטת וסירוב לבטח, דרך אי-כיסוי של מחלות קיימות, וכלה בהחלת תקופת אכשרה (המתנה) במשכה המבוטח משלם אך אינו זכאי לכיסוי. הפעולה ההדדית של שני מנגנוני הברירה הללו מביאים לכשל שוק אופייני: קבוצות אוכלוסייה הזקוקות לביטוח רפואי בגלל מצבן הבריאותי הרעוע אינן מצליחות להשיג ביטוח עקב החרגות המבטחים ובגלל פרמיות גבוהות הנובעות מכך שפרטים "זולים" אינם רוכשים ביטוח (זהו, אגב, כשל השוק המעיק על מערכת הבריאות האמריקאית והגורם לכך שפרמיות הביטוח יקרות מאד וכ 15% מהאוכלוסייה הלא-קשישה אינה מבוטחת). כשל שוק זה מהווה בשני העשורים האחרונים את הסיבה העיקרית לרפורמות במערכות הבריאות שהתרחשו בשנות התשעים במדינות המתועשות והביאו להנהגת חוקי ביטוח בריאות ממלכתיים מגוונים שונים (רפורמות דוגמת זו האחרונה של הנשיא אובמה בארה"ב).

4. לבסוף, צד אחר של פער המידע בין המבוטח לבין המבטח, הוא חוסר האפשרות של המבטח לוודא שהמבוטח אמנם ינהג בזהירות וימנע מהוצאות המכוסות במסגרת הביטוח. היות ובתנאים של ביטוח, ביקור אצל רופא אינו עולה למבוטח באופן ישיר, קיים תמריץ למבוטח להגדיל את מספר הביקורים אצל הרופא. דוגמה אחרת היא בתחום התרופות – בהיותו מבוטח, החולה אינו אמור לשלם עבור תרופות הנרשמות לו על ידי הרופא, ולכן קיים תמריץ

לאגור תרופות. מידת הניצול של הביטוח נתונה לשיקוליו המוסריים של המבוטח, ואמנם זהו גוון אחר אבל דומה של תופעת ה"סיכון המוסרי" (Moral Hazard) שהוזכרה לעיל. כשל השוק הנובע מתופעת הסיכון המוסרי של המבוטחים ברור למדי – ביקורים מיותרים (עם תועלת בריאותית אפסית) אצל רופאים או אגירת תרופות שבסופו של דבר נזרקות לפח. כדי להקטין את תופעת הסיכון המוסרי וכשל השוק הכרוך בה, מונהגות השתתפויות עצמיות (Co-payment) – תשלום נמוך יחסית המוטל על המבוטח בעת צריכת שירותי הבריאות והאמור לרסן את צריכתם.

פערי המידע שנמנו לעיל גורמים לכשלים הן בשוק שירותי הרפואה והן בשוק ביטוח הבריאות. בשלושת הפרקים הבאים נתאר את מבנה מערכת הבריאות הישראלית – הן מבחינת ביטוח בריאות והן מבחינת אספקת שירותי בריאות – ונתייחס באופן ספציפי לכשלים שתוארו לעיל.

2. ביטוח בריאות ואספקת השירותים במערכת הבריאות הישראלית[2]

המערכת הישראלית אימצה מלכתחילה את המודל הביסמארקי - שהופעל לראשונה בגרמניה בשנת 1881 – בו "קופות חולים" *מתחרות* היו ספקי ביטוח בריאות תוך התקשרות עם ספקי השירות הרפואי (רופאים, מעבדות, בתי חולים וכו'). זאת לעומת המודל של בברידג' שהונהג, בין היתר, באנגליה, שבו שירותי הבריאות ניתנים על בסיס *אזורי* באחריות מנהלות מחוזיות.

קופת חולים כללית (היום – שירותי בריאות כללית) שנוסדה בשנת 1912 הנהיגה דפוסי "טיפול מנוהל" וחוזים המבוססים על העסקה – כלומר, הרופאים העובדים עמה הם שכירים של הקופה, וממילא נתונים לפיקוחה ההדוק. יתר על כן, קופת חולים הכללית היא הבעלים של 11 בתי חולים, ולכן מסוגלת לכוון ולנהל את הטיפול הניתן בהם. קופות החולים מאוחדת ומכבי (כיום מכבי שירותי בריאות) שנוסדו מאוחר יותר כמיזוג של קופות קטנות ואזוריות – מאוחדת ב 1974 ומכבי בשנת 1975 - אימצו התקשרויות אחרות, הכוללות חוזים תקופתיים - המבוססים על מספר המטופלים - עם "רופאים עצמאיים" וקונות שירותי אשפוז מבתי החולים הממשלתיים, הפרטיים שלא-למטרות רווח (הדסה, למשל) ושל קופת חולים כללית. הקופה הרביעית - קופת חולים לאומית – נוסדה בשנת 1931 ומקיימת ניהול טיפול משולב, כלומר חלק מהרופאים הם שכירים של הקופה, וחלקם הם רופאים עצמאיים, וקונה שירותי אשפוז בדומה למאוחדת ולמכבי.

נחזור ונדגיש כי קופות החולים הישראליות – המבוססות על ניהול טיפול ולא על התקשרויות מזדמנות עם ספקים אנונימיים של שירות רפואי – השכילו להקל בכך את בעיית פערי המידע שבין המבטח והרופא ולהקטין את התמריצים לרופאים ליצור "ביקושים הנוצרים על ידי הספק". קופות החולים מנהלות את הטיפול על ידי הסדרת סדרי תגמול מתאימים (שלא לפי "תשלום עבור שירות"), סקרי שימוש והשוואת ביצועים בקרב רופאיהן, צורך באישורים מנהליים לטיפולים יקרים, וקביעת הנחיות קליניות (Guidelines) לרופאים העובדים איתן. זהו דפוס ארגון שאומץ כ 60 שנה מאוחר יותר בארה"ב – ארגוני טיפול מנוהל (Managed Care Organizations) שהמפורסמים בהם נקראו Health Maintenance Organizations (HMO) כדרך לצמצם את ההוצאות של המבטחים.

---

[2] לפרטים נוספים בנושאים בהם פרקים 2-3 עוסקים ראה בן נון ואח', מערכת הבריאות בישראל, משרד הביטחון ההוצאה לאור, 2005.

עד שנת 1995 שוק ביטוח הבריאות הישראלי פעל כשוק תחרותי חופשי של ארבע הקופות עם הסדרה מזערית בצד גביית פרמיות הביטוח. כפי שהוסבר לעיל, שווקי ביטוח בריאות פרטיים מועדים לכשל שוק בגלל תהליכי ברירה (סלקציה), הן מצד הצרכנים והן – בתגובה – מצד המבטחים. בישראל, כשל השוק שלפני 1995 היה דומה אבל התבטא בצורה קצת שונה. למרות שהביטוח היה וולונטרי, שעור הלא מבוטחים באוכלוסייה היה נמוך מ 5%. הסיבה לכך הייתה מדיניותה האידיאולוגית של קופת חולים כללית שראתה את אספקת הביטוח והטיפול הרפואי כשליחות חברתית (המותנית אמנם בחברות בהסתדרות העובדים הכללית), ולכן נמנעה מברירת סיכונים. קופות החולים מכבי ומאוחדת הפעילו מדיניות של ברירת סיכונים, ונמנעו מלקבל לשורותיהן פרטים שהוו סיכון פיננסי עבורן לאור צרכי הבריאות הגבוהים שלהם ורמות פרמיות ("דמי חבר") נמוכות המשולמות על ידם (כגון קשישים, עולים חדשים, ומשפחות מרובות ילדים – ראה פירוט בפרק הבא). ואולם, "מסורבי ביטוח" אלה נקלטו בשורות הכללית (ולאומית) ולכן מעולם לא התקיים בארץ חוסר כיסוי ביטוחי משמעותי. כתוצאה מתהליכים היסטוריים ומדפוסי ברירת הסיכונים דלעיל, בשנת 1994, למשל, אחוז המבוטחים בני 65+ בקרב מבוטחי הכללית היה 13.1%, בקרב מבוטחי לאומית – 7%, בקרב מבוטחי מכבי – 4.9%, ובקרב מבוטחי מאוחדת – 4.2%. תהליך ברירת הסיכונים על ידי קופות החולים מאוחדת ומכבי מתברר בכל עוצמתו אם נשווה שיעורים אלה, לאלה ששררו בשוק בשנת 1981: 10.3% ממבוטחי הכללית היו בני 65+, 9.1% ממבוטחי לאומית, 7.1% ממבוטחי מכבי ו 9.9% ממבוטחי מאוחדת. יתר על כן, בשנת 1993, שעור החולים הכרוניים (המוגדרים כמבוטחים הצורכים לפחות תרופה אחת באופן קבוע – דוגמת סכרת, מחלת לב, יתר לחץ דם, אסתמה וכו') בקבוצת הגיל 75-45 בקרב מבוטחי הכללית עמד על 55%, בקרב מבוטחי לאומית – על 57%, בקרב מבוטחי מכבי – 42%, ובקרב מבוטחי מאוחדת – 41%. שני הנתונים הללו ממחישים את ריכוזם של המבוטחים ה"יקרים" באוכלוסיה אצל קופ"ח כללית ולאומית.

הריכוז של קבוצות אוכלוסייה עם צרכים מרובים ודמי חבר נמוכים בקופת חולים כללית הביא – גם אם לא היה הגורם היחיד – לקריסתה הכספית. זו הגרסה הישראלית לכשל שוק הביטוח הפרטי שנדון לעיל. הכללית עמדה על סף קריסה ארבע פעמים בין 1985 ו 1995, וחתמה על תכניות הבראה חוזרות. בשנת 1995, בעקבות דו"ח ועדת נתניהו משנת 1990 שחקרה את תפקודה של מערכת הבריאות הישראלית, הונהג חוק ביטוח בריאות ממלכתי כהתערבות ממשלתית לטיפול בכשל בשוק ביטוח הבריאות.

חוק ביטוח הבריאות הממלכתי הכפיף למעשה את שוק ביטוח הבריאות (שוק קופות החולים) לאסדרה (רגולציה) מפורטת על ידי משרד הבריאות והאוצר, ובכך כוון להתגבר על כשלי השוק של שוק הביטוח הפרטי בישראל. החוק קובע כי כל תושב ישראל זכאי לסל שירותים מוגדר במסגרת ביטוח חברתי המושתת על *"צדק, שוויון ועזרה הדדית"*. החוק כולל מספר מאפיינים בולטים:

1. הביטוח הוא אוניברסאלי וחובה. בכך פותר החוק את בעיות הברירה (סלקציות) שגרמו לכשל השוק של הביטוח הפרטי – כולם חייבים להשתתף במאגר המבוטחים, בריאים כחולים, וכולם זכאים לכיסוי ביטוחי ללא קשר למצבם הבריאותי או הכלכלי.

2. מוגדר סל שירותי בריאות אחיד לכל הקופות הקובע בצורה מעשית את גבולות האחריות הממשלתית לבריאות התושבים. הסל הוגדר כסל של קופת חולים כללית בדצמבר 1994. הסל הוא אחיד גם משיקולי שוויון וגם כדי למנוע ברירת מבוטחים על ידי הכללה או הוצאה של שירותים מסוימים על ידי הקופות.

3. סל השירותים שבאחריות קופות החולים (המפורט ב"תוספת השנייה" של החוק) אינו כולל שירותי בריאות השן (הנרכשים באופן פרטי על ידי התושבים, ולאחרונה הוספו לסל הקופות טיפולי שיניים משמרים לילדים), וסל שירותים שבאחריות משרד הבריאות (המפורט ב"תוספת השלישית") הכולל שירותי בריאות הנפש, אשפוז סיעודי, ורפואה מונעת אישית. שירותים אלה אמורים היו לעבור לסל הקופות כדי ליצור רצף טיפולי אך מעבר זה נתקל בקשיים רבים ועדיין לא בוצע.

4. חופש בחירה ומעבר בין קופות. הקופה מחויבת לקבל כל פונה, וכל מבוטח יכול לעבור לקופה אחרת אחרי שצבר שנה אחת של ותק. קיימים מועדים קבועים למעבר והוא נעשה בסניפי דואר ישראל. אפשרות המעבר מכוונת ל"איים" על הקופות בעזיבה של מבוטחים לא מרוצים, ולהגביר את התחרות בין הקופות. נציין שהתחרות אינה על מחירים, כמו התחרות ברוב השווקים, אלא על איכות הטיפול והשירות הרפואיים. אחוז העוברים קופות נמוך למדי ומסתכם ב-1-2% לשנה בלבד.

5. קיימת הפרדה בין גביית דמי ביטוח הבריאות באופן ריכוזי על ידי מערכת המס לבין אספקת שירותים הנעשית באופן ביזורי על ידי הקופות. בכך מתאפשר קיומו של עקרון אספקת שירותי בריאות לפי צורך בריאותי (ללא קשר להכנסה), וגבייה הוגנת ופרוגרסיבית לפי הכנסה (ללא קשר למצב בריאות). הפרדה זו מעניקה משמעות מעשית לעקרון העזרה ההדדית והסולידריות לפיהם העשירים מסבסדים את החולים. דיון נוסף בצד הגבייה והמימון יובא בפרק הבא.

מערכת הבריאות שעוצבה עם הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995 חולקת מאפיינים כלליים דומים עם מערכות בריאות ממלכתיות תחרותיות שעוצבו (מחדש) במהלך שנות התשעים במדינות רבות כגון הולנד, בלגיה, גרמניה, שוויץ, מדינות מזרח אירופה ומרכז אסיה, קולומביה ואחרות. המערכת הישראלית נחשבת, בהשוואות בינלאומיות, למערכת טובה הנהנית, באופן כללי, מהישגים בריאותיים נאים בהוצאה נמוכה יחסית. כפי שניתן לראות מהלוח הבא, ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתוצר המקומי הגולמי (תמ"ג) עמדה בשנת 2005 על 7.8% והסתכמה ב 2,069 דולרים מתוקנים לכוח הקנייה. רמות אלה נמוכות מהרמות המקבילות בארצות OECD המפותחות. במקביל, התוצאות הבריאות בישראל – תמותת תינוקות לאלף לידות ותוחלת החיים בקרב גברים ונשים - אינן נופלות מהתוצאות המקבילות במדינות אלה.

ישראל ומדינות OECD – שנת 2005 (*=שנת 2004, $PPP=דולרים ארה"ב מתוקנים לכוח הקנייה)

המדינה	ההוצאה לבריאות לנפש ($PPP)	ההוצאה לבריאות כ % מהתמ"ג	תמותת תינוקות לאלף לידות	תוחלת חיים - גברים	תוחלת חיים - נשים

					אוסטריה	1
82.2	76.7	4.2	10.2	3,519	אוסטרליה	2
83.3	78.5	5.0	9.5*	3,128*	איטליה	3
83.2	77.6	4.7	8.9	2,532	איסלנד	4
83.1	79.2	2.3	9.5	3,443	אירלנד	5
81.8	77.1	4.0	7.5	2,926	ארה"ב	6
80.4*	75.2*	6.8*	15.3	6,401	בלגיה	7
82.4*	76.5*	3.7	10.3	3,389	בריטניה	8
81.1	76.9	5.1	8.3	2,724	גרמניה	9
81.8	76.2	3.9	10.7	3,287	דנמרק	10
80.2	75.6	4.4	9.1	3,108	הולנד	11
81.6	77.2	4.9	9.2*	3,094*	הונגריה	12
76.9	68.6	6.2	8.1*	1,337*	טורקיה	13
73.8	68.9	23.6	7.6	586	יוון	14
81.7	76.8	3.8	10.1	2,981	יפן	15
85.5	78.5	2.8	8.0*	2,358*	ישראל	16
81.6	77.4	4.5	7.8	2,069	לוקסמבורג	17
82.3	76.2	2.6	8.3*	5,352*	מכסיקו	18
77.9	73.0	18.8	6.4	675	נורווגיה	19
82.5	77.7	3.1	9.1	4,364	ניו-זילנד	20
81.7	77.5	5.1	9.0	2,343	סלובקיה	21
77.9	70.1	7.2	7.1	1,137	ספרד	22
83.9	77.4	4.1	8.2	2,255	פולין	23
79.4	70.8	6.4	6.2	867	פורטוגל	24
81.4	74.9	3.5	10.2	2,033	פינלנד	25
82.3	75.5	3.0	7.5	2,331	צ'כיה	26
79.1	72.9	3.4	7.2	1,479	צרפת	27
83.8	76.7	3.6	11.1	3,374	קוריאה	28
81.9	75.1		6.0	1,318	קנדה	29
82.6*	77.8*	5.3*	9.8	3,326	שוודיה	30
82.8	78.4	2.4	9.1	2,918	שוויץ	31
83.9	78.7	4.2	11.6	4,177		

3. מימון מערכת הבריאות בישראל

כאמור, עד שנת 1995 פעלו קופות החולים בשוק ביטוח בריאות וולונטרי פרטי. כנהוג בשווקים כאלה, המבוטחים שלמו פרמיות ביטוח לקופות. פרמיות אלה כונו "דמי חבר". דמי החבר לקופות החולים הכללית ולאומית נכללו במסגרת המס האחיד ששולם להסתדרות העובדים הכללית או הלאומית בהתאמה.

להבדיל מהנעשה בשוק ביטוח פרטי לא מוסדר, דמי החבר לא נקבעו לפי מצב הבריאות (Risk rated) אלא נקבעו למשפחה, לפי שכר ומצב משפחתי, והיו שונים בין הקופות במסגרת תחרות על מחיר (הביטוח). בממוצע, יחיד עם שכר ברוטו של 10,000 ש"ח בדצמבר 1994 שילם 385 ש"ח (3.85% מהשכר), נשוי שאשתו לא עובדת – 548 ש"ח, וזוג עובדים ששכרם הכולל היה 10,000 ש"ח שילם 654 ש"ח. ילדים היו מבוטחים במסגרת המשפחתית ללא תשלום דמי חבר נוספים.

בתנאים אלה התמריצים לברירת סיכונים על ידי הקופות הם ברורים – לקופה כדאי לבטח משפחות עשירות וקטנות (ללא ילדים). מכאן לא ייפלא השיעור הגבוה יחסית בשנת 1994 של הלא-מבוטחים בקרב האוכלוסייה הערבית – 12% לעומת 3% באוכלוסיה היהודית. אם נוסיף על כך את התמריצים לברירת סיכונים מבחינת השימוש בשירותי הבריאות וצרכי הבריאות שנזכרו בפרק הקודם, נראה כי קשישים, חולים כרוניים, עניים ומשפחות גדולות היו בבחינת סיכון כספי לקופות בשוק הפרטי שלפני 1995 ולא היו רצויים על ידן. למרבה המזל, כאמור, קופות החולים ההסתדרותיות – כללית ולאומית – ראו לעצמן חובה חברתית לקבל כל פונה, ולכן כשל השוק הפרטי המתבטא בדרך כלל בשיעור לא מבוטחים גדול, לא התבטא כך בישראל.

דמי החבר היו באופן כללי נמוכים יחסית להוצאות הקופות, והשוק כולו סבל מגירעונות מתמשכים שהיו נושא לדיונים פוליטיים ובין הממשלה וקופות החולים. יתר על כן, רמות שכר המבוטחים שהיו בידי הקופות – ולפיהן נגבו דמי חבר - לא היו מעודכנות ונמוכות בדרך כלל מהרמות האמיתיות. מכאן, שדמי החבר היו נמוכים אפילו מהרמות שהיו צריכות להתקיים לפי תקנות הקופות.

כפי שצוין, הגרסה הישראלית של כשל שוק ביטוח הבריאות הפרטי היא צבירת הגרעונות של קופת חולים כללית, ולאומית במידה מסוימת. אם נתרכז בתוצאות ברירת הסיכונים רק בצד ההכנסות, בשנת 1994 ההכנסה הממוצעת בקופ"ח כללית הייתה 93% מהממוצע הארצי, של לאומית 92%, של חברי מכבי – 21% יותר מהממוצע ושל חברי מאוחדת – 12% יותר מהממוצע. אם נוסיף על כך את *ההוצאה* הממוצעת הגבוהה יותר בכללית ובלאומית כתוצאה מהרכב מבוטחים קשיש וחולה יותר, כפי שהוזכר לעיל, הגירעונות הגדולים של כללית ולאומית ערב החלת החוק אינם מפתיעים כלל וכלל. גירעונות אלה טופלו במסגרת הסכמי הבראה שונים שהאחרון שבהם בשנת 1994 כבר הביא בחשבון את החלתו הקרובה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי שצפוי היה לשנות את מערכת המימון של פעילות הקופות.

חוק ביטוח הבריאות הממלכתי שינה לחלוטין את מימון אספקת הטיפול הרפואי של קופות החולים (ובזה התבטא עיקר השינוי). כאמור בפרק הקודם, אחד העקרונות של החוק הוא גבייה מרוכזת של המימון בהתאם להכנסת המבוטח. ואמנם, דמי החבר הוחלפו על ידי "מס בריאות" שנגבה באופן אישי (ולא משפחתי) על ידי המוסד לביטוח לאומי. המס הוא פרוגרסיבי (כלומר, שעור המס עולה עם עליית ההכנסה, עד תקרה מסוימת), אם כי מידת הפרוגרסיביות שלו נמוכה יחסית לזו של מס הכנסה הממן העיקרי של תקציב המדינה, ובכך מתבטא עקרון העזרה ההדדית העומד בבסיס החוק. העברת הגבייה לגוף מנוסה כמו המוסד לביטוח לאומי הביאה להעמקת הגביה על בסיס הכנסות מעודכנות, ולהגדרת מערכת פטורים והטבות אחידה המפורטת בחוק.

אחד המרכיבים העיקריים במערכת הבריאות שלאחר הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב 1995 הוא המושג "עלות הסל". עלות הסל (עדיף היה לכנות מרכיב זה "תקציב הסל") הוא סכום כסף האמור לממן את רובה של הפעילות השנתית של קופות החולים במסגרת החוק, כלומר לממן את סל שירותי הבריאות שהוגדר בפרק הקודם. תקציב הסל נקבע פוליטית במסגרת דיוני הממשלה בתקציב המדינה. תקציב זה מגדיר למעשה כמה מוכנה הממשלה להוציא בממוצע לתושב על טיפול רפואי הניתן על ידי קופות החולים. בשנת 2009, למשל, עמד אומדן תקציב (עלות) הסל על 28,242 מיליון ש"ח. היות ותושבי מדינת ישראל מנו 7.3 מיליון נפש, תקציב הסל לתושב בשנת 2009 עמד על כ – 3,900 ש"ח. במילים אחרות, לקופות מוקצב סכום של 3,900 ש"ח בשנה – או כ 11 ש"ח ליום – כדי לספק טיפול

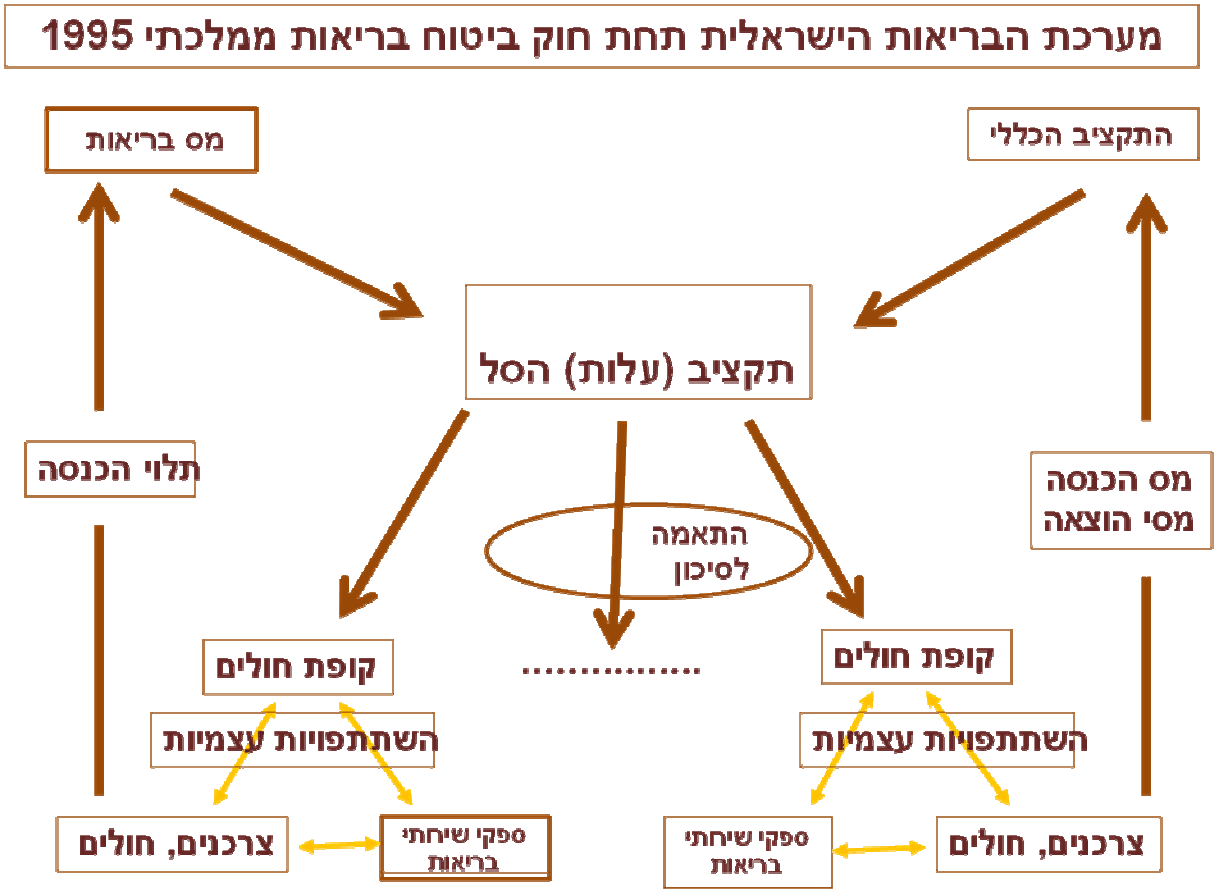
רפואי במסגרת הסל לתושב ישראל בממוצע. אופן קביעת עלות הסל עם הנהגת החוק בשנת 1995 והתפתחות עלות הסל בשנים שאחרי 1995 ידונו בפרק 10 להלן.

במערכת מאוזנת, תקציב הסל שווה לסך גביית "מס הבריאות" שנדון לעיל. למעשה, תקציב הסל תמיד היה גבוה מסך המקורות הייעודיים הנגבים באמצעות "מס הבריאות", ובפרט עם ביטולו של המס המקביל[3] בשנת 1997, ולכן נדרשת השלמה של הממשלה מהתקציב הכללי למימון סל הבריאות. עם החלת החוק, בשנת 1995, סך התקבולים מהמיסים הייעודיים לבריאות (מסי הבריאות והמקביל) מימן 77% מסך תקציב הסל, ו 17% הושלמו מתקציב המדינה (6% נוספים מומנו על ידי השתתפות עצמית של המבוטחים לקופות החולים, כגון תשלום מהכיס עבור תרופות מרשם). בשנים האחרונות, לעומת זאת, סך התקבולים ממס הבריאות ממן כ - 50% מסך תקציב הסל, וכ - 40% מושלמים מתקציב המדינה (10% נוספים על ידי השתתפות עצמית של המבוטחים לקופות החולים). הצורך המתמשך של מערכת הבריאות להשלמת תקציב סל הבריאות מתקציב המדינה, מקנה למשרד האוצר מעמד ייחודי וכוח רב בהסדרה השוטפת של פעילות קופות החולים. כוח זה לא היה בידיו לפני 1995, לבד מהסכמי ההבראה שנחתמו עם הקופות.

איור 1 מציג את מבנה המערכת והזרמים העיקריים בה לאחר הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995.

[3] המס המקביל היה מס מעסיקים על בסיס השכר ששולם על ידם, שנאסף על ידי המוסד לביטוח לאומי וחולק בין קופות החולים. המס היה ייעודי לבריאות, וביטא את השתתפות המעסיקים בהשקעה בבריאות עובדיהם.

איור 1:



הערות לאיור: המערכת מאופיינת בהפרדה בין גביה ריכוזית למימון תקציב הסל (מס הבריאות והתקציב הכללי) לבין אספקת שירותים על ידי ארבע הקופות. הקצאת התקציב לקופות מתבצעת על ידי מנגנון של התאמה לסיכון (נוסחת הקפיטציה). כל קופה מנהלת את הטיפול בצורתה היא, כולל קביעת השתתפויות עצמיות, דרכי התקשרות עם רופאים, בתי חולים, מכונים וכו'. המערכת אינה כוללת את שוק הביטוח המשלים.

4. חוק ביטוח הבריאות הממלכתי 1995 - הצלחת המערכת בצד תחלואי מרכיביה

באופן כללי, הטיפול הרפואי שניתן על ידי קופות החולים במסגרת שוק הביטוח הוולונטרי לפני שנת 1995 היה טיפול הולם, שהשיג תוצאות בריאותיות טובות ברמה בינלאומית. בנוסף, הכיסוי הביטוחי היה גבוה ביותר, כך, שמבחינת *שירותי בריאות ובריאות האוכלוסייה*, המערכת הישראלית רשמה לעצמה הצלחה לא מבוטלת. הכשלים התבטאו, כפי שהוזכר לעיל, בגירעונות כספיים של חלק מהקופות, ובמערכות גבייה קופתיות לא יעילות ומסובכות.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1995 הרחיב את הכיסוי למלא, החליף את מערכות הגבייה של הקופות ואת דמי החבר הוולונטריים במס בריאות הנגבה על ידי המערכת המנוסה והמשומנת של המוסד לביטוח לאומי, והגדיר מעשית את אחריות הממשלה לבריאות תושביה. מערכת כזו, בהיותה מערכת קטנה ופשוטה, זכתה להוקרה בינלאומית ונראה היה שהיא מרשם להצלחה כמערכת בריאות מודרנית, הן מצד אספקת שירותי הבריאות והן מצד מימונם היציב.

עם זאת, המערכת הישראלית הנוכחית סובלת ממספר תחלואים ייחודיים – שחלקם נולדו בשנת 1995 ולא טופלו וחלקם התהוו במסגרת השלמות חקיקה (בעיקר חוקי ההסדרים השנתיים) לאחר שנת 1995 . תחלואים אלה – ודרכים אפשריות לריפויים - הם נושאו של ספר זה.

תחלואים אלה הם ברמת המיקרו-אסדרה של המערכת, ונוגעים לרכיבים קריטיים של המערכת. תחלואים אלה משולים לריקבון המתפשט בליבו של התפוח – לכאורה, מבחוץ, התפוח יפה ומושך, אך למעשה כל הנוגס בו מספיק לעומק יתאכזב קשות. אם תחלואים אלה לא יטופלו במועד, תפקודה של מערכת הבריאות ייפגם , והיא לא תוכל לספק טיפול רפואי הולם ועדכני בצורה יעילה והוגנת לתושבי ישראל. רובם של תחלואים אלה הם מה שניתן לכנות "כשלי ממשלה" או "כשלי רגולציה". עמדנו לעיל על כשלי השוק המאיימים להביא לקריסת שווקי הבריאות. במקביל, התערבות ממשלה – וכך גם חוסר התערבות או התערבות לא נכונה – עלולה להביא לנזקים שאינם קטנים מנזקם של כשלי השוק. הבעיה הגדולה של כשלי רגולציה היא שהטיפול בהם הינו על ידי הרגולטור בלבד, כלומר, שינוי האסדרה הלקויה והחלפתה באחרת.

להלן התמקדנו בעשרה תחלואים מרכזיים של מערכת הבריאות הישראלית של שנת 2010 , המרוכזים בארבעה תחומים. תחלואים אלה מפורטים אחד לאחד בחלקו השני של הספר:

סל שירותי הבריאות

1. העדכון הלקוי של תקציב סל שירותי הבריאות
2. השסע במערכת שירותי הרפואה – הסל המסופק על ידי קופות החולים, הסל המסופק על ידי משרד הבריאות והרכישה הפרטית של טיפול שיניים

התמהיל הפרטי-ציבורי במערכת הבריאות

3. הביטוח המשלים המוצע על ידי הקופות (שב"ן) – צורך או מותרות?
4. סוגיית השירות הרפואי הפרטי (שר"פ) ומערכת "האשפוז הכללי" הממשלתית
5. נסיקת ההוצאה הפרטית במערכת בריאות ציבורית

משק הקופות

6. עקב אכילס של חוק הבריאות הממלכתי: מנגנון ההקצאה לקופות החולים ("נוסחת הקפיטציה")
7. תחרות מנוהלת בין הקופות: על מה צריכה הייתה להיות? על מה היא מתקיימת בפועל?

אספקת שירותי הבריאות

8. מאושפזי המסדרונות ותחלואיה של מערכת האשפוז הכללי
9. ביקורים של 7 דקות - כוח אדם רפואי וסיעודי במערכת הבריאות בישראל
10. פערים ואי שוויון בבריאות, בנגישות ובשימוש בשירותי בריאות

חלקו השלישי של הספר עוסק בהתוויית הטיפול הנחוץ לתחלואים אלה ובדרכים להבראתה של מערכת הבריאות הישראלית. טיפול זה מרוכז בשמונה מוקדי שינוי בארבעת התחומים שהוגדרו לעיל:

סל שירותי הבריאות

1. עדכון ריאלי של תקציב סל הבריאות
2. הרפורמה בבריאות הנפש ובמערך הסיעודי והוספת שירותי בריאות השן לסל הבסיסי

התמהיל פרטי-ציבורי במערכת הבריאות

3. הגדרה מחודשת של תכניות הביטוח המשלים (שב"ן)
4. בחינה מחודשת של ההשתתפויות העצמיות בקבלת טיפול רפואי

משק הקופות

5. שינויים במנגנון ההקצאה לקופות החולים ("נוסחת הקפיטציה") והעמדת התחרות בין הקופות על בסיס נכון

אספקת שירותי הבריאות

6. הבראתה של מערכת האשפוז הכללי: תאגוד בתי החולים הממשלתיים, הוספת מיטות, שינוי שיטות התגמול והסדרת השר"פ
7. תכנון כוח אדם רפואי וסיעודי
8. הקטנת פערים בבריאות ובזמינות של שירותי בריאות ושיפור מצבן של האוכלוסיות החולות.

חלק שני : אבחנות

סל שירותי הבריאות

5. העדכון הלקוי של תקציב סל שירותי הבריאות

אחד מעקרונות חוק ביטוח הבריאות הממלכתי הוא הגדרת סל שירותי בריאות אחיד שעל הקופות להציע למבוטחיהן. סל זה מפרט, למעשה, את "אחריות המדינה לבריאות תושביה". הסל קובע את הטיפול הרפואי אשר במימון ציבורי דרך תקציב הסל, וכן את הטיפול הרפואי הניתן על ידי הקופות שלא במימון ציבורי, ותושב הזקוק לטיפול זה או החפץ בו – יממן זאת מכיסו הפרטי.

עם החלת החוק, סל שירותי הבריאות שנקבע היה סל שירותי הבריאות שהיה נהוג בקופת חולים כללית בדצמבר 1994. סל זה היה דומה לסל שירותי הבריאות שניתן גם בקופות האחרות. הסל מוגדר לפי תחומי שירות (אבחון, טיפול באשפוז, טיפול בקהילה וכו'), ואילו המרכיב התרופתי מוגדר על ידי רשימת תרופות הנכללת בסל השירותים. סך תקציב הסל לשנת 1995 עמד על 12.7 מיליארד ש"ח, או כ 2,270 ש"ח לתושב בממוצע.

בעוד שהנהגת הסל באופן זה הייתה מהלך שהתבקש עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995, אופן העדכון של תקציב הסל בשנים שחלפו מאז התברר כחולי חמור של המערכת. העדכון הלקוי הביא לשחיקה מסיבית בתקציב הציבורי ה"ריאלי" של סל השירותים, והיה מלווה במספר בעיות שהעיקרית בהן הייתה עלייה דרמטית במימון הפרטי ("מהכיס") של הטיפול הרפואי הנחוץ (בעיה זו תדון בפרק 9 להלן).

מקובל כי עדכון תקציב הסל צריך לכלול 3 מרכיבים:

1. עדכון עבור שינויים במחירי התשומות המשמשות ב"יצור" סל שירותי הבריאות (שכר הצוות הרפואי והמנהלי, מחירי תרופות וציוד רפואי, אחזקת מבנים וכו') – מקדם המחירים.
2. עדכון עבור שינויים בצרכי האוכלוסייה הנובעים מהמבנה הדמוגראפי שלה (כגון גודלה ומבנה הגילים) – המקדם הדמוגרפי.

3. עדכון עבור שיפורים טכנולוגיים המייקרים את הפרקטיקה הרפואית הסבירה (תרופות חדשות, פרוצדורות וציוד חדשים בבתי חולים, אמצעי אבחון והדמיה משוכללים וכו') – המקדם הטכנולוגי.

מקדם המחירים לאורו נעשה העדכון עבור שינויי מחירים נקבע לפי "מדד יוקר הבריאות". מדד זה, המעוגן בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, בנוי ממדד השכר בסקטור הבריאות (במשקל של כ 36%), מדד השכר בסקטור הציבורי (22%), מדד המחירים לצרכן (23%), מדד המחירים הסיטונאיים של תרופות (17%) ומדד מחירי תשומות הבנייה (2%).

יש הטוענים כי "מדד יוקר הבריאות" אינו משקף נכונה את מבנה התשומות בהן משתמשות הקופות. לדוגמה, נטען, מחיר יום אשפוז, הקובע את הוצאת הקופות על אשפוז (כמחצית סך ההוצאה של הקופות), אינו נכלל מפורשות במדד. טענה זו מדגישה את הבעייתיות שבעדכון תקציב הסל עבור שינויי מחירים – מצד אחד העדכון אמור לפצות את הקופות על עליות בהוצאות שאינן תלויות בהן, אך מצד שני, הצמדה מלאה של העדכון להוצאות בפועל תקטין את התמריץ לקופות לחסוך בהוצאות ולהתייעל (למרות שמחיר יום אשפוז נקבע על ידי משרד הבריאות, הקופות קובעות את נפח האשפוז במחיר הזה ולכן את סך ההוצאה שלה על אשפוז, אותה אמור תקציב הסל לממן).

בבדיקה של האחוז המצטבר של העדכון בגין מחירים לעומת השינוי המצטבר בפועל של "המדד הנגזר של מחירי ההוצאה של הקופות"[4] בתום ארבע עשרה שנים להנהגת החוק (2009)[5], נמצא כי העלייה במחירי התשומות של קופות החולים הסתכמה ב 60.4% בעוד שהעדכון בגין מחירים לפי מדד יוקר הבריאות היה 49.8% בלבד.

העדכון בגין שינויים דמוגרפיים התבסס על גידול האוכלוסייה והזדקנותה והתבצע לפי שיעור הגידול במספר "המבוטחים הסטנדרטיים" של סך הקופות. המונח "מבוטח סטנדרטי" יוסבר בהרחבה בפרק 10 הדן בהקצאת תקציב

[4] המדד הנגזר של מחירי ההוצאה הלאומית המתבצעת על ידי קופות החולים מתקבל מחלוקת ההוצאה במחירים שוטפים בזו במחירים קבועים. שני סוגי ההוצאה מתפרסמים על ידי הלמ"ס. המדד מקביל למדד מחירי התוצר הלאומי. מדד זה משקף את מערכת המחירים בהוצאה שבוצעה על ידי קופות החולים. אמנם לא כל המחירים משתקפים במדד, אבל עדיין זהו הקירוב הטוב ביותר האפשרי על בסיס הנתונים הזמינים.

[5] אחדות ל., שמואלי ע. ואנדוולד-סבג מ., מימון סל השירותים בעשור הראשון להפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי – מגמות וסוגיות, בבן נון ג. ועופר ג. (עורכים), עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: 1995-2005, המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות, 2006 וחישובים נוספים.

הסל לקופות ("נוסחת הקפיטציה"). כאן רק נבהיר כי מספר ה"מבוטחים סטנדרטים" משקף את צרכי האוכלוסייה כפי שמוגדרים על ידי המנגנון לפיו מחולק תקציב הסל לקופות. עד 1 בנובמבר 2010, מנגנון זה כלל רק את גודל האוכלוסייה וגילה, ולכן העדכון הדמוגרפי התחשב רק בגודל האוכלוסייה ובמבנה הגילים שלה (ולכן מספר המבוטחים הסטנדרטיים כונה לעתים גם מספר "הנפשות המתוקננות לגיל"). מאז 1 בנובמבר 2010 כוללת נוסחת ההקצאה גם מין ומגורים בפריפריה, ולכן ההגדרה של "מבוטח סטנדרטי" צריכה להשתנות בהתאם. למשל, אם הוצאות הקופות על מבוטח הגר בפריפריה גבוהות יותר מאשר על מבוטח הגר במרכז (לאור הריחוק מהמרכז הדורש פיצוי בשכר הצוות הרפואי, פיזור גדול יותר של מרפאות וכו'), מעבר של תושבים מהמרכז לפריפריה ללא שינוי בסך גודל האוכלוסייה או במבנה הגיל שלה יביא להגדלת הוצאות הקופות ולכן יצריך את הגדלת תקציב הסל. נציין כי עדכון מלא בגין מחירים ודמוגרפיה שומר על *הערך הריאלי (מבחינת מחירים)* של תקציב הסל *למבוטח סטנדרטי*.

בבדיקה של האחוז המצטבר של העדכון בגין דמוגרפיה והשינוי המצטבר בפועל במספר המבוטחים הסטנדרטיים בתום 14 שנים להנהגת החוק (2009)[6], נמצא כי בעוד שהעדכון הסתכם ב 22.4%, מספר המבוטחים הסטנדרטיים עלה ב 34.1%.

יש הטוענים כי העדכון הדמוגרפי צריך להיות קטן משיעור העלייה במספר המבוטחים הסטנדרטיים. טענה זו מתבססת על מה שכלכלנים מכנים "יתרונות לגודל": תוספת ההוצאה על שירותי בריאות במסגרת הסל הנגרמת מהצטרפותו של מבוטח (סטנדרטי) נוסף ("ההוצאה השולית על מבוטח") נמוכה מההוצאה הממוצעת למבוטח, היות ותשומות ("קבועות") אחדות לא משתנות – מבנים, משרות הצוות הרפואי, הנהלה, חוזים גלובליים עם ספקים וכו'. טענת היתרונות לגודל צפויה להיות רלבנטית במיוחד לעדכון בגין עליה במספר המבוטחים בפריפריה, כפי שהונהג לאחרונה. אין ספק כי הגדלת מספר המבוטחים בישוב פריפריאלי מסוים לא תביא להגדלת ההוצאות באופן יחסי, כי המרפאה כבר הוקמה, הצוות כבר פוצה על ריחוקו מהמרכז, והגידול בהוצאות עם הגדלת מספר המבוטחים בישוב הוא קטן יחסית.

---

[6] ראה הערה 5 לעיל.

בכמה צריך העדכון הדמוגרפי להיות נמוך מהשינוי הדמוגרפי בפועל היא שאלה למחקר. מחקר שנערך לאחרונה[7] מצא כי המצב מורכב יותר, היות וקיימים יתרונות לגודל בפעילות הקופות עד לגודל של כ 2.5 מיליון מבוטחים. כלומר, הקופות מכבי, מאוחדת ולאומית נהנות (עדיין) מיתרונות לגודל, וההוצאה הממוצעת על מבוטח קטנה עם התרחבות הקופה. לעומת זאת, שירותי בריאות כללית היא "גדולה מדי" במובן שהצטרפות חברים חדשים אליה מעלה את ההוצאה הממוצעת. למרבה המזל, מאז הנהגת החוק, הקופות הקטנות גדלות בקצב מואץ והכללית גדלה בקצב נמוך יחסית.

העדכון הבעייתי ביותר הוא העדכון הטכנולוגי, בגין תרופות חדשות (כגון למחלת הסרטן) היוצאות לשוק חדשות לבקרים, עזרים וציוד רפואי המשתכללים עם הזמן (כגון תומכונים – סטנטים – המוחדרים בצנתור לבבי), וטכנולוגיות רפואיות אחרות המשמשות בפרקטיקה הרפואית. הבעייתיות חוזרת לשאלה "על מה בדיוק התחייבה המדינה בקובעה את סל שירותי הבריאות ותקציבו בשנת 1994?". האם ההתחייבות הייתה *לתקציב* מסוים שנקבע באותה שנה (12.7 מיליארד ש"ח), והתקציבים הבאים פתוחים להתדיינות ולהתמקחות (מעבר לעדכונים בגין מחירים ודמוגרפיה) בין הגורמים הנוגעים בדבר במסגרת קביעת תקציב המדינה בכללותו? או אולי התחייבה המדינה *לרמה* מסוימת של טיפול רפואי (ומכאן גם לרמה מסוימת של בריאות האוכלוסייה) שהתקציב שהיה דרוש כדי לספקה בשנת 1994 היה 12.7 מיליארד ש"ח, והעדכון הנדרש הוא לרמת הטיפול הרפואי יהיה אשר יהיה התקציב הדרוש להשיגה? התשובה לכך מורכבת וקשורה לאופן בו רואים את תפקיד הממשלה ותפקודה באופן כללי. ברוב התחומים, הממשלה (בלחץ משרד האוצר) שומרת לעצמה גמישות וחופש בקביעת *התקציב*, וחלוקת התקציב בין השימושים השונים נקבעת לפי סדרי העדפות והכוחות האקטואליים באותה שנה. עם זאת יש לזכור כי קיימים תחומים בהם הגישה השלטת היא השניה – הוצאות הביטחון נקבעות כך שתספקנה רמה רצויה של בטחון לאור המצב הבטחוני והטכנולוגיות הצבאיות הקיימות. כך גם במערכת הרווחה, קצבאות הביטוח הלאומי צמודות לשכר הממוצע במשק (כמייצג רמת חיים) ולא נקבעות כל שנה מחדש לאור התקציב הקיים.

[7] מסיקה ד. ושמואלי ע., יתרונות לגודל בשוק קופות החולים, רבעון לכלכלה 55:367-386, 2008.

העדכון הטכנולוגי של תקציב הסל נעשה בפועל לפי הגישה הראשונה, כלומר, העדכון הטכנולוגי נקבע מדי שנה במסגרת דיוני התקציב. כך, בשנים 1996-1997 לא היה עדכון טכנולוגי כלל, בשנים 1998-2003 הוא הסתכם ב פחות מ 1% מתקציב הסל בממוצע, ובשנים שלאחר מכן עלה בהדרגה עד כ 1.5%. על סמך דפוס ההוצאה של הקופות לפני 1995 ועל אומדנים מארצות אחרות, עדכון טכנולוגי שנתי של 2-4% מתקציב הסל יבטיח שמירה על רמת הטיפול הרפואי (ורמת הבריאות) מבחינה קלינית-טכנולוגית. בבדיקה של האחוז המצטבר של העדכון בגין טכנולוגיה לעומת העדכון המצטבר הנדרש לשמור על רמת טיפול רפואי הולם (שנלקח כ-2% בשנה) בתום 14 שנים להנהגת החוק (2009)[8], נמצא כי בעוד שהעדכון הנדרש הסתכם ב 28%, העדכון בפועל היה 12.7% בלבד.

עולה מכך כי סך העדכון של תקציב הסל נמוך משמעותית מהנדרש כדי לשמור ולו על הערך הריאלי מבחינת מחירים של התקציב למבוטח סטנדרטי כפי שנקבע עם הנהגת החוק בשנת 1995, לא כל שכן מהבחינה החשובה יותר – רמת הטיפול הרפואי. בתום ארבע עשרה שנים להנהגת החוק (2009)[9], נמצא כי חלה שחיקה של 29% בתקציב הסל. תקציב הסל בשנת 2009 עמד על כ- 28 מיליארד ₪, בעוד שהתקציב שנדרש כדי לשמור על תקציב שנת 1995 מבחינה ריאלית (מחירים, דמוגרפיה וטכנולוגיה) הסתכם בכ 40 מיליארד ₪.

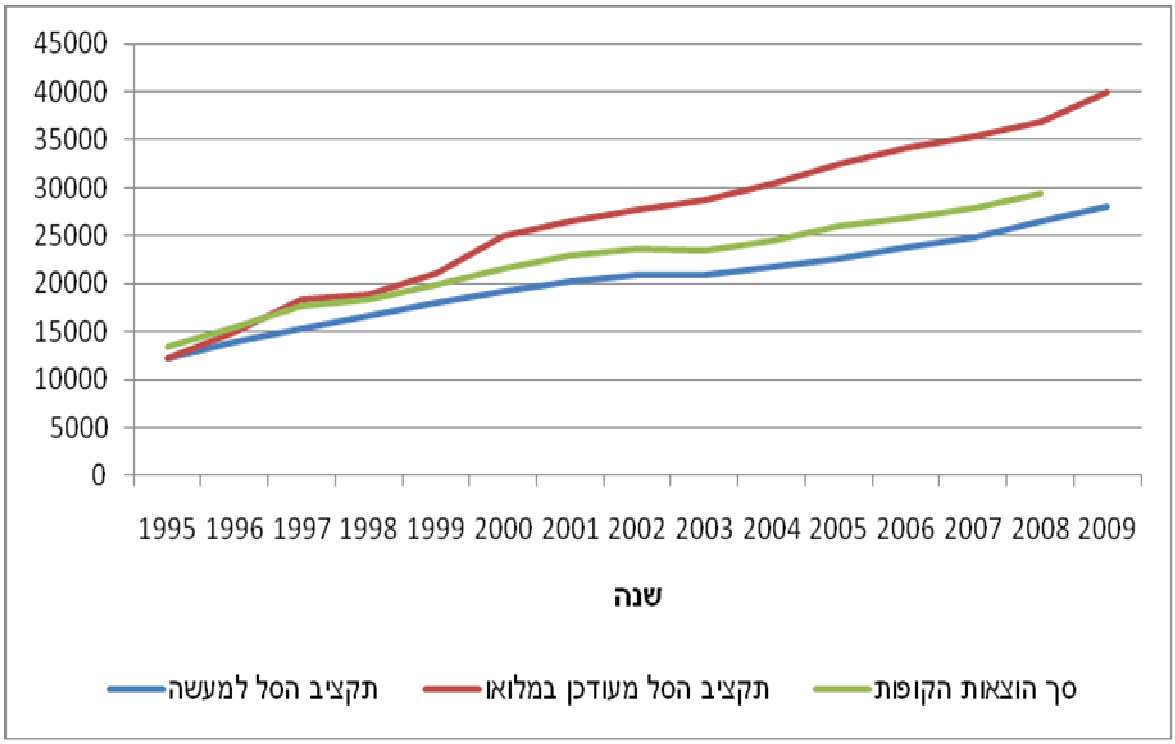
איור 2 מציג את תוואי תקציב הסל למעשה ואת זה הנדרש כדי לשמור על תקציב 1995 ריאלית.

האם משמעות הדבר היא כי רמת הטיפול הרפואי בישראל יורדת על פני זמן ועימה נפגעת בריאות האוכלוסייה עקב כך? למעשה, קיימים מספר מנגנונים שצמחו במערכת כדי לכסות ולפצות לפחות באופן חלקי על מגמת שחיקה זו בתקציב הסל בלי לפגוע יותר מדי (בשלב זה!) במצב הבריאות. מנגנונים אלה אמנם תורמים להקלת השחיקה, ואולם, כפי שכלכלנים אוהבים לומר "אין ארוחת חינם" – הם מכניסים בעייתיות אחרת למערכת ומגבירים חוליים אחרים שלה.

[8] ראה הערה 5.

[9] ראה הערה 5.

איור 2: השחיקה בתקציב הסל (מיליוני ₪)



הערות לאיור: תקציב הסל למעשה (בכחול) מתרחק והולך מהתקציב המעודכן במלואו, כלומר, זה השקול לתקציב בשנת 1995 מבחינת מחירים, דמוגרפיה וטכנולוגיה (באדום). ההפרש (השחיקה) בשנת 2009 הסתכם בכ 12 מיליארד ₪, או ב 29% מהתקציב המעודכן. הוצאות הקופות (בירוק) גבוהות מתקציב הסל בסכומי הגירעונות והשתתפויות עצמיות, ולכן השחיקה לגביהן קטנה יותר, אם כי הגיעה בשנת 2008 (נתון אחרון שקיים) לכ 20%.

המנגנון הראשון הוא המשך אספקת שירותים על ידי הקופות תוך יצירת *גירעונות תפעוליים*, מעבר לתקציב הסל, תוך יצירת מחויבות עתידית של משלמי המסים. הזכרנו לעיל בפרק 2 כי קופת חולים כללית סבלה מגירעונות מתמשכים בתקופה שלפני 1995 כביטוי לכשל שוק ביטוח הבריאות הפרטי ששרר בארץ. מיד לאחר הנהגת החוק, בשנת 1996, נוצרו גירעונות גם בשאר הקופות, והגרעון הכולל של כל הקופות הגיע ל 600 מיליון ש"ח (4% מסך ההוצאות). גרעון זה צמח ל 1.5 מיליארד ש"ח בשנת 1997 (8.5% מסך ההוצאות). בחמש השנים הבאות צנח הגרעון לכ 2-3% מסך ההוצאות. מאז 2002 שעור הגרעון התנודד, ובשנת 2009 הוא עמד על 1.3%. גירעונות מסמנים אי יציבות כספית הנובעת ממשאבים קטנים מדי ו/או חוסר יעילות ובזבזנות בהתנהגות הקופות. הסכמי ההבראה שנחתמו עם הקופות בשנת 1997 אמורים היו לתמרץ את הקופות לאמץ התנהגות חסכונית ויעילה במתן שירותי הבריאות שבסל.

המנגנון השני הוא הגדלת משקל ההשתתפויות העצמיות בהוצאות הקופות. משקל זה גדל מ 5% בשנת 1995 ל 10% בתום העשור הראשון לחוק, עם קפיצה משמעותית בהשתתפויות שאושרה באמצעות חוק ההסדרים בשנת 1998, כחלק מתכניות ההבראה לקופות ולהקטנת גירעונותיהן. כלומר, חלק מהמימון הציבורי של סל הקופות שניתן ב 1995 הוחלף למעשה על ידי "הוצאות מהכיס" של המבוטחים (מעבר לתשלומי מס הבריאות ומסים אחרים המממנים את תקציב הסל). הגדלה זו במימון הפרטי לצורך הטיפול הרפואי היא אחד החוליים המטרידים והמסוכנים ביותר של המערכת, אליו נתייחס בהרחבה בפרק 9 להלן.

המנגנון השלישי הוא העברות ממשק הביטוח המשלים לתקציב הסל. בביטוח המשלים (שירותי בריאות נוספים – שב"ן) נדון בפירוט בפרק 7 להלן. לכאורה, משק הביטוח המשלים המוצע על ידי הקופות ומשק הביטוח הבסיסי (כלומר סל שירותי הבריאות שבמימון ציבורי) אמורים להיות נפרדים. ואולם לקופות יש תמריצים להעביר רווחים משוק הביטוח המשלים לבסיסי: ראשית, העברות אלה מקטינות את הרווחים הרשומים בביטוח המשלים ובכך מסירות הקופות מעליהן לחצים אפשריים להקטנת הפרמיות בביטוח המשלים. שנית, העברות אלה מקטינות את הגירעונות של הקופות ובכך מאפשרות לקופות ליהנות ממענקי ההבראה, שהונהגו בשנת 1998, המותנים בצמצום גירעונות. יש הרואים בחיוב העברות אלה היות שהביטוח המשלים הוא נחלתם של העשירים יותר, וכך יש סבסוד של סל השירותים הבסיסי על ידי השכבות העשירות באוכלוסיה. ואולם, עירוב זה של משקי הביטוח המשלים והבסיסי מסתיר את מצבם

האמיתי של שני המשקים, ופותח פתח להעברות אפשריות הפוכות – מהסל הבסיסי לביטוח המשלים – עם השלכות חברתיות וכלכליות הרסניות בשעות משבר של הביטוח המשלים.

שלושת המנגנונים הללו הקטינו את הירידה החריפה ברמת השירותים הרפואיים שבמסגרת הסל שהייתה צפויה עם שחיקת תקציב הסל. ואמנם, אם מחשבים את שיעור השחיקה לא לגבי תקציב הסל אלא לגבי רמת ההוצאות של הקופות מתקבל שעור שחיקה נמוך יותר, כ 20% (ראה גם את תוואי הוצאות הקופות באיור 2). ואולם, כאמור, מנגנונים אלה כשלעצמם יוצרים חוליים נוספים במערכת הבריאות הישראלית שיידונו להלן. יתר על כן, לשחיקת תקציב הסל יתכנו השפעות ארוכות טווח על בריאות האוכלוסייה שיתגלו רק בעתיד.

6. השסע במערכת שירותי הרפואה בארץ – הסל המסופק על ידי קופות החולים, הסל המסופק על ידי משרד הבריאות וקנייה פרטית של טיפולי שיניים

כפי שהזכרנו בפרק 2 לעיל, חוק ביטוח בריאות ממלכתי משנת 1995 קבע את אחריות המדינה לשני סלי שירותים: האחד - הסל שבאחריות המעשית של קופות החולים והמפורט ב"תוספת השנייה", והשני - סל שירותי בריאות הנפש, אשפוז חולים סעודיים, ושירותי מניעה ראשוניים המפורטים ב"תוספת השלישית", באחריות משרד הבריאות ומסופק תחת תקציב נפרד. טיפול שיניים – להוציא טיפול מונע לתלמידי בתי הספר – לא הוכלל כלל בסל הציבורי, וממומן על ידי המטופל עצמו.

ההבדל בין סלי "התוספת השנייה" ו"התוספת השלישית" הוא מהותי. בעוד שהאזרח זכאי לקבל את שירותי קופות החולים בזמן ובמרחק סבירים, ותקציב הסל מתעדכן לפי עליית מדד יוקר מחירי הבריאות, שינויים דמוגרפיים ועדכון טכנולוגי כפי שתואר בפרק 5 לעיל, מחויבות המדינה בסל ה"תוספת השלישית" מותנית בקיום תקציב המיועד לכך שנקבע במסגרת תקציב המדינה (ומשרד הבריאות).

אין ספק שההפרדה בין שני הסלים – והאחריות לאספקתם – היא מלאכותית ופוגעת ברצף הטיפולי בבריאות האזרח. החוק משנת 1995 קבע כי האחריות לסל ה"תוספת השלישית" תועבר עד שנת 1998 לקופות, ואולם העברה זו לא בוצעה אף לא בשירות אחד.

שירותי מניעה ראשוניים מתייחסים בעיקר לנשים הרות ולתינוקות וניתנים בתחנות אם וילד הפרוסות ברחבי הארץ. שירותים אלה כוללים ייעוץ והדרכה לאם ההרה, מעקב במשך ההיריון, חיסונים לתינוקות, מעקב גדילה והתפתחות, והדרכה להתנהגות בריאותית נכונה. כמחצית מהנשים ההרות מבקרות בתחנות אלה (המחצית השנייה מקבלת שירותים אלה מרופאים במסגרת קופות החולים) ורובם המכריע של התינוקות מקבלים לפחות את החיסונים בתחנות אלה.

בצד אלה הדוחפים להעברת שירותי המניעה הראשוניים לאחריות הקופות כדי למנוע כפילויות בתשתיות וליצור רצף טיפולי, רבים המתנגדים לצעד כזה, בטענה כי זהו שירות מוצלח כפי שהוא ואין סיבה לשנותו, כי אין לערב שירותי בריאות לבריאים (מניעה) וטיפול רפואי לחולים, ולאור האופי החברתי של שירותי מניעה.

שירותי בריאות הנפש מהווים את התחום המוזנח ביותר במערכת הבריאות הישראלית. באופן מסורתי, כאשר אשפוז היה הטיפול המקובל, משרד הבריאות (ולא תכניות ביטוח בריאות דוגמת קופות החולים) סיפקו שירותים אלה הן לאור ההוצאות הגבוהות כתוצאה מאשפוז לטווח ארוך והן לאור האופי החברתי של אשפוז חולי נפש והקשר לפשיעה ונזקים לציבור. בשנות השבעים והשמונים של המאה העשרים השתנתה מדיניות הטיפול, והטיפול בחולי נפש התמקד בטיפול בקהילה. מגמה זו מצאה את ביטויה בישראל במחצית הראשונה של שנות האלפיים, עם הנהגת הרפורמה באשפוז הפסיכיאטרי שמטרתה צמצום האשפוזים והעברת מוקד הטיפול לקהילה. במקביל, נכנס לתוקף חוק שיקום חולי נפש בקהילה המציע מסגרת חברתית, תעסוקתית ושיקומית תומכת בחולים החיים בקהילה. במקביל, החלו דיונים בין משרד הבריאות וקופות החולים על העברת שירותי בריאות הנפש הקהילתיים לאחריות הקופות. המטרה היא, כאמור, ליצור רצף טיפולי בבעיות בריאות פיזית ונפשית, ולהגביר את הנגישות והזמינות לשירותי בריאות הנפש במסגרת הרפואה הראשונית. נקודה אחרונה זו חשובה במיוחד כי חולי נפש צורכים בממוצע פי שלושה שירותי בריאות פיסית מאשר אלה שאינם חולי נפש.

מעבר לרצון ליצור רצף טיפולי גוף-נפש במסגרת קופות החולים, קיימת הסכמה כי מצב מערך שירותי בריאות הנפש הוא בכי רע. דו"ח מבקר המדינה לשנת 2010 קובע כי קיימים זמני המתנה של שנה וחצי כדי לקבל תור במרפאה לבריאות הנפש, לצד תנאים קשים בבתי החולים הפסיכיאטריים ואשפוז של חולים במסגרות לא מתאימות. משרד הבריאות לא ערוך לתת שירות לכל הזקוקים לטיפול במצוקות נפשיות. בעשרות יישובים אין מרפאות לבריאות הנפש, כאשר היעדר השירות בולט במיוחד במגזר החרדי ובמגזר הערבי. בנוסף, קיים מחסור בכוח אדם המקשה על מתן השירות. קיים מחסור בפסיכיאטרים לטיפול בנוער ובילדים, בפסיכיאטרים של גיל הזקנה, בשירותים להפרעות כגון חרדה, דיכאון והפרעות אכילה.

העברת האחריות על שירותי בריאות הנפש לקופת החולים נתקל גם הוא בהתנגדויות רבות, והמעבר לא בוצע עד היום. החשש העיקרי מצד ארגוני העובדים המקצועיים הוא שסביב שינוי מבני כזה יצומצמו תקציבים - או שהתקציבים הנוכחיים לא יספיקו עם העלייה בפנייה ובשימוש בשירותים אלה – כך ששכרם של החולים יצא בהפסדם.

מערכת הטיפול בקשיש הזקוק לעזרה ולטיפול שסועה ומפוצלת בין מספר גורמים. פיצול זה גורם לחוסר ידיעה של הקשיש למי לפנות וכיצד לממש את זכויותיו, לביורוקרטיה מסובכת, להטלת אחריות על גורמים אחרים ולתמריצים המעוותים את כמות הטיפול ואיכותו. הטיפול הרפואי והשיקומי לקשיש בקהילה ובאשפוז הוא באחריות קופות החולים. הטיפול בקשישים תשושים המתקשים בביצוע פעולות במשק הבית ניתן על ידי משרד העבודה והרווחה והביטוח הלאומי. הטיפול בקשישים סיעודיים ותשושי נפש בקהילה ניתן באחריות המוסד לביטוח לאומי, ובאשפוז במוסדות סיעודיים – באחריות משרד הבריאות. ולבסוף, הטיפול בקשישים סיעודיים-מורכבים, כלומר סיעודיים הסובלים גם מבעיות רפואיות אקוטיות, הוא באחריות קופות החולים.

בעוד ששירותי הסיעוד הקהילתיים הניתנים באחריות המוסד לביטוח לאומי ממומנים במסגרת חוק ביטוח סיעוד הדומה באופיו לביטוח הבריאות הממלכתי, שירותי האשפוז הסיעודי ממומנים מהתקציב הכללי, עם השתתפות עצמית ניכרת של החולה ומשפחתו ותשלומי הביטוח הסיעודי הפרטי. מתוך כ 3 מיליארד ש"ח המהווים את ההוצאה השנתית על טיפול סיעודי, כ 1.5 מיליארד ₪ ממומנים על ידי ביטוחי סיעוד וולונטאריים והשתתפויות עצמיות של המטופלים ובני משפחותיהם, וכ – 1.5 מיליארד ₪ הינם במימון משרד הבריאות. עלות האשפוז הסיעודי היא גבוהה – 10-20 אלף שקלים בחודש. ההשתתפות העצמית על אשפוז במימון ציבורי מגיעה ללמעלה מ 2,000 ₪ בחודש. מגבלות התקציב וההשתתפות העצמית הגבוהה גורמות לזמני המתנה ארוכים, לירידה באיכות הטיפול הניתן במוסדות, ולמעמסה ניכרת על בני המשפחה של החולה הקשיש.

החשש כי הכללת האשפוז הסיעודי בסל שירותי הקופות תזניק את ההוצאה על סעיף זה הוא המחסום העיקרי להעברת האחריות על האשפוז הסיעודי לקופות, למרות שברור לכל כי העברה כזו תשפר ללא הכר את רציפות הטיפול ואת המערכת בכללותה.

השסע הקיים במערכת שירותי הבריאות הישראלית בין הסל שבאחריות קופות החולים לבין שירותי מניעה ראשוניים לאם ולילד, שירותי בריאות הנפש ושירותי אשפוז סיעודי, גורם לפגיעה ברצף הטיפולי, ליצירת תשתיות כפולות, וכן לבלבול וחוסר מיצוי זכויות בקרב המטופלים. יתר על כן, המצב הנוכחי מציב את משרד הבריאות כספק שירותי בריאות (נפש וסיעודיים) – כפי שמתרחש בתחום האשפוז הכללי – ומחליש אותו בתפקידו המיועד הראשי כרגולטור.

עם זאת, גם כעבור למעלה מ 15 שנים מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לא השכילו קברניטי המערכת לבצע את העברת האחריות לקופות.

מעבר לבעייתיות הכרוכה בשסע הקיים בין סל השירותים שבאחריות קופות החולים לבין זה שבאחריותו הישירה של משרד הבריאות, חולי נוסף בתחום סל שירותי הבריאות הוא היותו של טיפול השיניים מחוץ לסל הציבורי, כך שהוא נרכש בשוק פרטי למטרות רווח.

בהווה, רק טיפולים נבחרים *לבריאות השן* (כגון לחולים אונקולוגיים, לבעלי חיך שסוע ואחרים) כלולים בסל שירותי הבריאות של הקופות, וטיפולי מניעה לילדים הם באחריות המדינה. עיקר הטיפול הדנטאלי אינו נכלל בסל, ונרכש (או לא) בשוק פרטי. שוק רפואת השיניים בישראל הוא שוק שירותי בריאות תחרותי, פרטי, עם רובד ביטוחי מזערי וללא רגולציה המסדירה את תפקודו בהיבט הכלכלי. שוק כזה, לאור המידע הלא-סימטרי בין הרופא והמטופל, נתון לבעיה חמורה של "ביקוש הנגזר מההיצע" (Supplier Induced Demand, SID) - המתאר את המצב שבו הרופא מגדיל את היקף הטיפולים הניתנים למטופל כדי להגדיל את הכנסתו, המורכבת מרווח מסוים על כל שירות שניתן על ידו ("תשלום עבור שירות"). שוק רפואת השן הוא שוק קלאסי להיווצרות SID, כתוצאה ממגוון הטיפולים האפשריים במסגרתו ומחיריהם. מנקודת המבט של החברה בכללותה, כשל השוק הנובע מפערי המידע בין המטופל והמטפל כולל שני מרכיבים: ראשית, קיים אי-ניצול יעיל של המשאבים, היות שחלק מהטיפולים הנוספים במסגרת ה- SID אינם נושאים תועלת בריאותית רבה, והינם מיותרים למעשה (טיפולי יתר). שנית, ההוצאה הלאומית על בריאות עולה, ובמסגרת מגבלת המשאבים הקיימת, שימושים אחרים במקורות קטנים. בנוסף, בשוק רפואת השיניים קיימת הוצאה קבועה ניכרת בהקמת המרפאה וברכישת הציוד (לעומת שווקי הרפואה הראשונית האחרים). קיומה של הוצאה קבועה זו מגביר עוד יותר את התמריץ למתן טיפול עודף, ליצירה "מלאכותית" של הכנסות ולקביעת מחירי טיפולים גבוהים.

כתוצאה מגורמים אלה מחירי הטיפול גבוהים, יש טיפולים מיותרים במטופלים (וטיפול חסר באלה שלא פנו לרופאי השיניים), וכן הוצאה לאומית גבוהה על בריאות השן. בעיה זו חמורה במיוחד בישראל, לאור ההיצע הגבוה של רופאי השיניים לאוכלוסייה, המתחרים ביניהם בשוק זה. עפ"י נתוני משרד הבריאות, בתחילת שנת 2009 פעלו בארץ 9,653 רופאי שיניים. עיקרו של הטיפול הדנטאלי ניתן בכ- 4,000 מרפאות פרטיות; כ- 20% נוספים - במרפאה של אחת

מקופות החולים; וכ- 10% - במרפאות ציבוריות ואחרות. שיעור רופאי השיניים באוכלוסיה עומד על כ- 130 רופאים למאה אלף נפש (דו"ח מבקר המדינה, 2004) לעומת פחות מ- 90 למאה אלף נפש במדינות ה- OECD. ריבוי זה עוד מחמיר את בעיית ה SID, והתוצאה היא מחירי טיפול גבוהים וכמות טיפולים רבה למטופל, ועקב כך - הוצאה לאומית גבוהה על בריאות השן. בריאות השן מהווה בישראל 9% מההוצאה הלאומית על בריאות לעומת פחות מ 7% במדינות OECD.

שוק הביטוח בתחום רפואת השיניים בישראל הוא מנוון. רק כ- 8% מהאוכלוסייה מחזיקים בביטוח כזה. הסיבות לאי התפתחותו של שוק ביטוח דנטאלי בישראל הן רבות , החל מסיבות היסטוריות גלובליות (בעבר, ההוצאה על טיפולי שיניים הייתה נמוכה יחסית ואפשרויות הטיפול היו מעטות, וממילא ביטוח לא היה כדאי) וכלה בהסתייגות רופאי השיניים בישראל להיכלל בהסדרי ביטוח כאלה, מסיבות של חשש מאובדן שליטה על המתרחש בשוק בריאות השן.

השילוב של היעדר שוק ביטוח דנטאלי מפותח ומחירי טיפול גבוהים מביא לכך שידם של חלקים ניכרים מהאוכלוסייה אינה משגת טיפול שיניים כלל וכלל. סקרי אוכלוסייה מראים כי 60% מהמרואיינים בחמישון התחתון של הכנסות דיווחו שהמחיר הגבוה של טיפולי השיניים היה הסיבה העיקרית שבעטיה הם נמנעו מלפנות לרופא שיניים כשחשו צורך בכך. גם בקרב שאר האוכלוסייה, שעור זה אינו מבוטל, ומגיע לכ- 19%. ממצאים מסקר הוצאות המשפחה לשנת 2007 העלו כי ההוצאה הממוצעת על רפואת שיניים היוותה כ- 30% מסך הוצאות משקי הבית על בריאות, וכ- 2% מסך הוצאותיהם על תצרוכת. יתר על כן, בשנת 2007 ההוצאה על טיפולי שיניים הייתה רגרסיבית במידה ניכרת (כלומר, אחוז ההוצאה על טיפול שיניים מכלל ההכנסה הלך ועלה עם עליית ההכנסה). אי שוויון ורגרסיביות אלה עומדים בסתירה מוחלטת לעקרונות חוק ביטוח בריאות, אשר הונהג בשנת 1995, ועיצב את מערכת הבריאות הישראלית בשנים האחרונות.

למרות השיעור הגבוה יחסית של רופאי שיניים לנפש, וההוצאה הלאומית הגבוהה יחסית על בריאות השן, ההימנעות מטיפול סדיר בשיניים בגלל מחירו גורמת למצב בריאות דנטאלית ממוצע ירוד בקרב האוכלוסייה הישראלית בהשוואה למדינות מפותחות אחרות. בסקר שכלל ילדים בגיל 12 שבוצע ב 2002, נמצאו 1.66 שיניים (קבועות) פגומות

בממוצע לילד. בבריטניה, הממוצע המקביל הוא 1.1, בדנמרק – 0.8, בהולנד – 0.8, ובגרמניה – 0.98 שיניים עם עששת לילד.

בריאות השן לא זכתה בעבר לתשומת לב ציבורית נרחבת. עם זאת, החוליים הטבועים במערכת השירותים לבריאות השן הם בולטים וזועקים לטיפול מיידי בדמות הרחבת הסל הבסיסי שבאחריות קופות החולים לכלול שירותים אלה.

7. הביטוח המשלים המוצע על ידי הקופות (שירותי בריאות נוספים, שב"ן) – צורך או מותרות?

קיומו של שוק המציע ביטוח בריאות נוסף לפי רצון המבוטחים מעבר לזה המוצע על ידי המערכת הציבורית צפוי בדרך כלל, כי תמיד ימצאו אנשים שהינם שונאי סיכון במידה רבה ובעלי אמצעים להקטין סיכון זה על ידי רכישת ביטוח בריאות נוסף. לפני 1995, כ 15% מהאוכלוסייה היו בעלי ביטוח בריאות פרטי שהוצע על ידי חברות הביטוח המסחריות (דוגמת שילוח, הפניקס וכו') ועוד כ 30% היו בעלי ביטוח נוסף מהקופה בה היו חברים (דוגמת "מכבי מגן" וכו'). עם הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995 הפורש את אחריות המדינה על בריאות תושביה ומתווה מערכת משולבת של אספקת שירותים רפואיים על ידי הקופות ומימונה, התעורר ויכוח ציבורי-מקצועי על דמותו של שוק הביטוח הנוסף מרצון האמור להתקיים בצידה של המערכת האוניברסאלית.

היו שטענו כי בהינתן מחויבות המדינה לבריאות התושבים במונחים של סל שירותים אחיד המוגדר בחוק והמסופק על ידי הקופות, הביטוח הוולונטרי אינו בעל עניין ציבורי ושוק ביטוח זה צריך להיות פרטי ומסחרי בדומה לשוקי ביטוח הרכב, דירות וכו'. מצד שני היו שטענו כי קיים קשר חזק בין השימוש בשירותים במסגרת הסל לבין השימוש בשירותים המסופקים על ידי הביטוח הוולונטרי ורבה הסכנה לכשל שוק בשוק זה, ולכן יש לפקח עליו ולהסדיר את פעילותו. חוק ההסדרים 1998 מורה כי הביטוח הוולונטרי המשלים יישא אופי חברתי, יופעל על ידי קופות החולים תחת הכותרת של שירותי בריאות נוספים (שב"ן), ויוסדר על ידי משרד הבריאות (ולא על ידי המפקח על הביטוח במשרד האוצר).

התכנית פועלת לפי העקרונות הבאים: השירותים המכוסים אינם כלולים בסל שירותי הבריאות, הקופות חייבות לקבל כל פונה (יתכן עם תקופת אכשרה סבירה), פרמיות הביטוח יהיו אחידות לכל קבוצת גיל, הביטוח אינו כולל ביטוח סיעודי. איסור ההחרגה וקביעת פרמיה אחידה (community rating) לפי גיל בלבד ולא לפי מצב בריאות הם המבדילים את ביטוח השב"ן מביטוח מסחרי פרטי. הפרמיה האחידה מאפשרת לחולים – שהיו צריכים לשלם פרמיה גבוהה אם הפרמיות היו נקבעות לפי מצב הבריאות, כמקובל בשוק ביטוח בריאות פרטי – לרכוש ביטוח בפרמיה "ממוצעת". איסור ההחרגה והמחויבות לקבל כל פונה מבטלים את איום ברירת הסיכונים המקובלת גם היא בשוק ביטוח

בריאות פרטי, כפי שתואר בפרק 2 לעיל. השירותים העיקריים הנכללים בביטוח המשלים הם: בחירת רופא מנתח (במסגרת שר"פ, ראה פרק 8 להלן), חוות דעת שנייה, רפואה אלטרנטיבית ומשלימה, אביזרים רפואיים ושיפוי ניתוחים והשתלות בחו"ל.

למרות שקיומו הרצוי של שוק ביטוח נוסף וולונטארי בצד מערכת ציבורית מקובל על הכול, הצורה שבה התפתח שוק ביטוח השב"ן מאז 1995 מעלה מספר בעיות ועיוותים.

ראשית, שעור הבעלות של ביטוח משלים עלה לכ 80% מכלל המבוטחים. זהו שיעור גבוה מאד בהשוואה למדינות עם מערכות דומות, כלומר עם סל ציבורי בסיסי רחב ונדיב למדי של שירותי בריאות. למה הדבר דומה? למצב שבו מרבית הנוסעים ברכבת ישראל יעשו זאת במחלקה ראשונה. כלומר, 4 מתוך 5 קרונות של הרכבת צריכים להיות קרונות מחלקה ראשונה! יש בשיעור בעלות גבוה זה כדי להצביע על מידת אמון קטנה בשירותי הסל הבסיסי ועל נכונות של הרוב המכריע של האוכלוסייה לשלם עבור התוספות הללו לסל הבסיסי. יתר על כן, אם למרבית האוכלוסייה יהיה ביטוח שב"ן, הוא מאבד את ייחודיותו במובן שרוב האוכלוסייה יהיו זכאים לחוות דעת שנייה מרופאים בכירים ולבחירת המנתח בעל המוניטין, וכך יגבר העומס על רופאים מבוקשים אלה, התורים יתארכו והבעלות על ביטוח זה תאבד מערכה.

שנית, לאור רמת ההוצאה הפרטית הגבוהה על הביטוח, עולה סוגיה של אי-שוויון וחוסר הוגנות בתפקודו של שוק השב"ן. האם למשל תרופות מצילות חיים שאינן נכללות בסל הבסיסי תהיינה מכוסות בביטוח השב"ן? אם כן, נוצר אי-שוויון מדאיג ביחס לנגישות לתרופות מצילות חיים. אם לא, כפי שהוחלט על ידי משרד הבריאות בשנת 2008, יש בכך הגבלה חמורה על כדאיותו של הביטוח לחלקים גדולים באוכלוסייה.

שלישית, מסתבר כי התחרות בין הקופות מתנקזת לשוק השב"ן במקום לשפר את רווחת האוכלוסייה באמצעות תחרות על איכות הטיפול הרפואי וחווית השירות בסל הבסיסי. כפי שנטען בפרק 11 בפירוט להלן, אחד העקרונות של המערכת שהונהגה בשנת 1995 היא עידוד תחרות בין הקופות על איכות הטיפול של השירותים שבסל הבסיסי, ויתכן

גם על הוספת שירותים עצמאית לסל *הבסיסי*. ואולם כפי שנטען, אין תמריץ לקופה להשתפר ולהתחרות בקופות האחרות על השירותים המסופקים בסל הבסיסי. קל ורווחי יותר למשוך מבוטחים (רצויים!) דרך ביטוח השב"ן.

ניקח לדוגמה את הוספת שירותי רפואת שיניים לילדים לשב"ן שאושרה בשנת 2008. כתוצאה מכך, גבר קצב הצטרפותם של ילדים (והוריהם הצעירים) לשב"ן. חלקם של מצטרפים אלה היו מצטרפים חדשים לקופה. בצורה זו מרוויחה הקופה פעמיים – גם את המצטרפים החדשים לשב"ן, וגם ילדים חדשים והוריהם הצעירים שהצטרפו לקופה בגלל משיכתו של ביטוח השיניים לילדים בשב"ן. כפי שיתואר בפרק 10 להלן, ילדים מהווים מקור לרווח לקופה, ולכן לא מן הנמנע כי הקופות מביאות זאת בחשבון כאשר הן מפנות מאמצים שיווקיים נרחבים לילדים הן במסגרת השב"ן והן במסגרת הסל הבסיסי.

מתן האפשרות לקופות להציע ביטוח שב"ן מקנה להן, אם כך, אמצעים לברירת מבוטחים עקיפה, ומנתב את התחרות ביניהן הרחק מהסל הבסיסי. בהיעדר תחרות על איכות הטיפול הרפואי ובהפיכתה לתחרות על מבוטחים רווחיים, הקופות משתמשות בביטוח המשלים שהן רשאיות להציע. היות שהביטוח המשלים קורץ יותר לאנשים משכילים ועשירים – שהם גם בריאים יותר ורווחיים יותר לקופות בכל קבוצות הגיל – הצליחו הקופות – כפי שקורה עם שירותי רפואת שיניים לילדים - פעמיים: גם לגייס מנויים נוספים לביטוח המשלים הרווחי לקופה, וגם למשוך מבוטחים רווחיים לביטוח הבסיסי הציבורי.

8. סוגיית השירות הרפואי הפרטי (שר"פ) ומערכת האשפוז הכללי הממשלתית

סוגיית התמהיל הרצוי באספקת שירותי הבריאות ובמימונם בין המגזר הפרטי והציבורי-ממשלתי היא סוגיה עתיקת יומין בארץ ובעולם. בארץ, סוגיה זו התחדדה עוד יותר לאחר הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995. החוק העמיד את הממשלה כאחראית לבריאות התושבים באמצעות מימון ריכוזי מכספי מסים של סל שירותים אחיד וקבוע בחוק המסופק על ידי ארבע הקופות שאינן פועלות למטרות רווח. במקביל, חל גידול דרמטי בהוצאה הפרטית למימון מערכת הבריאות ובבעלות על שב"ן כפי שנדון בפרק 7 לעיל, ועלתה במלוא עוזה שאלת קיומו של שירות רפואי פרטי (שר"פ) בבתי החולים הממשלתיים.

בפרק 12 להלן נתמקד בחולייה החמורים של מערכת האשפוז הכללי. החולי שנתרכז בו בפרק זה קשור לתפקודו של השוק לרפואה פרטית וקשרי הגומלין שלו עם מערכת הבריאות הציבורית. שוק זה כולל בעיקר שני שירותים – חוות דעת שנייה (ולעיתים גם ראשונה) מרופא מומחה ידוע ובכיר, במשרדו או במרפאת חוץ של בית חולים ממשלתי בו הוא מועסק, ובחירת מנתח בעל מוניטין ובכיר (כולל ייעוץ מקדים) בניתוחים. שני השירותים מכוסים על ידי ביטוח השב"ן ומהווים את עיקר הפעילות בו.

כפי שנאמר לגבי הביקוש לביטוח השב"ן, תמיד יהיה ביקוש לרופא בכיר ("פרופסור"), מנהל מחלקה או רופא ידוע בעת צרה. הסיבה לכך היא שברפואה המודרנית קיימת אי ודאות רבה לגבי מהו הטיפול המתאים ומה יהיו תוצאות הטיפול שנבחר. החולים – בעיקר בעת מחלה קשה או צורך בניתוח או אשפוז – שואפים להקטין אי-ודאות זו ולהבטיח תוצאות טובות על ידי פנייה לרופא בכיר ו/או ידוע. ביקוש זה הוא שמביא להכללתו של שירות זה במסגרת השב"ן ולכן גם לביקוש לביטוח השב"ן.

כשם שהחולי המרכזי של שוק ביטוח השב"ן שמוצע על ידי הקופות מתבטא בהשפעתו על סל שירותי הבריאות הבסיסי המוצע על ידי הקופות (פרק 7 לעיל), כך גם החולי המרכזי של שוק הרפואה הפרטית טמון בקשר שלו למערכת שירותי הרפואה (ובעיקר – האשפוז) הציבוריים, כלומר שבמסגרת הסל הבסיסי. עיקר ביטויו של חולי זה מתבטא בסוגיית השרות הרפואי הפרטי (שר"פ) בבתי החולים הממשלתיים ושל שירותי בריאות כללית.

שר"פ בבתי החולים כולל בחירת רופא בתשלום נוסף. הסל הבסיסי כולל שירותי מרפאות חוץ וביצוע ניתוחים ואשפוזים, אך החולה מטופל על ידי הצוות הרפואי הנמצא בזמן הביקור במרפאה, בזמן האשפוז או במועד הניתוח. צוות זה כולל רופאים מתמחים ומומחים צעירים המטפלים בחולים תחת פיקוחם של הרופאים הבכירים והנהלות המרפאות והמחלקות. בחירת רופא בתשלום מבטיחה את טיפולו הישיר של רופא בכיר או מנהל המחלקה. בבתי החולים הדסה ושערי צדק בירושלים – בתי חולים המכונים "ציבוריים" אך לאמיתו של דבר הינם מוסדות פרטיים בבעלות עמותות ושאינם למטרות רווח והכוללים כ 10% מכלל מיטות האשפוז הכללי בארץ – הוסדר נושא השר"פ בשנים 1954 ו 1976 בהתאמה כתוצאה מלחץ הרופאים הבכירים להכנסה נוספת ומביקוש הציבור לשירות כזה, מטעמים שהוסברו לעיל. שעור המשתמשים בשר"פ משתנה באופן ניכר לפי מחלקת האשפוז, ונאמד בכ 20% מסך הפעילות הניתוחית. בהיעדר החלטה רשמית בנושא לגבי בתי החולים הממשלתיים (קופת חולים כללית התנגדה מאז ומתמיד לאפשרות של שר"פ בבתי החולים שלה), המרכזים הרפואיים הגדולים – שיבא, איכילוב רמב"ם ואסף הרופא – החלו באמצע שנות התשעים להפעיל שר"פ באמצעות "תאגידי בריאות" שהינם גופים חוץ-תקציביים הקשורים להנהלת בתי החולים. התשלום לתאגידי הבריאות בוצע מכיס החולה ומשפחתו או מהביטוח הפרטי המסחרי, כי ביטוח השב"ן של הקופות הגביל את אפשרות בחירת הרופא להדסה ושערי צדק בירושלים ולבתי החולים הפרטיים למטרות רווח באזור המרכז דוגמת אסותא או הרצליה מדיקל סנטר (הכוללים כ 5% ממיטות האשפוז הכללי אך כ 20% ממיטות האשפוז הכירורגי).

לאחר שרשרת של דיונים משפטיים בשנים 2000-2002, ההחלטה על המשך פעילות השר"פ בבתי החולים הממשלתיים הושארה לממשלה – לשרי הבריאות והאוצר. ואולם בעוד ששר הבריאות תמך בהפעלת שר"פ בבתי החולים הממשלתיים, משרד האוצר התנגד לכך, וכתוצאה מכך, בהיעדר החלטת ממשלה, השר"פ אסור בבתי החולים הממשלתיים. נציין כי האיסור חל על אספקת שר"פ בין כתלי בית החולים הממשלתי. הבחירה ברופא בכיר – גם אם מועסק על ידי בית חולים ממשלתי – אפשרית, רק שהרופא הבכיר הזה יספק את שירותיו במסגרת בית חולים פרטי.

הויכוח בין מצדדי קיום השר"פ בבתי חולים ממשלתיים לבין מתנגדיו נמשך כבר כ 15 שנה. הטיעונים המרכזיים *נגד* הם:

- אם אמנם שר"פ מביא לתוצאות בריאותיות משופרות, אפשרות רכישתו תמורת תשלום פוגעת בעניים ובצדק החברתי עליו מושתת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

- הפעלת שר"פ בבתי החולים הממשלתיים תביא ליצירת שתי רמות רפואה זו לצד זו – אחת במסגרת הציבורית והשנייה - בפרטית.

- קיימת סכנה של הסטת משאבים ציבוריים לטובת החולים ה"פרטיים", כולל הקדמת תורים לניתוח לחולים ה"פרטיים" והארכת התור לחולים הציבוריים. נקודה זו הודגשה בדיון הציבורי שהתפתח לאחרונה ב"תיירות מרפא" – המהווה סוג רווחי מאד של שר"פ – הגדלה באופן דרמטי במערכת האשפוז הישראלית.

- יתפתח אי-שוויון ומתח בין הרופאים הבכירים (ובעיקר המנתחים) לבין רופאים מתמחים, רופאים ממקצועות אחרים (כגון רופאים פנימיים) ואחיות, ותיווצר דרישה לעליית שכר במערכת הציבורית.

הטיעונים העיקריים *כעד* הפעלת שר"פ בבתי החולים הממשלתיים:

- בתי החולים עובדים כיום תוך תת-ניצול של התשתיות. הפעלת השר"פ בשעות אחה"צ והערב בבתי החולים יעלו את מידת ניצול התשתיות ואת נוכחות הרופאים הבכירים בבית החולים

- הפעלת השר"פ תשמור את הרופאים הבכירים במערכת הציבורית על ידי העלאת שכר ותפתור את הבעיה שרופאים בכירים עובדי מדינה עובדים בשעות אחה"צ והערב במקומות פרטיים וכפופים לניגוד עניינים. דו"ח מבקר המדינה משנת 2009 העלה כי רק 10% מהרופאים בבתי החולים הממשלתיים נמצאים בבתי החולים בשעה 14:00 כאשר הם אמורים להימצא שם עד שעה 16:00 (נקודה זו תידון להלן ביתר פירוט).

גם התומכים בשר"פ מחייבים הקמת מערך פיקוח ובקרה שיקבעו את הגבול בין השימוש הציבורי לבין זה הפרטי במשאבי בתי החולים, ומביאים כדוגמה את הניסיון הרב של הדסה ושערי צדק. מצד שני, המתנגדים לשר"פ טוענים כי אם הזכות לבחירת רופא הינה כה חשובה, יש לאפשר בחירת רופא במסגרת הסל הבסיסי והמערכת הציבורית ללא תשלום נוסף.

כאמור, בהיעדר החלטת ממשלה, השר"פ אסור בבתי החולים הממשלתיים. התשלומים לרופאים על ידי החולים ומשפחותיהם – אם מתקיימים – מהווים "רפואה שחורה" האסורה כמובן. הדרך לממש בחירת רופא במסגרת הביטוח הפרטי המסחרי או של השב"ן מחוץ לירושלים היא שהרופא הנבחר יספק את השירות בבית חולים פרטי למטרות רווח.

ביצוע ניתוחים במערך האשפוז הפרטי באזור המרכז במימון השב"ן אינו נקי מבעיות. הזכרנו כי כאשר הרופא הנבחר מספק את שירותיו בבית חולים פרטי, הוא עוזב את בית החולים הממשלתי, מעסיקו העיקרי, בשעה מוקדמת, והחולים שם אינם נהנים ממומחיותו ביתר חלקי היממה. כמו כן, בבתי החולים הפרטיים אין יחידות לטיפול נמרץ, וחולים שניתוחם מסתבך מועברים לבית חולים גדול, בדרך כלל ממשלתי, ולוקחים עליהם בכך סיכון נוסף.

בפרק 20 הלן, נציע כי הפתרון לסוגיית השר"פ בבתי החולים הממשלתיים אינו להנהיג שר"פ כדוגמת זה הנהוג בהדסה ובשערי צדק, אלא להיפך – להפוך את בתי החולים הממשלתיים לתאגידים עצמאיים שלא למטרות רווח כדוגמת הדסה ושערי צדק. סוגיית השר"פ תבוא על פתרונה ממילא, וכן גם מספר חוליים נוספים של מערכת האשפוז הכללי הממשלתית שידונו בפירוט בפרק 12 להלן.

9. נסיקת ההוצאה הפרטית במערכת בריאות ציבורית

בפרקים 7 ו 8 לעיל עמדנו על שני מוקדי חולי במסגרת סוגיית התמהיל הפרטי-ציבורי במערכת הבריאות הישראלית – שוק הביטוח המשלים הוולונטארי (שב"ן) של הקופות והשירות הרפואי הפרטי (שר"פ) במוסדות האשפוז הממשלתיים. שני מוקדים אלה הם חלק מחולי ממאיר רחב הרבה יותר הפושה במערכת הישראלית, שהיא ביסודה מערכת ציבורית, והוא נסיקת רמת ההוצאה הפרטית ("מהכיס") על שירותי רפואה.

ההוצאה הפרטית על בריאות כוללת, מצד אחד, את תשלומי ההשתתפויות העצמיות לקופות בגין ביקורים אצל רופא מומחה, צילומי רנטגן, הנפקת מרשמי תרופות וכו', ומצד שני, את ההוצאות שאינן קשורות לסל קופות החולים, שהעיקריות בהן הן ההוצאה על טיפול שיניים (שנדונה בפרק 6 לעיל), ההוצאה על ביטוחי בריאות, ההוצאה על שירותי בריאות פרטיים (כולל פסיכותרפיה, טיפול סיעודי וטיפולים אלטרנטיביים) וההוצאה בבתי המרקחת הפרטיים (תרופות וחומרי רפואה אחרים).

הלוח הבא מפרט את הסעיפים העיקריים של ההוצאה הפרטית על בריאות, ההוצאה הממוצעת למשק בית בכל סעיף, ואת הרכב ההוצאה על בריאות.

	סה"כ בריאות	ביטוח בריאות	ריפוי שיניים	רפואה פרטית	תרופות	שירותי בריאות
ממוצע (₪)	616	156	174	62	126	98
% מהסה"כ	100	25	28	10	20	16

מקור: למ"ס, סקר הוצאות המשפחה 2007

ההוצאה הפרטית על בריאות צמחה בעשור האחרון לפי כל מדד. כאחוז מסך ההוצאה לתצרוכת במשקי הבית, ההוצאה המשפחתית על בריאות עלתה מ 3.8% בשנת 1997 ל – 5.3% בשנת 2007. במלים אחרות, ההוצאה המשפחתית על בריאות עולה בקצב מואץ יותר מאשר סך ההוצאה על תצרוכת. עיקר העלייה טמון בזינוק החד בהוצאה על ביטוחים משלימים. משקל ההוצאה על ביטוחים בסך הוצאת משקי הבית על בריאות עלה מ 11% בשנת 1997 ל 25% בשנת 2007. במקביל, ירד חלקה של ההוצאה על רפואת שיניים מ 38% בשנת 1997 ל 28% בשנת 2007. סך ההוצאה על

תרופות (אין אפשרות להפריד בין השתתפות עצמית על תרופות שבסל לבין ההוצאה על תרופות ואביזרים שנקנו באופן פרטי) נשאר קבוע כ 20% מסך ההוצאה המשפחתית על בריאות.

כאחוז מסך ההוצאה הלאומית על בריאות, השיעור עלה מכ 30% באמצע שנות התשעים, מועד הנהגתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי המושתת על מימון ציבורי בעיקרו, ל- 39% בשנת 2000 ולמעלה מ 42% בשנת 2008 (נתוני הלמ"ס). זאת כאשר במדינות OECD, ארגון אליו הצטרפה ישראל באחרונה, שעור זה ירד מתונות מכ 25% באמצע שנות התשעים ל 23% בשנת 2007. ישראל ניצבת במקום הרביעי בקרב המדינות המפותחות בשיעור ההוצאה הפרטית מסך ההוצאה הלאומית על בריאות, אחרי ארה"ב, מקסיקו ושוויץ.

אין ספק שחלק מהגידול בהוצאה על בריאות נובע מעליית רמת החיים. כשם שהעלייה ברמת החיים מביאה לעליה בצריכה של מחשבים, טלפונים סלולאריים, מופעי תרבות ושירותי תיירות, כך היא גורמת לעליה בביקושים לשירותי בריאות. הבעיה היא שלפחות חלק מהגידול בהוצאה הפרטית (על ביטוחים משלימים והשתתפויות עצמיות) נגרם ככל הנראה בתגובה להקטנה (מכוונת?) במימון הציבורי של הסל. יתר על כן, הרכישה המסיבית של ביטוחי בריאות פרטיים באופן וולונטארי במערכת העובדת עם חוק ביטוח בריאות ממלכתי מלמדת כי הציבור אינו סומך על המערכת הציבורית ואינו מסתפק בשירותיה אם יזדקק לטיפול יוצא דופן כגון מחלה קשה או ניתוח.

החולי הטמון בכך מתבטא בתחום ההוגנות של מימון המערכת. בעוד שהמימון הציבורי של ההוצאות על בריאות מתקבל מתקבולי מערכת המיסוי (ביטוח לאומי והתקציב הכללי) המאופיינת במידה גבוהה יחסית של פרוגרסיביות (כלומר, שיעור המס עולה עם גידול ההכנסה), ההוצאה הפרטית על בריאות מאופיינת ביחסיות (כלומר, שיעור התשלום דומה בקבוצות ההכנסה השונות): שעור ההוצאה על בריאות בסך ההוצאה לתצרוכת בחמישון העליון (כלומר, 20% משקי הבית העשירים ביותר באוכלוסייה) עמד בשנת 2009 על 5.3% ושעור זה בקרב החמישון התחתון (20% משקי הבית העניים ביותר) הגיע ל 4.7%.

חולי בולט בתחום ההוצאה הפרטית על בריאות קשור בתשלומי ההשתתפות העצמית של המבוטחים על שירותים במסגרת סל קופות החולים. תשלומי ההשתתפות העצמית כאחוז מסך הוצאות הקופות הוכפלו מכ 5% בשנת 1995 לכ

10% ויותר בשנים האחרונות. היות שבמסגרת ביטוח בריאות (מלא) הטיפול הרפואי ניתן בחינם, יש לצרכנים (החולים) תמריץ להגדיל את השימוש בטיפול זה (בעיה הידועה בשם "סיכון מוסרי" בספרות הביטוחית). כדי לרסן ביקושים ולהקטין את בעיית הסיכון המוסרי, המבטחים מטילים השתתפויות עצמיות. השתתפויות אלה מוטלות בעידוד הממשלה, כי במקרים רבים ערך התועלת הבריאותית מהטיפול הרפואי הנוסף קטן מעלותו, והמשק יוצא מפסיד (למשל אגירת תרופות המושלכות, בסופו של דבר, לפח).

הסכנה הטמונה בהטלת השתתפויות עצמיות היא כי הנזקקים לטיפול יוותרו עליו בגלל ההוצאה הנדרשת במסגרת ההשתתפויות העצמיות, בכך יורע מצב בריאותם, הם יזדקקו לטיפול רפואי רב ומורכב יותר (שהינו, בדרך כלל, יקר יותר) וכך שוב יוצא המשק מפסיד. לכן יש להיזהר מאד בהטלת השתתפויות עצמיות על טיפול רפואי, כך שמצד אחד, ההשתתפות תהיה מספיק גבוהה כדי להרתיע שימוש עודף ומיותר, ומצד שני לא תרתיע חולים (עניים) מלצרוך את הטיפול הרפואי. לאור זאת, המנגנון המקובל כולל מדרג של השתתפויות עצמיות שגובהן משתנה לפי סך ההוצאה ומצב הבריאות מחד גיסא, ולפי רמת הכנסה מאידך גיסא.

עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995, הוטלו השתתפויות עצמיות בגין צריכת תרופות, בצד הנחה בשיעור 50% לאזרחים ותיקים המקבלים הבטחת הכנסה. בשנת 1998 הועלו שיעורי ההשתתפויות העצמיות בגין צריכת תרופות, ונוספו השתתפויות עצמיות בגין ביקורים אצל רופאים מומחים, מכוני הדמיה ושירותים מיוחדים אחרים. במקביל, התרחב מעגל מקבלי ההנחות והפטורים ונקבעה תקרה משפחתית לתשלומי השתתפויות עצמיות. בשנת 2003, במסגרת התכנית להבראת כלכלת ישראל, השתנתה המדיניות, והנחות ופטורים לאוכלוסיות מסוימות (מקבלי דמי מזונות, אזרחים ותיקים עם הבטחת הכנסה, עולים חדשים, משפחות אברכים) הוקטנו או בוטלו כליל. נציין כי למרות שגובה ההשתתפויות העצמיות ניתן לקביעה על ידי כל קופה וקופה בצורה תחרותית, הקופות אינן מנצלות כלי זה, וגובה ההשתתפויות העצמיות שווה בקירוב בכל הקופות. בשנת 2010, ההשתתפות העצמית בביקור אצל רופא מומחה הסתכמה ב 19-20 ₪, בביקור במרפאות חוץ ומכונים – ב 25-26 ₪, ובטיפול במכון להתפתחות הילד – 22-24 ₪. חישוב ההשתתפות העצמית בצריכת תרופות מסובך יותר, ומהווה כ 10% ממחיר התרופות, עם מינימום השתתפות של 12-15 ₪. סך התשלומים עבור השתתפויות עצמיות מוגבל – תקרת ההשתתפות ברבעון

למשפחה על ביקורי רופא ומכונים היא 106-184 ₪, ותקרת השתתפות על תרופות ברבעון לחולה כרוני – 753-864 ₪.

ממצאים מסקרים שנערכו בארץ בשנים האחרונות מלמדים כי יש פלחי אוכלוסייה – החולים הכרוניים שרמת ההשתתפויות העצמיות שלהם גבוהה (גם בהתחשב בתקרה הנ"ל) לאור ריבוי הטיפול הרפואי הנצרך על ידם, והעניים המוגבלים בהוצאותיהם על ידי רמות הכנסה נמוכות – המדווחים על ויתור של טיפול רפואי מסיבות כספיות. סקר שנערך ביוזמת ההסתדרות הרפואית הישראלית (הר"י) בשנת 2007 מצא כי 23% מהאוכלוסייה הבוגרת דווחו כי ויתרו על טיפול רפואי בגלל מחירו. סקר של מכון ברוקדייל מצא בשנת 2005 כי 17% מהאוכלוסייה דווחו כי ויתרו על טיפול רפואי בגלל מחירו, כאשר שיעור זה גדל ל 21% בקרב החולים הכרוניים ול 29% בקרב חברי החמישון התחתון של התפלגות ההכנסות. הממצאים אינם זהים, ואולם הם מלמדים כי בקירוב, כל אדם חמישי באוכלוסיה הבוגרת מדווח על ויתור של טיפול רפואי משום שההשתתפות העצמית שנדרשה עבורו הייתה גבוהה מדי. יש לציין כי ממצאים מהעולם מראים כי 20-60% מהחולים המקבלים מרשם לתרופות אינם ממשים אותו ואינם נצמדים להנחיות הטיפול התרופתי כלשונן, ולאו דווקא מסיבות כלכליות. היעדר סימני מחלה ממשיים (כגון במצב של כולסטרול או לחץ דם גבוה), הצורך לקחת את התרופה מספר פעמים ביום, ובעיקר תופעות לוואי של התרופות (סחרחורות, כאבי ראש או בטן וכו') מקטינים בצורה חדה את הציות למרשם התרופתי.

כאמור, שיעור כזה של מוותרים על טיפול רפואי – גם אם חלקם נובע מסיבות אחרות - מהווה חולי חמור של המערכת, הן מבחינת יעילות והן מבחינת הוגנות. מבחינת יעילות, הויתור על טיפול זול יחסית (ביקור אצל מומחה או תרופות) עלול להביא להחמרת מצב הבריאות ולהוצאות גבוהות יותר. מבחינת הוגנות, תשלומי ההשתתפות העצמית הקבועים לכלל האוכלוסייה מהווים נטל כבד יותר על העניים והחולים הכרוניים מאשר על העשירים, ופוגעים בכך בעקרון השוויון והצדק עליו מושתת חוק ביטוח הבריאות הממלכתי.

10. עקב אכילס של חוק ביטוח הבריאות הממלכתי: מנגנון ההקצאה לקופות החולים ("נוסחת הקפיטציה")

באיור 1 לעיל ראינו את המבנה הבסיסי של מערכת הבריאות תחת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. השאיפה להפריד בין גביה (לפי הכנסה) על ידי מערכת המיסוי והמוסד לביטוח לאומי לבין אספקת שירותי רפואה (לפי צרכים בריאותיים) על ידי קופות החולים כדי למנוע ברירת סיכונים, ולאפשר לתושבים תשלום שאינו קשור למצב הבריאות עבור הביטוח, מעלה את הצורך במנגנון שיקשור את שני הקצוות – מנגנון שיחלק את סך תקציב הסל, שנבנה ממס הבריאות והשלמות מהתקציב הכללי, לקופות עצמן.

רבים נוטים להקל ראש בחשיבותו של מנגנון זה ורואים בו בעיה טכנית בלבד. ואולם, מנגנון זה מחליף את מערך הפרמיות (דמי חבר) של חברות הביטוח בשוק החופשי (קופות החולים לפני 1994) ומהווה את מקור הכנסתן העיקרי ולכן הקופות צפויות להיות רגישות מאד לתמריצים הנובעים ממנגנון הקצאה זה או אחר. מסיבה זו תולים רבים את הצלחתה של המערכת כולה (כפי שמתבטאת על ידי אופן אספקת השירותים הרפואיים לאוכלוסייה) במרכיב זה ורואים בו את עקב אכילס של כל המערכת.

כדי להמחיש את חשיבותו של מנגנון ההקצאה, נתחיל מכלל הקצאה פשוט ואינטואיטיבי האומר כי תקציב הסל יוקצה לקופות לפי נתחי השוק שלהן – אם שירותי בריאות כללית מבטחת 55% מהאוכלוסיה, נאמר, חלקה בתקציב יהיה 55% גם כן[10]. ואולם האם גם הוצאות הקופות מתפלגות כך גם כן, כלומר, האם בשירותי בריאות כללית מתרחשות 55% מסך הוצאות הקופות ? התשובה היא שלילית. תשובה חיובית תתקבל כאשר ההוצאה הממוצעת על שירותי בריאות למבוטח תהיה שווה בכל הקופות, ובפועל קשה לצפות שכך יהיה. הסיבה המרכזית לכך (מעבר להבדלים במידת היעילות של ניהול הקופה) היא שהמבוטחים שונים בין הקופות במאפיינים הקובעים את ההוצאה על שירותי בריאות. ראינו למשל, בפרק 2 לעיל, שבשנת 1994 היה ריכוז גבוה של קשישים וחולים כרוניים בכללית ובלאומית, ולכן ההוצאה הממוצעת למבוטח בקופות אלה צפויה הייתה להיות גבוהה יותר. מכאן שהקצאת תקציב הסל לפי נתח

[10] הקצאה כזו מניחה כי התשלום הממוצע בגין מבוטח הוא קבוע (ושווה לסך התקציב מחולק בגודל האוכלוסייה הכוללת) וסך תקבולי הקופה מתקבל מהכפלת גודל קבוע זה במספר המבוטחים שלה.

שוק תגרום הפסדים לקופות עם מבוטחים "יקרים" יותר (קשישים, חולים כרוניים, חסרי השכלה, עניים וכו') ורווחים לקופות עם הרכב מבוטחים בעלי הוצאות רפואיות נמוכות.

יתר על כן, אם נבדוק את המשמעות המעשית של הטיעון לעיל, לא יקשה להסיק כי כל הקופות יראו במבוטחים "יקרים" הפסדים צפויים ובמבוטחים "זולים" – רווחים צפויים, ולכן ינסו למשוך לשורותיהן את המבוטחים ה"זולים" – צעירים, עשירים, משכילים, בריאים, וינסו לדחות מבוטחים "יקרים". זוהי תופעה הדומה לברירת סיכונים שהוזכרה בפרק 2 (ומכונה גם "איסוף השמנת" – איסוף החלק הטוב והשמן מהחלב). תחרות על ה"שמנת" היא התחרות האופיינית בין הקופות כאשר מנגנון הקצאת תקציב הסל ביניהם לוקה בחסר דוגמת מנגנון ההקצאה המבוסס על נתחי שוק דלעיל. תחרות כזו מהווה חולי חמור וחריף של המערכת, כפי שנרחיב בפרק 11 להלן.

מה רע בברירת מבוטחים או ב"איסוף השמנת" במערכת של ביטוח בריאות ממלכתי? בדיוננו בברירת סיכונים בשוק ביטוח פרטי (פרק 2), הסקנו כי זו תביא לחוסר-כיסוי ביטוחי דווקא בקרב הקשישים, החולים והעניים כי המבטחים ידחו פניות של מבוטחים "יקרים" או ינקטו בצעדי החרגות וצמצום כיסויים. ואולם, במסגרת של ביטוח בריאות ממלכתי, הקופה אינה יכולה לדחות פונים ואינה יכולה להחריג שירותים או כיסויים המוגדרים על ידי הסל בחוק. הבעיה עם קיום תמריץ ל"איסוף השמנת" כתוצאה ממנגנון הקצאה לקוי במערכת ביטוח בריאות ממלכתי היא שתמריץ זה עלול למצוא את ביטויו בהתנהגות הקופות באופן *סמוי ועקיף*. דוגמאות פשוטות ל"איסוף שמנת" סמוי קיימות למכביר: למשל, קופה המוכנה לקבל כל פונה, אלא שכדי להצטרף לקופה יש להירשם באופן אישי, ומשרדי הרישום נמצאים בקומה רביעית בבנין ללא מעלית....הקופה עומדת בדרישות קבלת כל פונה, אך מסננת למעשה את הפונים הקשישים והנכים! דוגמה אחרת היא פיתוח שירותים באיכות ובזמינות גבוהים באזורים עשירים, בהם קיים שיעור גבוה של צעירים, והימנעות מפתיחת מרפאות - או קיום שירותים בזמינות ובאיכות ירודות - באזורים המאופיינים בריבוי קשישים ועניים. לבסוף, דוגמה אחרת כוללת מאמצי שיווק ופרסומת סלקטיביים: למשל פרסומת על שירותים טובים לילדים ("ילדים זה הבייבי שלנו") תמשוך זוגות צעירים ולא תהיה רלבנטית לקשישים. פרסומת על מבצע שבו יינתן למצטרף לקופה מינוי שנתי למועדון כושר ימשוך צעירים בריאים השומרים על בריאותם ולא קשישים חולים

ומוגבלים. דוגמאות אלה מעידות על ברירת סיכונים סמויה, המסננת את *הפונים* ה"יקרים" יחסית, ומראות כי גם כאשר הקופות מחויבות לקבל כל פונה, מנגנון הקצאה לקוי עשוי לגרום לתמריצים לברירת סיכונים אך סמויה.

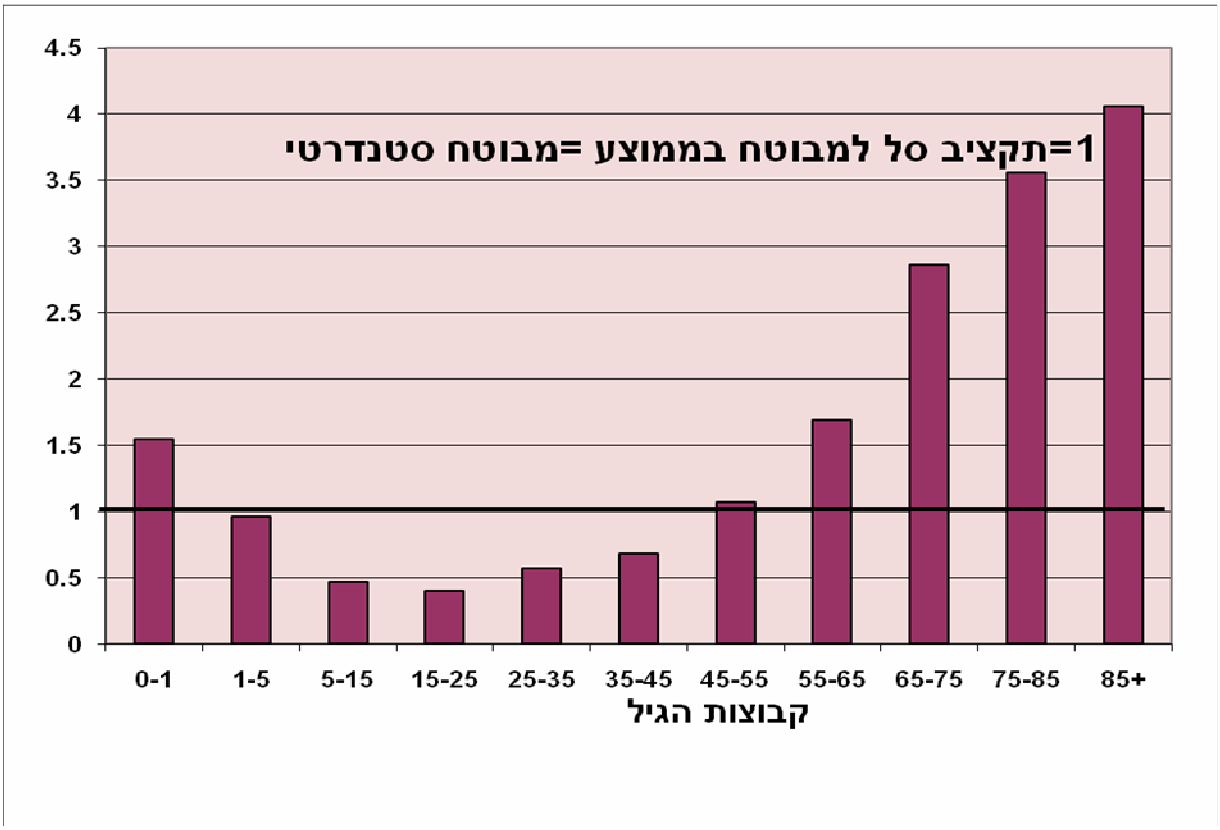
בשורה התחתונה, הסכנה הגדולה הכרוכה בקיומו של מנגנון לקוי להקצאת תקציב הסל בין הקופות היא חוסר התמריץ לקופות לפתח שירותים איכותיים לחולים הכרוניים. ראינו כי אם ההקצאה נעשית לפי נתחי השוק, חולים כרוניים מהווים הפסד צפוי לקופה, ולכן לקופה יש תמריץ לסנן אותם. דרך טובה לגרום לחולים כרוניים לעזוב את הקופה (ולהרתיע חולים אחרים מלהצטרף לקופה) היא להערים קשיים על קבלת הטיפול (תורים ארוכים) ומוניטין גרוע לגבי איכות הטיפול בתחלואה הכרונית. מצב זה עלול להביא לרמה נמוכה של שירותי רפואה, ולפגיעה בחולים הכרוניים בכל הקופות.

התאמה טובה לסיכון תשתמש במאפייני הפרטים (המכונים "מתאמי סיכון") המצליחים להסביר ולחזות את ההוצאה האישית על שירותי בריאות, וכך לתגמל את הקופות בהתאם.

המודל המשמש במערכת הישראלית שאומץ בשנת 1995 כלל גיל בלבד. מנגנון זה כלל 11 קבוצות גיל, וסולם (המכונה "נוסחת הקפיטציה") המגדיר את ההוצאה הממוצעת בקבוצת הגיל ביחס להוצאה הממוצעת באוכלוסיה הכללית (כלומר הממוצע הכללי באוכלוסייה מצוין על ידי הערך 1). הסולם מוצג בצורה גראפית באיור 3. הנוסחה משייכת ערכים גבוהים יחסית ליילודים (גיל 0-1) ולקשישים. לפי נוסחת הקפיטציה, ההוצאה הבריאותית הממוצעת בקבוצת הגיל 0-1 היא פי 1.55 מההוצאה הממוצעת באוכלוסיה. אם נגדיר את המבוטח הממוצע כ"מבוטח סטנדרטי" (כינוי אחר הוא "נפש מתוקננת לגיל"), אזי תינוק מתחת לגיל שנה שקול ל 1.55 מבוטחים סטנדרטיים. בהתאם, מבוטח בגיל 25-34 שקול ל 0.57 מבוטחים סטנדרטיים, ואילו קשיש בגיל 85+ שקול ל 4.06 מבוטחים סטנדרטיים.

בפרק 3 ציינו כי ההוצאה הממוצעת (כלומר, תקציב הסל) למבוטח באוכלוסייה בשנת 2009 הסתכמה ב 3,900 ש"ח. מכאן, עבור תינוק עד גיל שנה מתוגמלות הקופות בסך של 1.55X3,900= 6,045 ש"ח לשנה, עבור מבוטח בגיל 25-34 – 2,223 ש"ח, ועבור ישיש בן 85+ - 15,834 ש"ח לשנה.

איור 3: נוסחת הקפיטציה הישראלית במנגנון הקצאת תקציב הסל לקופות (עד 1.11.2010)



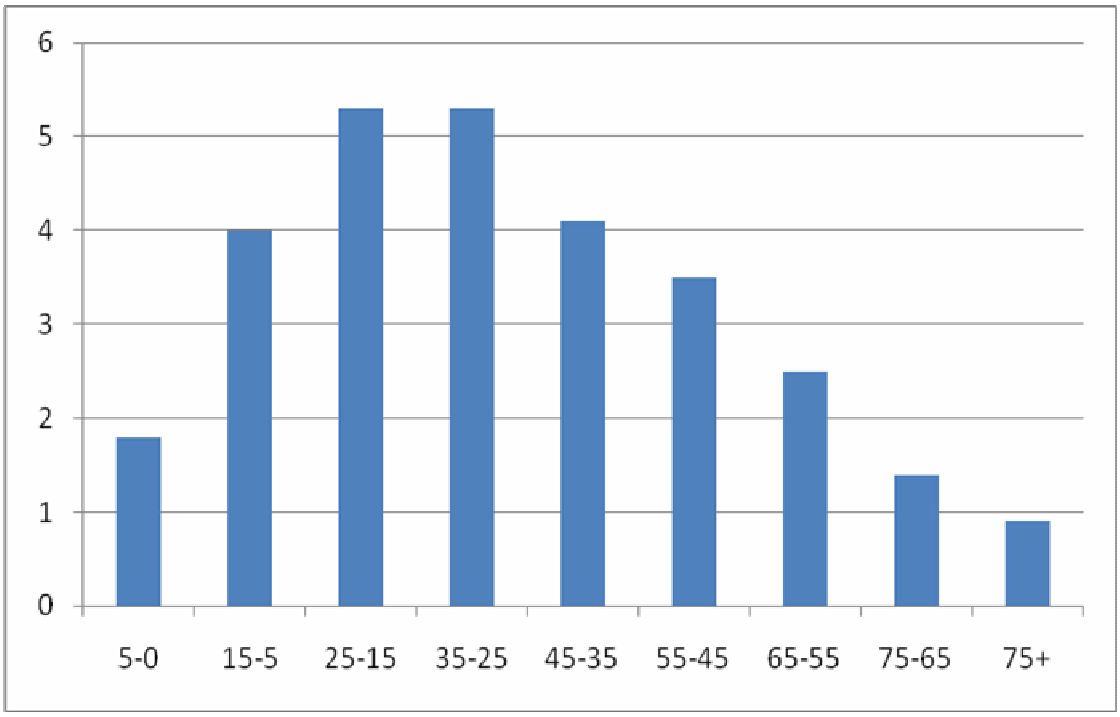
הערות לאיור: הציר האנכי מודד את מספר המבוטחים הסטנדרטיים (או נפשות משוקללות לגיל) המשויכים על ידי הנוסחה לכל קבוצת גיל. מספר זה מתקבל על ידי חלוקת ההוצאה על שירותי בריאות הממוצעת בקבוצת גיל בהוצאה הממוצעת באוכלוסיה. כך למשל, כל מבוטח בקבוצת הגיל 35-45 שקול ל 0.7 מבוטחים סטנדרטיים, כלומר ההוצאה הממוצעת בקבוצת הגיל מהווה 0.7 מההוצאה הממוצעת באוכלוסיה. לעומת זאת, קשיש בן 85+ שקול ל 4.1 מבוטחים סטנדרטיים. התקציב למבוטח סטנדרטי מתקבל מחלוקת תקציב הסל בסך המבוטחים הסטנדרטיים באוכלוסייה, והתקציב למבוטח לפי גילו מתקבל מהכפלת התקציב למבוטח סטנדרטי בערך בנוסחת הקפיטציה המתאימה לקבוצת גילו.

הקצאת תקציב הסל לקופות נעשתה אפוא בהתאם *למספר היחסי של המבוטחים הסטנדרטיים*. בכל קופה מסכמים את מספר המבוטחים הסטנדרטיים לפי מבנה הגיל בקופה, והקופה מקבלת את חלקה היחסי בסך כל המבוטחים הסטנדרטיים באוכלוסייה. לדוגמה, בשנת 2000, התפלגות *המבוטחים* בין הקופות הייתה: כללית -57%, לאומית – 10%, מכבי – 23% ומאוחדת – 10%. התפלגות *המבוטחים הסטנדרטיים* – כלומר חלקן של כל אחת מהקופות בתקציב הסל – היתה: כללית – 62%, לאומית – 9%, מכבי – 20% ומאוחדת – 9%. בשנת 2009 התפלגות המבוטחים הייתה: כללית -53%, לאומית – 9%, מכבי – 24% ומאוחדת – 13%. התפלגות המבוטחים הסטנדרטיים – כלומר חלקן של כל אחת מהקופות בתקציב הסל – הייתה: כללית – 57%, לאומית – 9%, מכבי – 23% ומאוחדת – 11%. בשתי השנים, זוכה הכללית לנתח מתקציב הסל, הגבוה מחלקה באוכלוסייה היות שהיא מבטחת מבוטחים מבוגרים יותר משאר הקופות. במקביל, חלקן של מכבי ושל מאוחדת בתקציב נמוך מחלקן באוכלוסיה היות ומבוטחיה צעירים יחסית.

האם גיל מספיק כדי לבצע התאמת-סיכון טובה וכך לנטרל את הסכנות שהוזכרו לעיל המתעוררות ממנגנון התאמת-סיכון לקוי? התשובה המקובלת בעולם היא שלילית, וכאן טמון החולי ממנו סובל המנגנון הישראלי של הקצאת תקציב הסל לקופות. החולי נובע מהעובדה הפשוטה כי בכל קבוצת גיל, יש בריאים ויש חולים. בקרב בני 54-46, למשל, ההוצאה הממוצעת על חולי סוכרת או יתר לחץ דם הינה פי 2.6 מזו בקרב כלל קבוצת הגיל 54-46, בקרב חולי אסתמה – פי 1.7, ובקרב חולי סרטן או מחלת לב – פי 4! (ראה איור 4). ברור מכאן שקופה המקבלת תשלום ממוצע אחיד עבור כל מבוטח בגיל 54-46, לא תהיה אדישה בין חולים כרוניים, המהווים עבורה הפסד ודאי, לבין אלה שאינם חולים כרוניים, ובגינם תרוויח הקופה. הקופות אינן יכולות, כמובן, לדחות ולסלק מבוטחים, אך הן בהחלט יכולות שלא להשקיע בטיפול רפואי איכותי בחולים הכרוניים היקרים (כולל יצירת תורים והמתנה) גם כדי להקטין הפסדים על החולים הללו וגם כדי לא למשוך חולים חדשים מלהצטרף. בכך, הכללת הגיל בנוסחת הקפיטציה עדיפה מאשר לבסס את ההקצאה על נתחי שוק, ואולם היא רחוקה מלספק מענה הולם לבעיות המתעוררות כתוצאה מהצורך בהקצאת התקציב לקופות ועלולה לגרום לירידת איכות הטיפול הרפואי.

איור 4 : היחס בין ההוצאה הממוצעת על חולים כרוניים לבין זו על מבוטחים ללא מחלות כרוניות לפי גיל

(מקור: שירותי בריאות כללית, 2005)

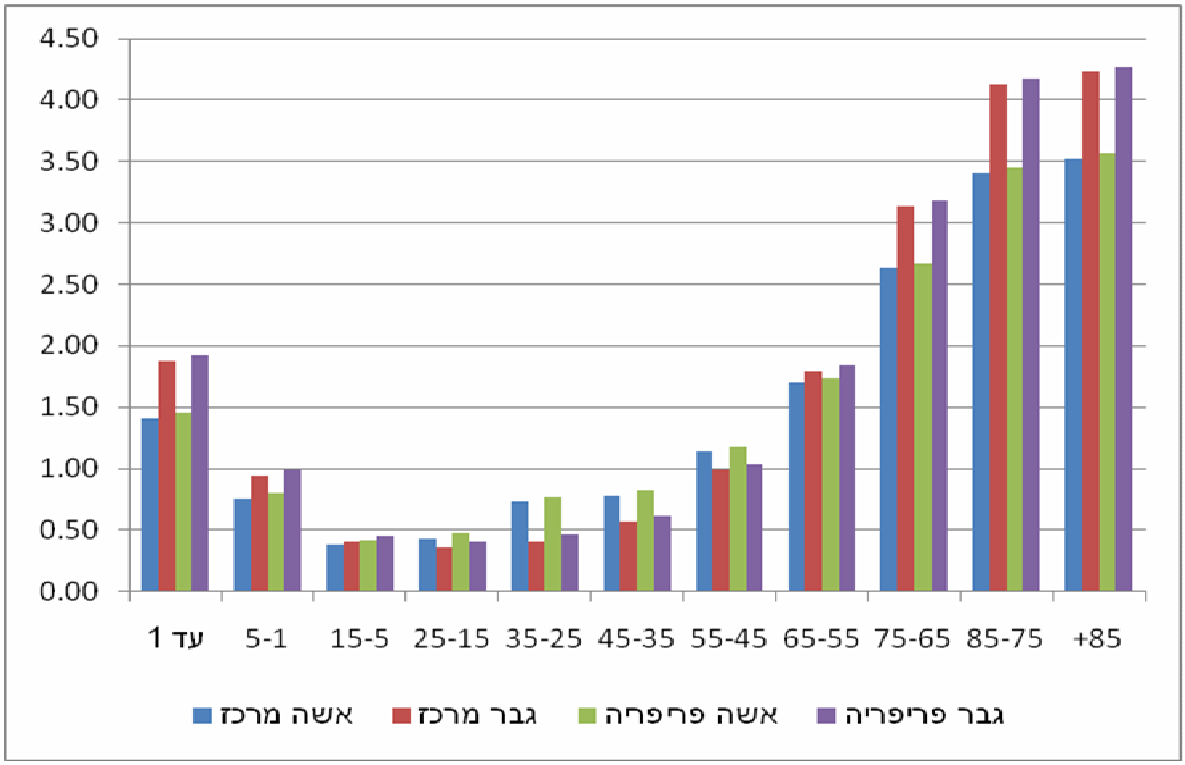


הערות לאיור: יחס ממוצעי ההוצאות בין חולים כרוניים ובריאים מגיע לשיאו דווקא בקבוצות גיל 15-35. יחס זה מגיע ללמעלה מ 5. בסך הכל הגילים, חולה כרוני עולה לקופות פי 2.5 יותר מאשר מבוטח שאינו חולה כרוני. לכן לא ייפלא כי הקופות, המקבלות תשלום קבוע לכל המבוטחים בקבוצת הגיל, רואות בחולה הכרוני הפסד צפוי, ובמבוטח שאינו חולה כרוני – רווח צפוי. הבדל זה גבוה במיוחד בקבוצת הגיל 15- 35. בקרב הקשישים, גם בקרב ה"בריאים" ההוצאה על טיפול רפואי היא גבוהה. זה ההסבר לכך שהקופות אינן מנסות למשוך לשורותיהן את החולים הכרוניים, למרות שעיקר עיסוקן צריך להיות מתן טיפול רפואי לחולים (ומכאן שמן "קופות חולים").

במשך 15 שנה רק גיל נכלל כמתאם סיכון בנוסחת הקפיטציה הישראלית. זאת כאשר ברור לכל שמנגנון כזה אינו מספק ומותיר תמריצים מזיקים רבים לסלקציה סמויה ולעיוותים בכמויות הטיפול ובאיכותו. צוות בין משרדי שהוקם בעקבות תביעה משפטית שהגישה הכללית לבג"ץ בנושא נוסחת הקפיטציה, המליץ לבצע שני שינויים בנוסחה: האחד, להוסיף את משתנה המין. הרקע לכך הוא התוואי השונה בין גברים ונשים של ההוצאה הצפויה על טיפול על פני גיל. רמת ההוצאה על נשים בגיל הפריון גבוהה יותר מאשר על גברים בגילים אלה, בעוד שגברים הם יותר "יקרים" כתינוקות ובזקנה. השינוי השני מתגמל את הקופות בכ 200 ₪ (כ 0.045 מבוטח סטנדרטי) על כל מבוטח המתגורר בפריפריה (פריפריה מוגדרת כישובים הכלולים בארבעת האשכולות המרוחקים של מדד הפריפריה שהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה החלה לאחרונה לחשבו). הרקע לכך הוא ההכרה כי מבוטחים בפריפריה זוכים לטיפול רפואי זמין ונגיש פחות מאשר בישובי המרכז (ראה פרק 14 להלן). כדי לעודד את הקופות להשקיע בהגברת השירותים הרפואיים בישובי הפריפריה, הן מתוגמלות על מבוטחים המתגוררים שם. התחרות שתיווצר על מבוטחים בפריפריה תעודד, כך מקווים, את הקופות להציע שירותים רבים יותר וטובים יותר בפריפריה.

איור 5 מציג את נוסחת הקפיטציה החדשה שנכנסה לתוקף ב 1 בנובמבר 2010.

איור 5: נוסחת הקפיטציה הישראלית (החל מ 1 בנובמבר 2010)



הערות לאיור: החל ב 1 בנובמבר 2010 הוספו לנוסחת הקפיטציה הישראלית משתני המין והמרחק ממרכז הארץ. לכן נוצרו 4 סולמות שונים – לגברים במרכז, לגברים בפריפריה (המוגדרת על ידי 4 האשכולות הרחוקים במדד הפריפריה של הלמ"ס), לנשים במרכז ולנשים בפריפריה. ההוצאה הממוצעת בקרב נשים גבוהה יותר מאשר בקרב גברים בגיל הפריון 15-55, וזו בקרב גברים גבוהה יותר בעיקר בגיל המבוגר. התגמול עבור מבוטחים בפריפריה גבוה בכ 0.05 מבוטחים סטנדרטיים בכל קבוצת גיל ומין (כ 200 ₪) וניתן כדי לעודד את הקופות להשקיע בטיפול הרפואי בפריפריה שהינו דל יותר מאשר במרכז.

11. תחרות מנוהלת בין הקופות: על מה צריכה הייתה להיות? על מה היא מתקיימת בפועל?

התפקיד החברתי של הקופות הוא לספק טיפול רפואי. עיקר הטיפול הרפואי הוא טיפול בחולים כרוניים. מכאן היינו מצפים שהקופות תעודדנה חולים כרוניים – הצרכנים העיקריים של טיפול רפואי – להצטרף אליהן, תפתחנה מצוינות בטיפול במחלות כרוניות, ותדאגנה לפרסם את זה ברבים. מדוע לא זה הנוהג בשוק הקופות? מדוע אנו רואים רק פרסומות הקוראות לילדים (בריאים) להצטרף? או פרסומות המהללות את הביטוח המשלים או טיפול שיניים ולא את הטיפול הרפואי הבסיסי המהווה את הצדקת קיומן?

מודל תחרותי (תחרות בין הקופות) של מערכת ביטוח ממלכתי הוא שעמד לעיני המחוקק בהחילו את החוק בשנת 1995. הצפייה הייתה שהקופות תתחרינה על איכות הטיפול של סל השירותים המוגדר בחוק ועל חווית השירות, וכך למשוך מבוטחים על מנת להגדיל את הכנסותיהן בהתאם לנוסחת הקפיטציה שנדונה בפרק 10. בכך שונה המערכת הישראלית מהמערכת האנגלית, למשל, שם אין תחרות בין האחראים לאספקת השירות הרפואי (המחוזות הגיאוגרפיים). המודל הלא תחרותי של מערכת ביטוח בריאות ממלכתית מבוססת על אחריות ביזורית לאספקת השירות הרפואי על בסיס גיאוגרפי (מחוזות באנגליה, פרובינציות בקנדה, אזורים באיטליה וכו'). מתוך הגדרת השייכות הגיאוגרפית, לא מתקיימת תחרות בין המחוזות על מבוטחים כי המעבר כרוך בשינוי מקום המגורים.

מודל תחרותי הדומה לזה המתקיים בישראל קיים בהולנד, צרפת, בלגיה, שוויץ, ובמדינות רבות אחרות. התחרות היא מנוהלת, כלומר, אינה דומה לתחרות המצויה בענפי כלכלה רבים דוגמת שוק הרהיטים, הנעליים, המחשבים ושווקים רבים אחרים, שם התחרות היא בעיקרה על מחיר המוצר. התחרות המנוהלת בין הקופות היא לא על מחיר (שהרי אין תשלום ישיר של המבוטח לקופה) ולא על שירותי בריאות (שהרי סל השירותים מוגדר בחוק) אלא על *איכות* השירותים ואופן אספקתם למבוטחים.

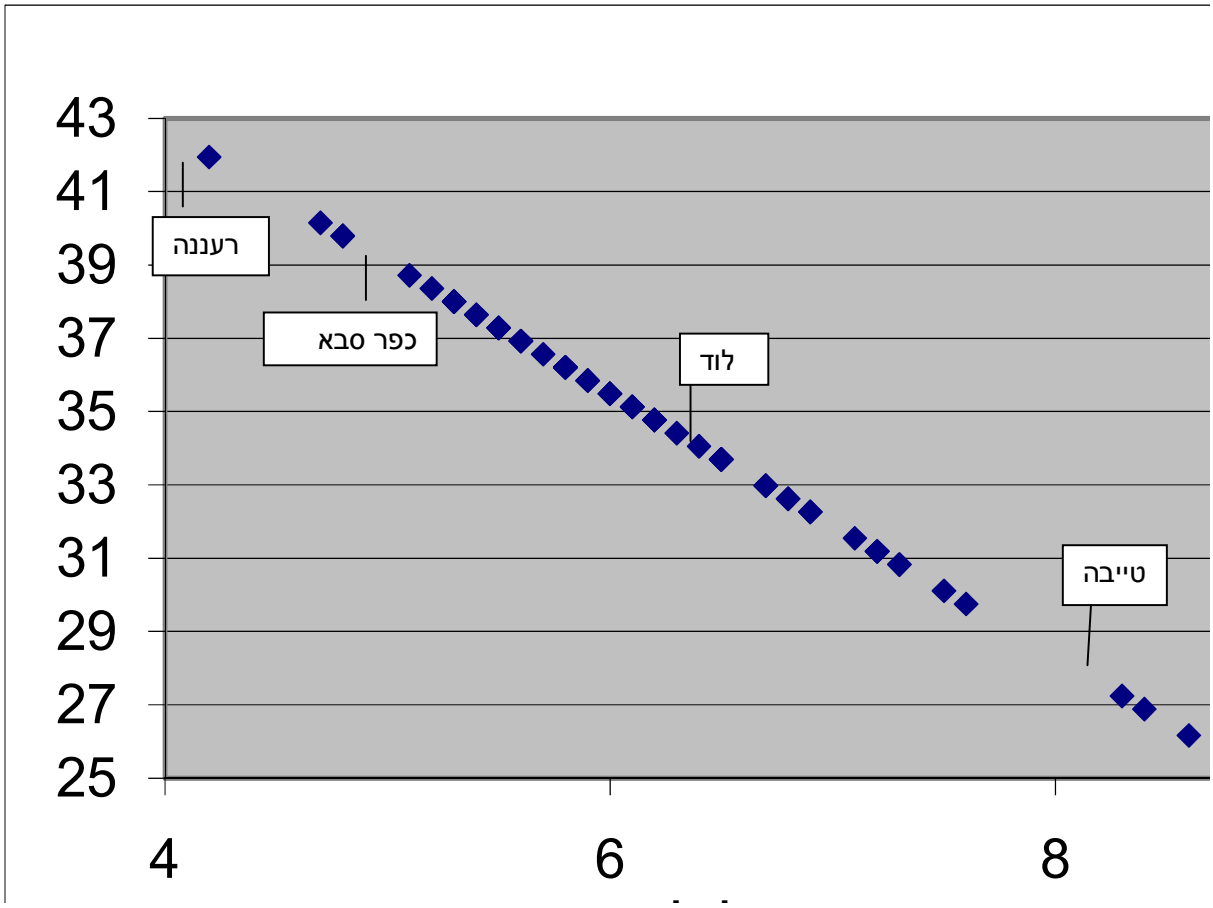
ואולם, כאשר מנגנון ההקצאה של תקציב הסל לקופות מבוסס על גיל ומין בלבד, אין לקופות כל תמריץ להצטיין במתן טיפול רפואי יקר, למשל לחולים הכרוניים. כפי שהדגשנו בפרק 10 לעיל, אם חולה סכרת בגיל העמידה הינו יקר פי 2-3 מהממוצע בקבוצת גיל זו, והקופה מקבלת את הממוצע בקבוצת הגיל עבורו ולכן מפסידה בגין הטיפול בו, ברור

שאין לקופה כל עניין לפרסם ברבים שהטיפול בסוכרת אצלה הוא הטוב ביותר בארץ. וכך גם לגבי חולי אסתמה, וחולי לב, וחולי סרטן וכו'. יוצא מזה שהקופות מתומרצות על ידי נוסחת הקפיטציה לתת את המינימום (המקצועי) האפשרי בטיפול במחלות הכרוניות כדי להקטין את הפסדיהן על חולים אלה, ובודאי אינן מנסות למשוך אליהן חולים דומים המבוטחים אצל הקופות המתחרות להן. יתר על כן, פלחי האוכלוסייה המושכים את הקופות, במצב עניינים זה, הם קבוצות האוכלוסייה הבריאות, המשכילות והעשירות, כי בכל קבוצת גיל, מבוטחים השייכים לקבוצות אלה יהיו רווחיים. ומכאן ברור שהתחרות בין הקופות מתמקדת במשיכת קבוצות אוכלוסייה אלה. אחת הדרכים לכך היא, אגב, מיקום המרפאות: מרפאה ברמת אביב ג' תמשוך מבוטחים הצפויים להיות רווחיים יותר מאשר מרפאה באופקים או ברהט. ואמנם, מחקר שנערך לאחרונה[11] מצא קשר ברור בין רמת ההכנסה הממוצעת בישובי ישראל ושיעור התמותה המתוקנן לגיל (SMR) מצד אחד, לבין זמינות שירותי רופאי הקהילה, מצד שני. ככל שעולה רמת ההכנסה הממוצעת בישוב וככל שיורד שעור התמותה (המלמד על מצב בריאות טוב יותר), כך גבוה מספר שעות הקבלה של הרופאים (בסך כל ההתמחויות) לנפש מתוקננת לגיל (בניכוי השפעת מאפיינים ישוביים נוספים כגון מעמד פריפריאלי, ישוב ערבי או יהודי, מרחק מבית החולים הקרוב ועוד). איורים 6-7 מציגים את הקשרים הללו. ברור שזהו מצב אבסורדי – בישובים בהם יש צורך גבוה יותר לשירותי רופאים, זמינותם קטנה יותר. המחברים משייכים תוצאה אבסורדית זו לכשלים הנובעים מנוסחת הקפיטציה שאינה מתגמלת את הקופות על תחלואה של מבוטחיהן. התחרות בין הקופות היא להשיג נתחי שוק גדולים בישובים הבריאים והעשירים, ולכן זמינות סך הרופאים – מכל הקופות – גבוהה יותר בישובים אלה.

בנוסף לחולי זה של המערכת – מנגנון הקצאה של תקציב הסל לקופות (נוסחת קפיטציה) הלקוי בכך שאינו מתחשב במצב הבריאות של המבוטחים אלא רק בגילם ובמינם– קיימת בעיה נוספת והיא מקור הנתונים המשמש לחישוב נוסחת הקפיטציה: חישוב גובה התשלום לכל קבוצת גיל ומין מבוסס על שילוב של נתוני סקרי הלמ"ס עם נתוני משרד הבריאות ללא כל קשר לממוצעי ההוצאה לפי גיל בקופות עצמן. דרך חישוב זו הונהגה בשנת 1995 לאור מגבלות

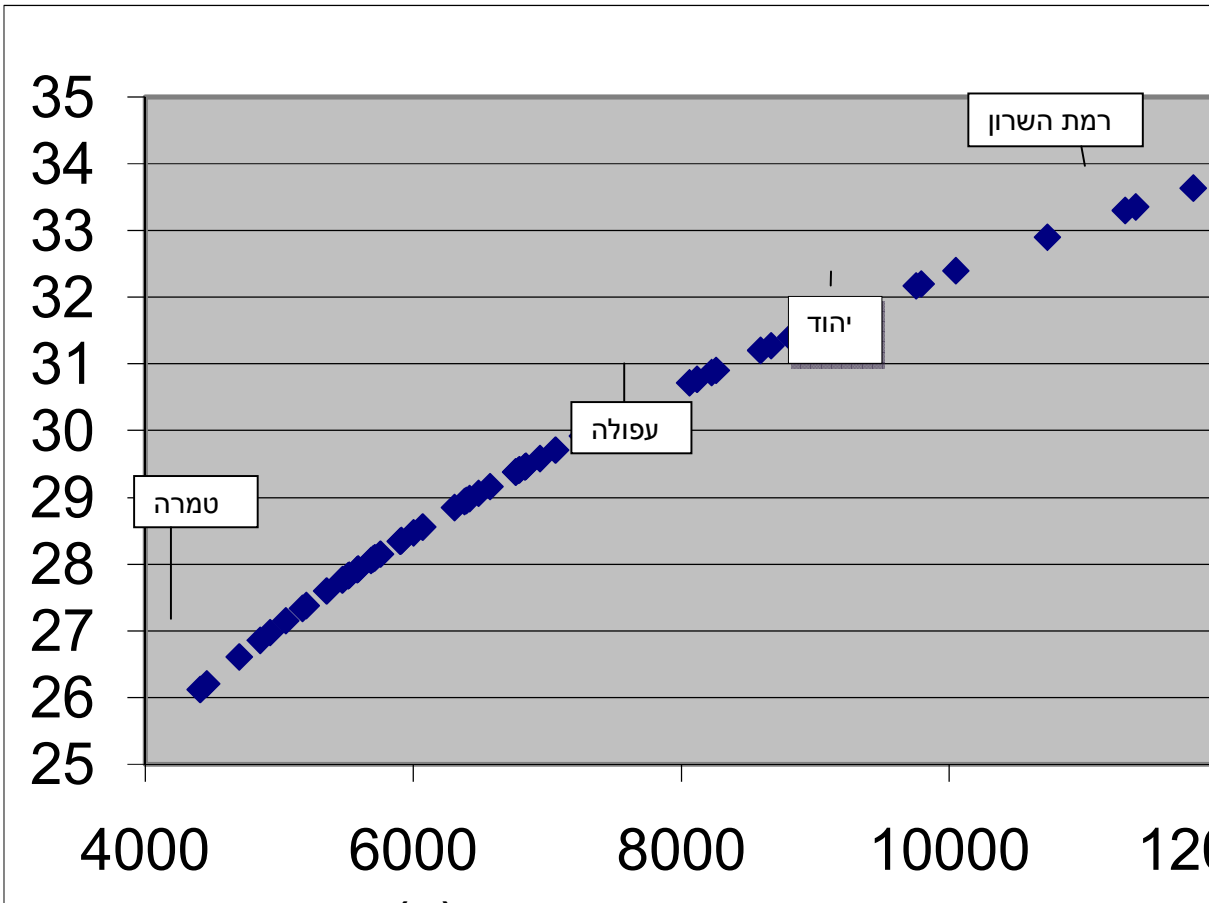
[11] שמואלי ע. ואח', אי שוויון בזמינותם של רופאי קהילה בישובי ישראל: כשל של נוסחת הקפיטציה?, האוניברסיטה העברית, 2010.

איור 6: אמדן שעות קבלה שבועיות לאלף נפש מתוקננות לגיל של כל הרופאים לפי שיעור תמותה מתוקנן לגיל בישוב



הערות לאיור. האיור מציג את הקשר השלילי בין זמינות כל הרופאים (מסיפרי הרופאים של הקופות בישוב) ושיעור תמותה. ככל שעולה שיעור התמותה בישוב, כלומר, ככל שתושבי הישוב חולים יותר, פוחתת זמינות הרופאים. הקשר הוא הקשר הנאמד, כאשר מאפיינים נוספים של היישובים הם בנקודת הממוצעים שלהם. כך למשל, בכפר סבא, ישוב בריא יחסית, יש 39 שעות קבלה שבועיות לאלף נפשות מתוקננות לגיל בעוד שבטייבה, ישוב חולה יחסית, יש רק 26 שעות קבלה שבועיות.

איור 7: אמדן שעות קבלה שבועיות לאלף נפש מתוקננות לגיל של כל הרופאים לפי הכנסה ממוצעת בישוב



הערות לאיור. האיור מציג את הקשר החיובי בין זמינות כל הרופאים (מסיפרי הרופאים של הקופות בישוב) והכנסה ממוצעת. ככל שעולה ההכנסה הממוצעת בישוב, כלומר, ככל שהישוב עשיר יותר, גדלה זמינות הרופאים. הקשר הוא הקשר הנאמד, כאשר מאפיינים נוספים של היישובים הם בנקודת הממוצעים שלהם. כך למשל, ברמת השרון, ישוב עשיר יחסית, יש 34 שעות קבלה שבועיות לאלף נפשות מתוקננות לגיל בעוד שבטמרה, ישוב עני יחסית, יש רק 26 שעות קבלה שבועיות.

נתונים שהיו קיימות בקופות בשנים אלו. כתוצאה מכך יתכנו מצבים שבקבוצות גיל ומין מסוימות התשלום גבוה מההוצאה הממוצעת ***בכל*** הקופות, ובאחרות – התשלום נמוך מהוצאה זו. כך, בפועל, נוסחת הקפיטציה קובעת תשלום עבור ילד בגיל 5-14 הגבוה בכ 60% מההוצאה הממוצעת בקופות בקבוצת גיל זו, והתשלום עבור קשישים נמוך בכ 30% מההוצאה הממוצעת עליהם. מכאן ברור שהקופות רואות בילדים רווח צפוי ומחזרות אחריהם - למשל בקרב משפחות חרדיות וערביות מרובות ילדים – באמצעות מבצעים כמו "ילדים זה הבייבי שלנו" או "אספקת טיפול שיניים חינם לילדים". קשישים, לעומת זאת, אינם כה רצויים. אם נוסיף על כך את חוסר המשיכה של חולים כרוניים כפי שהובהר לעיל, נוכל לסכם ולקבוע כי הקופות אינן מתומרצות להתחרות על אספקת טיפול רפואי איכותי לחולים הכרוניים ולקשישים, קבוצות האוכלוסייה הנזקקות ביותר לקופות החולים, אלא על מבוטחים צעירים, בריאים וילדיהם.

כל עוד זה אופי התחרות בין קופות החולים, אין כל טעם לעודדה ולחזקה. למשל הדיבורים על הקמת קופה חמישית להגברת התחרות בשוק קופות החולים, ובודאי אם תהיה למטרות רווח, לא תגביר את התחרות על איכות הטיפול הרפואי וחווית השירות, אלא רק תעצים את העיוותים ואת הנזקים הבריאותיים לאוכלוסייה הנזקקת. כך גם ההצעות להעצים את התחרות על מחירי השירותים. כל עוד אין "רצפה שווה" לפעילות קופות החולים בגלל התמריצים השליליים הנובעים מאופן הקצאת "תקציב הסל" לקופות באמצעות נוסחת הקפיטציה העכשווית, לא תתכן תחרות פורה ויעילה בין הקופות. התחרות תתמקד במתן שירותים למבוטחים בריאים וצעירים באזור המרכז ובאמצעים למשיכתם לשורותיהן במקום להתחרות על מתן טיפול רפואי לחולים.

אחת מהדרכים המסורתיות להבטיח תחרות ("טובה") בין קופות החולים היא לאפשר מעברים חופשיים בין הקופות. לפני 1995, מבוטחים רבים היו קשורים לקופת חולים כללית או לאומית דרך חברותם בהסתדרות או בגלל מקום עבודתם. עם הנהגת החוק ב 1995, נפתח חופש בחירה מלא בקופת החולים. ואמנם, עד שנת 1997 חלו מעברים רבים יחסית – כ 4% בשנה – בין הקופות. מאז ועד היום, שעור המעברים השנתי הוא קטן – 1-2% מכלל המבוטחים.

על מה מעיד מיעוט המעברים בין הקופות? יש הטוענים כי מיעוט מעברים יכול להעיד על שביעות רצון מהקופה ולכן על נכונות קטנה להשקיע את הדרוש על מנת לעבור קופה (כגון להחליף רופא משפחה). אחרים טוענים כי מיעוט

מעברים עלול להצביע על שביעות רצון נמוכה מהקופה אך גם חוסר משיכה גם של הקופות האחרות. הסכנה הגדולה הקשורה באופי התחרות בין הקופות כפי שתואר לעיל היא כי הסיבה העיקרית למיעוט המעברים בין הקופות היא זו השנייה.

12. מאושפזי המסדרונות ותחלואיה של מערכת האשפוז הכללי[12]

אחת למספר חודשים, בחודשי החורף, לאחר כתבה מצולמת על חולים המאושפזים במסדרונות המחלקות הפנימיות, מתעוררת השאלה על המתרחש במערכת האשפוז הכללי. מאושפזי המסדרונות מייצגים תפוסה של למעלה מ 100% - המגיעה לעתים אף ל- 140%. זאת לעומת תפוסה של כ 80% הנהוגה בארצות אחרות והנחשבת ל"אופטימאלית" מבחינת הטיפול האישפוזי ואיכותו. אין ספק כי מאושפזי המסדרונות הם עדות לכשל חמור של מערכת האשפוז הכללי, הגורמת לפגיעה בכבודם של המאושפזים, לעומס חריג על כוח האדם במחלקות ולפגיעה באיכות הטיפול.

מהם הגורמים לכשל זה? ניתן לזהות שני גורמים המושפעים הדדית – אחד הקשור בהשקעות הון – מיטות אשפוז וכל הכרוך בכך - בטווח הארוך, השני קשור בסדרי התגמול לבתי החולים עבור האשפוז ובתחלופה בין טיפול רפואי באשפוז לבין טיפול רפואי הניתן במסגרות אחרות.

רבים תולים את מצוקת האשפוז בחוסר במיטות אשפוז. מספר המיטות הכלליות עומד בשנים האחרונות על כ 2 מיטות לאלף תושבים. שעור זה ירד מ 3.24 ב- 1970, ל- 2.53 ב- 1990, ו- 2.24 בשנת 2000. כלומר, קצב גידול המיטות הכלליות לא הדביק את קצב גידול האוכלוסייה, ובעיקר את גלי העלייה הגדולים של תחילת שנות התשעים. חיזוק לטענה מתקבל מהשוואות בינלאומיות: שעור זה הוא הנמוך ביותר בקרב מדינות ה OECD (ארגון המדינות המפותחות) למעט מקסיקו, וכך גם בהשוואה למדינות אירופה (ראה איור 8). השוואה זו הינה כמובן לא מדויקת, מאחר שאינה מביאה בחשבון את מבנה הגיל הצעיר יחסית של האוכלוסייה הישראלית, את סדרי התשלום עבור אשפוז ואת דפוסי הטיפול הכולל באוכלוסייה. למרבה הצער לא קיימת השוואה המביאה בחשבון הבדלים בינלאומיים אלה והשאלה האם אמנם מקורה של מצוקת האשפוז מצוי בחוסר מיטות נשארת ללא מענה.

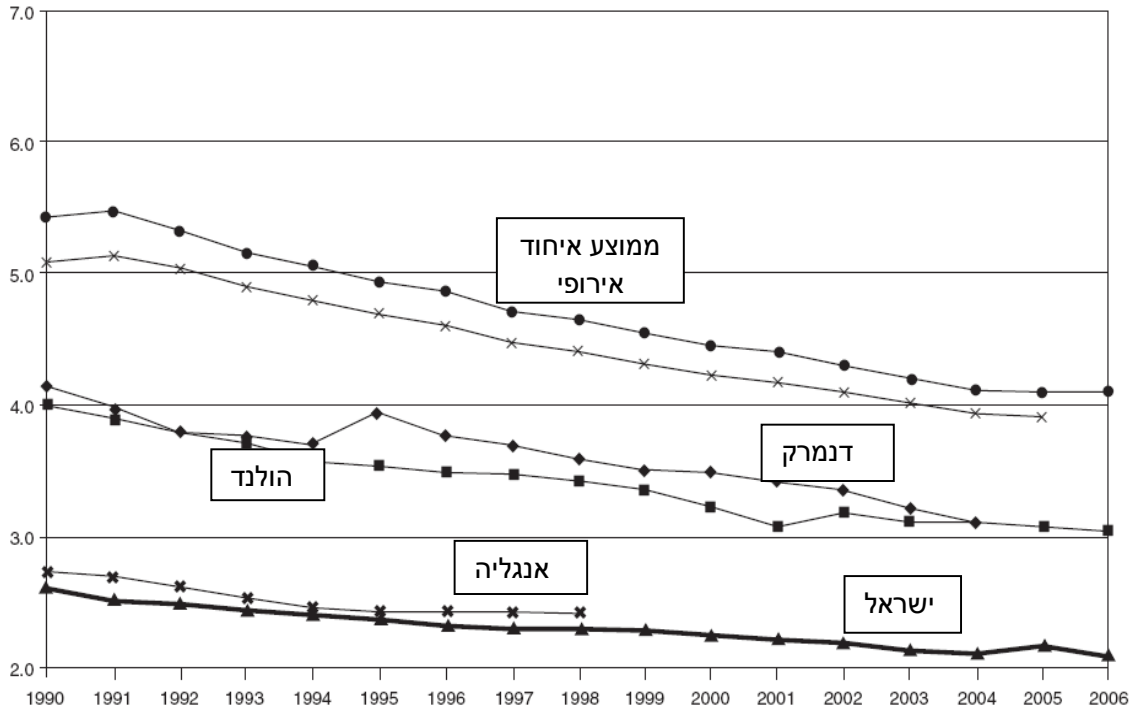
---

[12] האשפוז הכללי כולל את כל מחלקות האשפוז, ובפרט מחלקות פנימיות, חדרי מיון וטיפול נמרץ. זאת להבדיל מבתי חולים המתמחים באשפוז ילדים, יולדות או בביצוע ניתוחים בלבד, וכן מבתי חולים לחולי נפש ומוסדות סיעוד.

אחרים תולים את מצוקת האשפוז בסדרי התשלום – בעבר ובהווה - עבור האשפוז. בתי החולים הממשלתיים (שהגדולים שבהם כוללים את שיבא, רמב"ם, איכילוב ואחרים) ובתי החולים שבבעלות קופת חולים כללית (סורוקה, בילינסון, העמק ואחרים), המהווים יחד כ 77% מסך המיטות הכלליות, עבדו במשך שנים רבות תחת תקציב שנקבע על ידי משרד הבריאות עבור בתי החולים הממשלתיים, ועל ידי קופת חולים כללית עבור בתי החולים שלה. תקציב קבוע מראש אינו מעמיד תמריצים להתייעלות או לשיפור איכות הטיפול. להיפך, היות ותקציב השנה הבאה – ותקני כוח אדם הכלולים בו - נקבע לפי היקף הפעילות בשנה הנוכחית, יש תמריץ לבתי החולים המתוקצבים להגדיל את פעילותם בכל שנה – לאשפז יותר חולים (כולל במסדרונות) ולהגביר את התפוסה על מנת להגדיל את תקציבם בשנה הבאה. תמריצים היסטוריים אלה עצבו את מדיניות האשפוז של "תפוסה מלאה ויותר" של בתי חולים אלה, וגם כאשר בתי החולים הממשלתיים הגדולים החלו לעבוד כתאגידים עצמאיים (כפי שפועל בית חולים הדסה לדוגמה), ובתי החולים של הכללית החלו להתמקח עם מחוזות הכללית במסגרת "שווקים פנימיים", על סדרי אשפוז עם תהליך הביזור באמצע שנות התשעים, דפוסים אלה לא השתנו באופן בסיסי.

במקביל, בתי החולים הפרטיים שלא למטרות רווח (דוגמת הדסה ושערי צדק בירושלים) הכוללים כ 19% מהמיטות הכלליות, ומאמצע שנות השמונים – גם בתי חולים ממשלתיים ושל קופת חולים כללית, תוגמלו על ידי הקופות לפי התעריף הממשלתי ליום אשפוז. התעריף הממשלתי ליום אשפוז (שנקבע בינואר 2011 ל- 2050 ₪) אמור להיות שווה לעלות הממוצעת של יום אשפוז על פני כל המחלקות בבית החולים, כל החולים וכל בתי החולים. השימוש בשיטה זו, שהינה נוחה ולא דורשת מעקב ורישום של הטיפול הניתן לחולים אלא רק ספירה של ימי האשפוז, הכניסה עיוותים חריפים למערכת. ראשית, תגמול אחיד שכזה גורם לבתי החולים להרוויח על חולים המאושפזים במחלקות זולות כגון עיניים, ולהפסיד על חולים השוכבים במחלקת טיפול נמרץ, למשל. זוהי, אגב, אחת הסיבות העיקריות לכך ששיעורן היחסי של מיטות טיפול נמרץ בישראל נמוך מהמקובל בעולם המפותח – לבתי החולים לא היה כל תמריץ להגדיל מחלקה כזו שכל יום אשפוז בה גורם הפסד ניכר לבית החולים. יתר על כן, גודלן הקטן של המחלקות לטיפול נמרץ גרמו לכך שלא היה ביקוש להתמחות בהרדמה וברפואת טיפול נמרץ, תופעה שהביאה למחסור החריף ברופאים מרדימים בישראל נוכחו עומדת מערכת האשפוז בהווה. שנית, תגמול בתי החולים לפי תעריף יום אשפוז מתמרץ את

איור 8: מספר מיטות אשפוז כללי ל 1,000 נפש בישראל ובמדינות נבחרות



WHO Regional Office for Europe 2007.

הערות לאיור. מספר המיטות הכלליות יורד על פני השנים ברוב מערכות הבריאות. ואולם מספר המיטות בישראל עומד על כמחצית מספרן בממוצע האיחוד האירופי (ואולם דומה לזה שבאנגליה, הידועה גם היא במצוקת אשפוז ובזמני המתנה ארוכים לניתוחים). יש לציין עם זאת, כי ההשוואה אינה לוקחת בחשבון את גילה הצעיר יותר של האוכלוסייה הישראלית, לא את פרקטיקת הטיפול הרפואי בכללותה (מידת התחלופה בין טיפול באשפוז ובקהילה) ולא את ההבדלים בסדרי התשלום עבור אשפוז המשפיעים על נפח האשפוזים ואורכם.

בתי החולים להאריך אשפוזים כדי להגדיל את הכנסותיהם, ולא לשחרר חולים גם אם קיימת חלופה זולה יותר והולמת לא פחות להמשך הטיפול, כגון אשפוז בית או מוסדות שיקום. כמובן שנטייה זו להאריך אשפוזים מוגבלת על ידי לחצי הביקוש והצורך לאשפז חולים חדשים. הנתונים מראים כי אורך האשפוז הממוצע בישראל ירד בהתמדה והוא אחד הנמוכים בעולם המפותח. ירידה זו לא נבעה רק מלחצי הביקוש, חלקה מוסבר על ידי שיפורים טכנולוגיים באשפוז – בעיקר במחלקות האורתופדיות והכירורגיות, ומדפוסי "אשפוז לשם בירור", כפי שיוסבר להלן.

הצירוף של תעריף ליום אשפוז כשיטת תגמול בתי החולים ושל לחצי הביקוש שהביאו לירידה באורך האשפוז (ולכן בית החולים לא יכול היה להבטיח לעצמו הכנסה נאותה על ידי הארכת משך האשפוז) הביא לכך שבתי החולים הפסידו על ביצוע פרוצדורות וניתוחים יקרים יחסית, כגון ניתוחי לב או החלפת מפרקים. כתוצאה מכך, צומצמו מספרי הניתוחים שבוצעו והחלה להסתמן תופעה מסוכנת במערכת האשפוז, התאומה הכירורגית של מאושפזי מסדרון המחלקות הפנימיות – תורים מתארכים וזמני המתנה ארוכים לביצוע פרוצדורות וניתוחים. כדי להקטין את התורים ולהבטיח הכנסה נאותה לבתי החולים בגין ביצוע ניתוחים הוגדרו ביוני 1991, 13 "פעולות דיפרנציאליות" עבורן בית החולים קיבל תשלום קבוע מראש. התשלום נקבע בצורה נדיבה למדי כך שהיה בו כדי לתמרץ את בתי החולים להגביר את פעילותם ולהגדיל את מספר הניתוחים. 13 הפעולות כללו את הפרוצדורות הנפוצות – ניתוחי ראש, ניתוחי לב, השתלות מפרקים, כריתת כיס מרה, כריתת רחם וכו'. ה"תעריפים הדיפרנציאליים" מבטיחים גם התייעלות של בתי החולים, כי היות והתשלום עבור האשפוז כבר שולם מראש, בתי החולים צפויים להקטין את משך האשפוז. מספר הפעולות הדיפרנציאליות עלה בהתמדה והיום מספרן עומד על כמאה, מספר המכסה את רוב הפעילות האורתופדית-כירורגית של בתי החולים. נציין כי התעריפים הדיפרנציאליים אינם כוללים אשפוזים במחלקות הפנימיות. במחלקות אלה, שם ממשיך להתקיים תגמול לפי מחיר יום אשפוז, התפוסה אמנם גבוהה במיוחד.

באמצע שנות התשעים, הנהיג משרד הבריאות שינויים בתגמול בתי החולים הכלליים שסיבכו עוד יותר את המערכת והרעו את מצבה. בשנים 1994 – 1997 החל משרד הבריאות להפעיל תקרה להוצאות האשפוז. הרעיון היה להקל על המצוקה התקציבית של קופת חולים כללית (שסיבותיה העיקריות פורטו בפרק 1) – ובשנת 1997 - על מצוקתן התקציבית של כל הקופות – על ידי מתן הנחות לקופות על התשלומים לבתי החולים בגין אשפוז מבוטחיהן. השיטה

(המכונה capping או קאפ) קבעה תקרה להכנסת בתי החולים (ולהוצאות קופות החולים) כך ששירותי אשפוז שניתנו (התקבלו) מעבר לתקרה לא חויבו בתשלום. במהלך השנים, שונו כללי השיטה במסגרת חוקי ההסדרים השנתיים, אבל עיקר השיטה נשמר: לכל קופה נקבעת מכסת-צריכה של שירותי אשפוז מכל בית חולים עבורה משלמת הקופה מחיר מלא (לפי תעריף יום אשפוז או לפי תעריף דיפרנציאלי). כל צריכה מעבר למכסה מחויבת במחיר מופחת (כיום – 50%). מכאן נובע כי קיים תמריץ לקופות החולים לרכז את אשפוזי חבריהן במספר קטן של בתי חולים, להגיע למכסה, וליהנות מתשלום מופחת על יתר האשפוזים. יתר על כן, ברגע שקופה מילאה את המכסה עם בית חולים, יש לה תמריץ להגביר את השימוש בשירותי בית החולים הזה כי היא משלמת רק 50% על שימוש זה. מכאן שהשיטה, שבאה להקל על הוצאותיהן של הקופות, מעודדת אותן למעשה להגדיל אשפוזים, שחלקם מחליפים טיפול רפואי שיכול היה להינתן במסגרות אחרות, כלומר ללא צורך רפואי ברור. במקביל נגרמים הפסדים לבתי החולים הנהנים רק ממחצית התקבול עבור האשפוזים הנוספים הללו. הדו"ח הפיננסי השנתי על בתי החולים הממשלתיים ל- 2009 מראה כי הגירעון התפעולי הכולל של 11 המרכזים הרפואיים הממשלתיים הסתכם בכחצי מיליארד שקלים, כ 8% מסך ההכנסות. סך היקף ההנחות לקופות החולים הסתכם בכמיליארד שקלים, וההנחה הממוצעת שקיבלו הקופות - בכ 16%.

עולה מכאן כי סדרי התשלום לבתי החולים – תקציב קבוע מראש, תשלום לפי תעריף קבוע ליום אשפוז ושיטת ה capping - כולם מעודדים אשפוזים נוספים, בין אם מונעים על ידי בתי החולים או על ידי הקופות. אשפוזים נוספים אלה מתבטאים, בין השאר, במאושפזי מסדרון ומחריפים את מצוקת האשפוז.

חולי נוסף המחמיר את בעיית האשפוז במחלקות הפנימיות הוא תגמול בית החולים עבור ביקור בחדר מיון. בתי החולים מתוגמלים עבור ביקור במיון בסך של כ- 650 ₪, סכום קבוע שאינו תלוי בהוצאה למעשה שאירעה בחדר המיון ובמחלקות לרפואה דחופה. מכאן שלבית החולים יש תמריץ להמעיט בהוצאות במיון, כגון בבדיקות הדמיה (לדוגמה, אולטרסאונד עולה כ- 500 ₪, CT – כ- 1,300 ₪, ובדיקת MRI – כ- 3,000 ₪), בדיקות מעבדה יקרות או טיפול באנטיביוטיקה או בתרופות יקרות אחרות. אם אמנם מתברר צורך בלתי נמנע לבדיקה או טיפול יקר בחדר המיון, יש תמריץ לבית החולים לאשפז את הפונה ולבצע את הבדיקה או הטיפול במהלך האשפוז עבורו מתוגמל בית החולים לפי

התעריף ליום אשפוז, כפי שתואר לעיל. מכאן קיים תמריץ לבתי החולים "לאשפז לשם בירור", ליום אחד או שניים – הכנסה של 2,000 - 4,000 ₪ - במקום התעריף של 650 ₪ שהיה מתקבל אם הביקור היה מסתיים במיון. אשפוזים אלה מגבירים את העומס במחלקות, ובעיקר במחלקות הפנימיות. הם גם מורידים את השהות הממוצעת בבית החולים בגלל היותם אשפוזים ליום-יומיים.

אם קיימת מצוקת אשפוז כזו, מדוע לא נוספות מיטות אשפוז פרטיות שישרתו את קופות החולים ויקטינו את עודף הביקוש? התשובה היא כי השקעה כזו אינה כדאית בתנאים שתוארו לעיל. השקעות פרטיות למטרות רווח בתחום האשפוז מניבות רווחים גדולים הרבה יותר במיטות כירורגיות, דוגמת בית החולים אסותא או הרצליה מדיקל סנטר. ראשית, בתי חולים אלה אינם כוללים מחלקות פנימיות, חדרי מיון ומחלקות טיפול נמרץ שההשקעה בהן גבוהה וההכנסה, כפי שתואר לעיל, נמוכה. שנית, החולים המאושפזים בבתי חולים אלה הינם החולים בעלי הביטוח המשלים ושהינם חולים קלים ועם סיכון נמוך יחסית בכל סוג ניתוח. למשל אם נתמקד בניתוחי מעקפים (ניתוחי לב פתוח), חולים קשים ומסוכנים יאושפזו בבתי החולים הגדולים הכלליים, כי קיים חשש לסיבוכים (ולצורך בטיפול נמרץ) ולצורך במומחים נוספים (מהאגף הפנימי). חולים קלים יחסית, שרמת הסיכון בניתוחם קטן, יכולים להתאשפז בבתי החולים הפרטיים הללו. היות והם חולים קלים יחסית, ההוצאה עליהם קטנה יחסית, כך שלבית החולים נוצר רווח נאה מהתשלום הדיפרנציאלי הקבוע עבור ניתוחי מעקפים, שנקבע כדי לכסות את עלויות הניתוח בבתי החולים הגדולים והיקרים. יתר על כן, הניתוחים בבתי החולים הפרטיים מבוצעים על ידי המנתחים הבכירים (הנבחרים על ידי החולים במסגרת הביטוח המשלים, ראה פרק 7 לעיל) המועסקים בבתי החולים הציבוריים הכלליים. כפי שפורט בפרק 8, מנתחים אלה עוזבים את בית החולים הציבורי כדי לעבוד בבתי החולים הפרטים, ובכך מעצימים עוד את מצוקת האשפוז בבתי החולים הכלליים הציבוריים.

ניתן לסכם ולומר כי מערכת האשפוז הכללי סובלת ממספר חוליים, שהסימפטום הבולט שלהם היא מצוקת אשפוז (במסדרונות) האגף הפנימי. חוליים אלה הם תוצאה של ההתנהלות ההיסטורית הלקויה של משרד הבריאות הן בתחום התאמת מספר המיטות הכלליות לצרכי האוכלוסייה, והן בתחום סדרי התגמול לבתי החולים הכלליים. בפרק 20 נציע דרכים להבראת מערכת האשפוז הכללי, במסגרת תהליך התאגוד של בתי החולים הממשלתיים.

13. ביקורים של 7 דקות ומחסור באחיות - כוח אדם רפואי וסיעודי במערכת הבריאות בישראל

אחת התלונות הנפוצות ביותר בקרב רופאי הקהילה היא שאין להם זמן מספיק לראות את חוליהם, ובגלל עודף ביקוש של חולים, אורך הביקור הממוצע במרפאותיהם הוא קצר (7 דקות הוא מספר נפוץ) מדי מכדי לספק טיפול טוב ואיכותי לחוליהם. אורך ביקור מוגבל, או קיצוב זמנו של הרופא, הוא סימפטום למצב של מחסור בזמן רופאים הנובע בדרך כלל, ממחסור ברופאים. במקביל, רבים מציינים את המחסור באחיות בתי חולים כסיבה למצוקת האשפוז, לאיכות טיפול ירודה ולשירות גרוע הניתנים בבתי החולים. מחסורים אלה מעלים את סוגיית כוח האדם במקצועות הבריאות בישראל.

כוח אדם הוא המשאב העיקרי במערכת הבריאות, הן מבחינת ההוצאה על תשומות ב"יצור הבריאות" והן מבחינת קביעת איכות הטיפול הרפואי ותוצאותיו. הרופאים והאחיות מהווים את המרכיב העיקרי בכלל המועסקים במערכת הבריאות – כ- 40% מכלל המועסקים, והשכר המשולם להם מסתכם בכ- 60% מכלל תשלומי השכר במערכת הבריאות.

בגלל המעורבות הממשלתית החזקה במערכת הבריאות ולאור קיומם של ארגוני עובדים מקצועיים חזקים, שוק העבודה של מקצועות הבריאות אינו פועל בתנאים של תחרות חופשית. לכן, תופעות של "מחסור" ושל "עודף" עובדים אינן מתאזנות על ידי שינויים בשכר העבודה. למעשה, מצבים של "מחסור" ו"עודף" נקבעים לאור סטנדרטים נורמטיביים ביחס ל"צרכי האוכלוסייה" שגובשו על ידי הארגונים המקצועיים, משרד הבריאות ומתוך השוואות בינלאומיות.

ממחקרים בארץ ובעולם עולה כי ישנם מספר גורמים הקובעים את זמינותם של רופאים ואחיות בחברה (כלומר רופאים ואחיות לנפש), והם:

- גודל המחזורים המסיימים בתי ספר לרפואה ולסיעוד
- נשירה – יש רופאים ואחיות שנושרים מהעיסוק הקליני ופונים למקצועות אחרים

- פרישה – רוב הרופאים והאחיות פורשים בגילים המקובלים (67 ו- 64 בהתאמה). ואולם כאמור, קיימת נשירה כמו גם כאלה שממשיכים לעבוד במקצועם מעבר לגיל הפרישה. כמו כן, שיעור הפורשים בגיל מוקדם יותר – כולל צמצום שעות העבודה (פרישה חלקית) – עולה בשנים האחרונות.

- שיעור נשים (רופאות) – נשים מקדישות פחות זמן מאשר גברים לעיסוק הקליני, ולכן עליה בשיעור הנשים גורמת לצמצום שעות העבודה במקצוע.

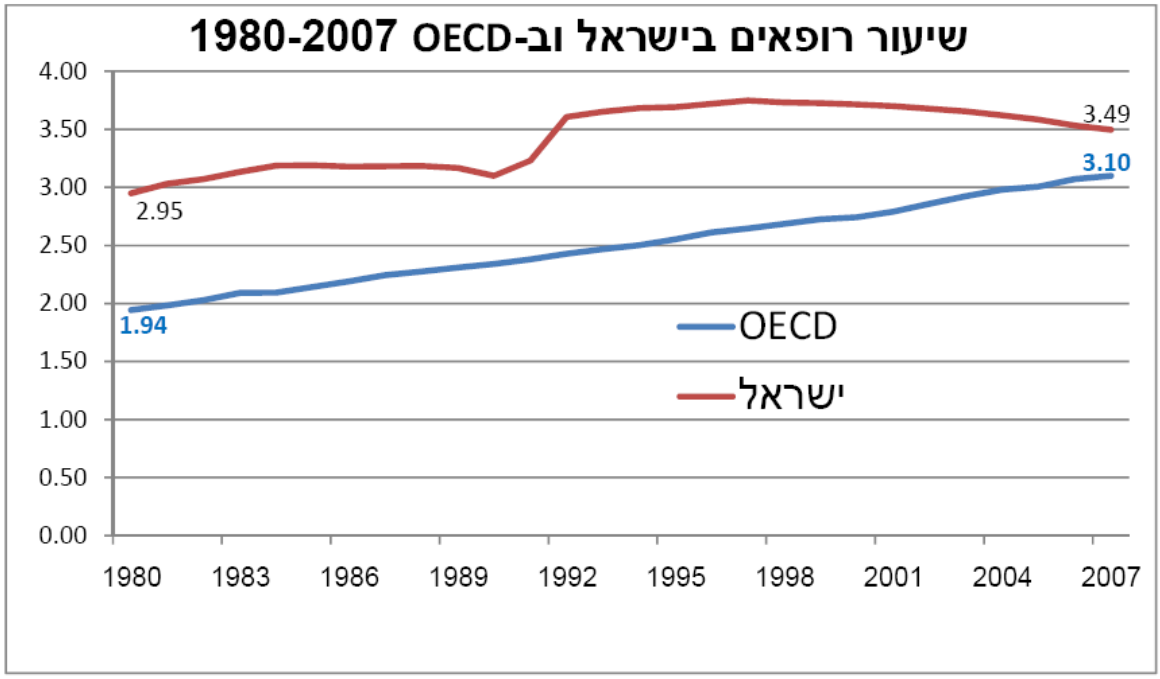
- הגירה – מספר הרופאים והאחיות נקבע גם לפי מספר אלה המהגרים מהארץ כמו גם העולים אליה.

מנגד, מבנה גיל האוכלוסייה וגודלה, מצב בריאותה ורמת חייה קובעים את הצרכים ואת הביקושים לשירותי הרופאים.

איור 9 מתאר את מספר הרופאים לאלף נפש בישראל לעומת הממוצע בארצות המפותחות (OECD). מספר הרופאים לנפש בישראל גבוה ממספרם בארצות המפותחות (OECD). בשנת 2007, למשל, היו בישראל 3.49 רופאים לאלף נפש לעומת 3.1 בממוצע במדינות OECD. אם נביא בחשבון שהאוכלוסייה הישראלית צעירה מזו שברוב ארצות OECD, מתברר שזמינות הרופאים בישראל הינה גבוהה בנורמות הבינלאומיות. מכאן שלא היינו צריכים להיות עדים למחסור בשעות רופא באופן כללי. עם זאת, רבים טוענים כי במקצועות של רופאי משפחה וילדים כן קיים מחסור. כמו כן, כפי שניתן ללמוד מאיור 10, ישראלים מבקרים יותר אצל רופאים מאשר רוב המדינות המפותחות, ובכך מגבירים את הצורך בצמצום זמן הביקור.

בעוד שמספר הרופאים לנפש בארצות ה OECD הולך וגדל בהתמדה, מספר הרופאים בישראל, נמצא, מאז תחילת שנות התשעים, בירידה. אם ימשכו הדפוסים הקובעים את זמינות הרופאים שנדונו לעיל, אזי בשנת 2025 יהיו בארץ 2.6 רופאים לאלף נפש, מספר קטן מאד שיעמיד את מערכת הבריאות במצוקת טיפול חמורה.

איור 9: מספר רופאים לאלף נפש בישראל ובממוצע OECD



מקור: דו"ח הועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל, משרד הבריאות, ירושלים, יוני 2010

הערות לאיור. ישראל בורכה במספר רב של רופאים לנפש יחסית לרוב מדינות העולם. גלי העלייה מבריה"מ לשעבר ב- 1990 גרמו לעלייה בולטת במספר הרופאים. אולם, בעוד שמספר הרופאים לנפש במדינות ה OECD ממשיך לעלות באופן רצוף, בישראל מסתמנת מגמת ירידה החל מסוף שנות ה- 90.

איור 10: מספר ביקורים אצל רופא לאלף נפש בישראל ובמדינות OECD

		1980	1990	2000	2005
1	אוסטריה	5.4	5.9	6.7	6.7*
2	אוסטרליה	4.0	6.1	6.4	6.1
3	איטליה			6.1	7.0
4	איסלנד		5.1	5.8	6.5
5	אירלנד				
6	ארה"ב			3.7	3.8*
7	בלגיה	7.1	7.7	7.9	7.5
8	בריטניה	5.2	6.1	5.3	5.1
9	גרמניה			7.3	7.0*
10	דנמרק	5.0	5.7	6.9	7.5*
11	הולנד	4.9	5.5	5.9	5.4
12	הונגריה			11.1	12.6
13	טורקיה	1.2		2.5	3.1*
14	יוון	2.6	2.5		
15	יפן		13.8	14.4	13.8*
16	ישראל	8.5	10.0	7.1	8.4**
17	לוקסמבורג			6.1	6.1
18	מכסיקו	1.3	1.7	2.5	2.5*
19	נורווגיה				
20	ניו-זילנד	3.7			
21	סלובקיה			15.0	11.3
22	ספרד				
23	פולין	6.5	5.8	5.4	6.3
24	פורטוגל	3.7	3.0	3.5	3.9
25	פינלנד	3.2	3.9	4.3	4.3
26	צ'כיה	12.4	11.8	12.6	13.2
27	צרפת	4.2	5.9	6.8	6.6*
28	קוריאה				11.8
29	קנדה	5.6	6.7	6.3	6.0*
30	שוודיה	2.6	2.8	2.8	2.8
31	שוויץ				

* נתוני 2004

** מתוך סקר בריאות לאומי , שנת 2004, גילאי 21+

מקור: השוואות בינלאומיות במערכת הבריאות – ארצות OECD וישראל, משרד הבריאות, ירושלים, 2007

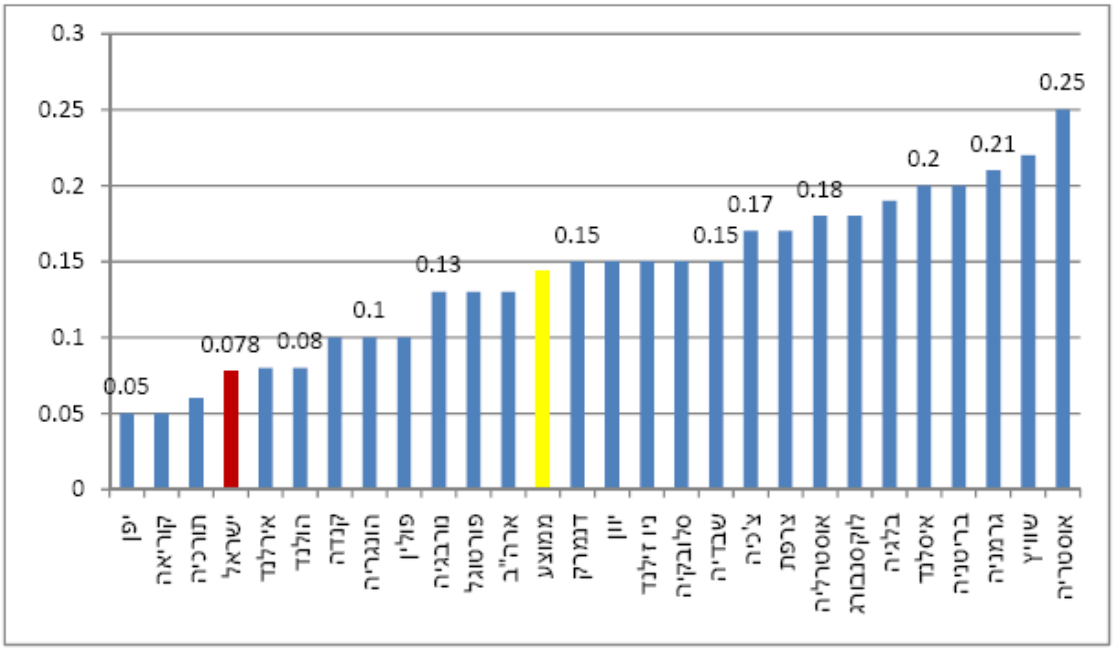
הרופאים אינם אחידים בהתמחותם. לכן מעניין לבחון את זמינותם של רופאים לפי התמחותם. ההתמחויות עם מספר הרופאים לאלף נפש הגבוה ביותר הן: רפואה פנימית (0.338), רפואת ילדים (0.254), רפואת משפחה (0.193), יילוד וגניקולוגיה (0.137) ופסיכיאטריה (0.117). לעומת זאת, קיימות התמחויות עם מחסור מובהק ברופאים: טיפול נמרץ ילדים (0.006), נוירוכירורגיה (0.009), רפואה דחופה (0.014), טיפול נמרץ כללי (0.016) והרדמה (0.078). עם זאת, כפי שציינו קודם, יש הטוענים כי גם בקרב התמחויות בהן קיים מספר הרופאים לנפש הגבוה ביותר (משפחה וילדים), עדיין קיים מחסור הגורם ללחץ באורך הביקור ובהמתנה לתור.

המחסור הבולט בהתמחויות השונות שהוזכרו מקבל אישוש מהשוואות בינלאומיות, שוב בהסתייגויות שכבר הזכרנו (רמת צרכים, דפוסי פרקטיקה, סדרי תגמול לרופאים בהתמחויות השונות וכו'). לדוגמה, איור 11 מציג את מספרי המומחים בהרדמה לאלף איש בישראל ובמדינות OECD. מספר זה עמד בישראל על 0.078 בעוד שממוצע OECD עמד על כמעט כפליים, 0.015.

בקרב האחיות המצב ברור ומדאיג – מספר האחיות לנפש בישראל נמוך במידה ניכרת ומאז (לפחות) 1995 מאשר הממוצע בקרב הארצות המפותחות (OECD), ומספר זה נמצא במגמת ירידה (איור 12). בשנת 2007, היו בישראל 5.74 אחיות לאלף נפש בעוד שממוצע ארצות ה OECD עמד על 8.58. יתר על כן, גם במדינות עם שיעור אחיות גבוה יחסית, מדברים על מחסור באחיות ביחס לרצוי. אם ימשכו הדפוסים הקיימים כיום, התחזית היא שבשנת 2025 יהיו 5.1 אחיות לאלף איש בלבד.

בפרק 21 להלן נראה כי תכנון כוח אדם רפואי וסיעודי זכה לתשומת לב של משרד הבריאות, וועדות שונות נדרשו לפתרונות האפשריים למצוקה של אחיות ושל רופאים במספר התמחויות (בהווה) ושל רופאים בסך הכול (בעתיד).

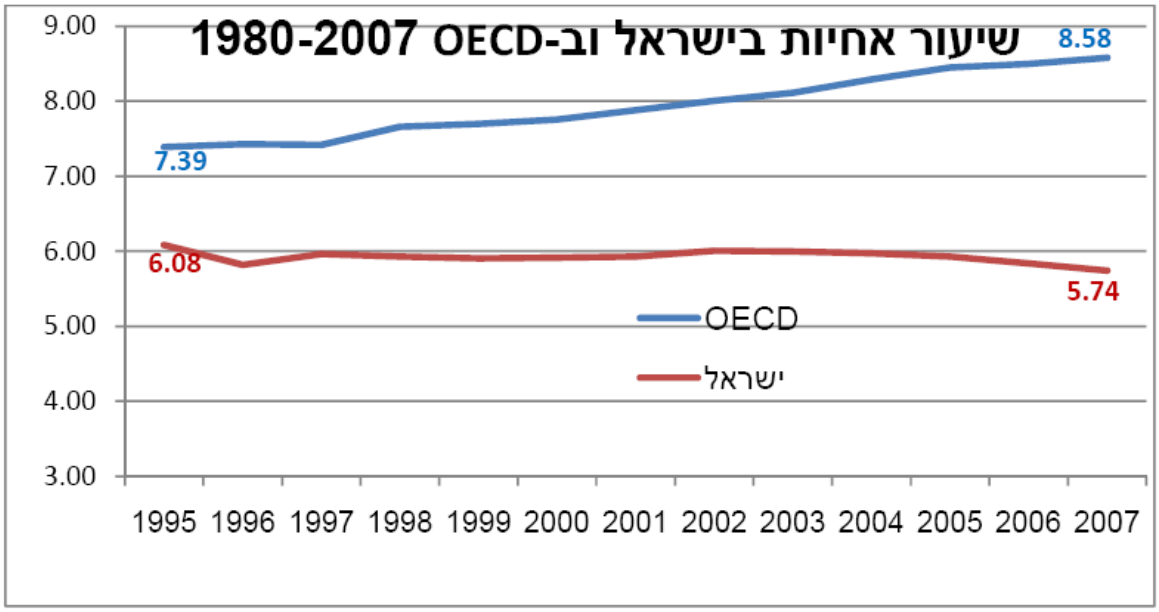
איור 11: מספר מומחים בהרדמה לאלף נפש בישראל ובארצות OECD



מקור: OECD

הערות לאיור. מספר המרדימים לנפש בישראל נמוך במיוחד (0.078). זאת בהשוואה לרוב מדינות ה OECD. מעניין לציין כי גם בארה"ב, מערכת שבה כוח האדם הרפואי נמצא בשפע יחסי, שעור המרדימים נמוך מהממוצע במדינות OECD. את הממוצע "סוחבות" למעלה מדינות כמו אוסטריה, שוויץ, וגרמניה עם שיעורי מרדימים הגבוהים מ 0.2 לאלף נפש.

איור 12: מספר האחיות לאלף נפש בישראל ובממוצע ארצות OECD



מקור: דו"ח הועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל, משרד הבריאות, ירושלים, יוני 2010

הערות לאיור. כבר בשנת 1995 מספר האחיות לאלף נפש בישראל (6.08) נפל מזה הממוצע בארצות המפותחות (7.39). ובעוד שמספר זה עלה בהתמדה במדינות המפותחות, מספר זה ירד קלות בישראל, כך שבשנת 2007 המספרים עמדו על 5.74 בישראל לעומת 8.58 בממוצע בארצות OECD.

14. פערים ואי שוויון בבריאות, בנגישות ובשימוש בשירותי בריאות[13]

פערים בבריאות ובשימוש בשירותי בריאות בין קבוצות אוכלוסייה *בתוך* חברה מהווים חולי הפושה במהירות במערכות בריאות רבות בעולם (לעיתים מכונה חולי זה "אי השוויון בבריאות" במקביל לביטוי המוכר "אי השוויון בהכנסות"). חומרתה של הבעיה מודגשת, כמובן, במערכות המבוססות על מימון ציבורי, אוניברסאליות, צדק ועזרה הדדית, שחרטו על דגלן את ערך השוויוניות, דוגמת המערכת הישראלית.

קיימים, כמובן, פערים בבריאות הנובעים מגורמים גנטיים, סביבתיים או מחוסר מזל. אלה הם פערים "בלתי נמנעים". ואולם חלק ניכר מהפערים הנמדדים קשורים באופן שיטתי בתכונות חברתיות-כלכליות – למשל רמת השכלה, הכנסה, מוצא, דת או מקום מגורים – והם ניתנים למניעה.

למרות המסורת הסוציאליסטית שאפיינה את הקמת המדינה, ישראל היא אחת המדינות עם רמת אי השוויון הכלכלי-חברתי מן הגבוהים בעולם המפותח. ישראל היא המדינה שבה שיעור העניים הוא הגבוה ביותר בקרב מדינות ה OECD, ארגון אליו הצטרפה ישראל לאחרונה. בשנת 2005, 20% ממשקי הבית בישראל הוגדרו כעניים (רמת הכנסה נמוכה ממחצית חציון ההכנסות) לעומת 11% בלבד בממוצע במדינות ה OECD. תחולת העוני גבוהה יותר בקרב משפחות חרדיות, ערביות, קשישות, חד-הוריות, בעלות השכלה נמוכה ותושבות הפריפריה. יחד עם ארה"ב, ישראל נמצאת במקום השלישי מלמעלה (אחרי מקסיקו ותורכיה) במידת אי-השוויון בהתחלקות ההכנסות כפי שנמדד על ידי מדד ג'יני. בשנת 2005, מדד זה הגיע בישראל ל 0.38 (1=אי שוויון מרבי) בעוד שבממוצע במדינות המפותחות עמד מדד זה על 0.28.

מכאן לא ייפלא כי גם אי-השוויון בבריאות בישראל הוא גבוה. להלן נביא מספר ממצאים שימחישו את הפערים במדדים שונים של בריאות האוכלוסייה בין קבוצות אוכלוסייה שונות.

תמותה היא אחד המדדים המרכזיים לבריאות של אוכלוסיות, ונראה כי קיימים פערים ניכרים *בתמותה* בשכבות אוכלוסיה שונות:

---

[13] לפירוט ראה: אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו, משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, ירושלים 2010.

לפי *איזור מגורים*. לפי נתוני משרד הבריאות והלמ"ס, בשנות האלפיים, תושבי נפת פתח תקווה צפויים היו בלידתם לחיות 80.5 שנים, בעוד תושבי נפת חדרה – רק 77.2 שנים. בעיר רעננה אורך החיים הצפוי בלידה היה 83.7 ואילו בעיר נצרת – 77.8 שנים. שעור תמותה מתוקנן לגיל ממחלות לב בקרב בני 40+ היה כ 480 למאה אלף בנפת צפת לעומת 370 למאה אלף בנפת ירושלים. וכמו כן, נמצא קשר חיובי ברור בין המעמד החברתי-כלכלי של יישוב (שנמדד על ידי צירוף של משתנים כגון רמת הכנסה ממוצעת, בעלות על מכוניות, ערך דירה ממוצע וכו') לבין אורך החיים בלידה (ישוב חריג הוא העיר בני ברק, הסובלת ממעמד חברתי-כלכלי נמוך אך מאורך חיים גבוה, ללמדך על פערים באורך החיים גם לפי מידת דתיות.....).

לפי *לאום*. נשים ערביות חיות בממוצע 4 שנים פחות מאשר נשים יהודיות, וגברים ערבים חיים בממוצע 5 שנים פחות מאשר גברים יהודיים. שעור תמותת תינוקות (עד גיל שנה) מתוך 1000 לידות חי בקרב יהודים עמד על 3 בממוצע בתקופה 2005-2008 (נתוני הלמ"ס). בקרב הערבים, שעור זה הגיע ל 7. שעורי תמותה מתוקננים לגיל ממחלות לב וסכרת באוכלוסייה הערבית הם פי 2.5 מאשר באוכלוסיה היהודית בשנים האחרונות.

לפי *השכלה*. נשים בעלות השכלה נמוכה כפופות לסיכון למוות הגבוה פי 5 מאשר נשים עם השכלה גבוהה, ופי 1.7 לסיכון לתמותה מסרטן השד. כמו כן, השכלת האם נמצאה כגורם מגן על בריאות התינוקות שלה.

יהודים לפי *מוצא*. שיעור התמותה המתוקנן לגיל בקרב יוצאי אפריקה בני 45+ עמד על 20.4 ל 1,000 נפש בשנים 2006-2008. זאת לעומת שיעורים של 17.7 בקרב עולי בריה"מ לשעבר, ו 18.5 בקרב יוצאי אסיה. שיעור ההתאבדויות גבוה פי 1.9 בקרב גברים עולים מבריה"מ ופי למעלה מ 6 בקרב גברים עולי אתיופיה ביחס לגברים יהודים ותיקים.

גם ברמות *התחלואה הכרונית המדווחת* נמצאו פערים ניכרים בין קבוצות אוכלוסיה (סקר הלמ"ס ומשרד הבריאות שפורסם בשנת 2006).

לפי *איזור מגורים*. 11.5% מתושבי מחוז הדרום מדווחים כי רופא אבחן אצלם מחלת לב, לעומת 7-8% בשאר מחוזות הארץ. 25% מדווחים על אבחנה של לחץ דם גבוה במחוז הדרום לעומת 17% במחוז ירושלים ו 20% במחוז תל

אביב. 5.5% מדווחים על אבחנה של סוכרת במחוז ירושלים לעומת 9% במחוז חיפה ובמחוז תל אביב. דו"ח של משרד הבריאות משנת 2007 מציין כי בחיפה, תל אביב ובאר שבע התקיימו שעורי תחלואה מתוקננת לגיל מסרטן הגבוהים מאלה שנמצאו ביתר חלקי הארץ. בניגוד לנמצא בתחלואה אחרת, מתברר כי מחלת הסרטן היא מחלה "עירונית" ובעיקר של הערים העשירות יותר. לבסוף, בעוד שבמחוז ירושלים 72% דווחו על בריאות נפשית טובה מאד או מצוינת, השיעור שנמצא במחוז הדרום עמד על 56%, בצפון – 59% , ובתל אביב – 65%.

לפי <u>לאום</u>. בקרב יהודים בני 45-64, 9.2% דווחו על אבחנה של מחלת לב, לעומת 17.8% בקרב ערבים. באותה קבוצת גיל, 25.8% מקרב היהודים דווחו על אבחנה של לחץ דם גבוה ו 10.1% דווחו על אבחנה של סכרת לעומת שיעור של 34.8% ו – 19.6% בהתאמה בקרב הערבים. לעומת זאת, הסיכוי לחלות בסרטן בקרב הערבים נמוך במידה ניכרת מאשר בקרב היהודים. לבסוף, בעוד שכ 6% מקרב היהודים דווחו על מצוקה נפשית, שיעור זה בקרב הערבים הגיע ל 17%.

לפי <u>השכלה</u>. לא נמצאו הבדלים עקביים בשכיחות אבחנות של מחלות לב ויתר לחץ דם לפי רמת השכלה. לעומת זאת, 6% מקרב בעלי השכלה אקדמית מדווחים על אבחנה של סכרת לעומת 20% בקרב בעלי השכלה יסודית. לבסוף, בעוד שכ 70% מבעלי השכלה אקדמית מדווחים על בריאות נפשית טובה מאד או מצוינת, השיעור המקביל בקרב בעלי השכלה יסודית הוא 57%.

יהודים לפי <u>מוצא</u>. יוצאי אירופה-אמריקה מדווחים על אבחנה של מחלת לב פי שניים מאשר יוצאי אסיה – אפריקה (13.8% לעומת 6%). 22% מקרב עולי בריה"מ לשעבר מדווחים על אבחנה כזו. מצב דומה מתקיים באבחנה של לחץ דם גבוה – 29% בקרב יוצאי אירופה-אמריקה (ו 35% בקרב עולי בריה"מ לשעבר) לעומת 14-18% בקרב יוצאי אסיה-אפריקה. לא נמצאו הבדלים באבחנה של סוכרת לפי מוצא. עם זאת, יש לציין את העלייה התלולה בהמצאות של סכרת בקרב עולי אתיופיה בתום 15 שנה לעלייתם לארץ. לבסוף, רק 25% מקרב עולי בריה"מ לשעבר מדווחים על בריאות נפשית טובה מאד או מצוינת, לעומת 54% מקרב יוצאי אירופה-אמריקה ו 68% מקרב יוצאי אסיה-אפריקה.

לפי *רמת הכנסה*. כ 15% בקרב בעלי "פטור" מהשתתפויות עצמיות של הקופות (בגלל הכנסה נמוכה, נכות, ניצולי שואה) סובלים מסוכרת וכ 2.4% סובלים מאסתמה לעומת כ 3% ו 1% בהתאמה בקרב האוכלוסייה הכללית.

אחת הסוגיות הבוערות במערכת הבריאות הוא אי-השוויון בפריסת שירותי בריאות והפערים הגיאוגרפיים בזמינות השירותים. באופן כללי, מחוזות הצפון והדרום סובלים מהיצע מוגבל של שירותי רפואה – קהילתיים ואשפוז – ביחס למחוזות המרכז.

שיעור הרופאים המקצועיים ל 10,000 נפש במחוז הדרום עמד על 3.2[14]. במחוז הצפון השיעור הסתכם ב – 2.8, ואילו במחוזות תל אביב, חיפה, מרכז וירושלים שיעור זה היה בין 5 לבין 5.5 רופאים מקצועיים ל10,000 נפש. תמונה דומה מתקבלת גם משעור המשרות המלאות של רופאים ל 10,000 נפש במחוזות השונים: 7.6 בצפון, 8.4 בדרום, וכ 11 במחוזות חיפה, מרכז וירושלים.

שיעור המיטות באשפוז כללי ל 1,000 נפש בישראל (2 מיטות) הוא בין הנמוכים בעולם המפותח. ואולם, במחוז הדרום והצפון שיעור זה עמד, לפי נתוני משרד הבריאות מ 2008, על 1.5 בלבד. במחוזות תל אביב וחיפה, לעומת זאת, השיעור הגיע ל 2.5. תמונה דומה מתקבלת מהשוואת השיעורים באגפי האשפוז השונים, כולל טיפול נמרץ וחדרי מיון.

אם נחבר את הממצאים לגבי התחלואה במחוזות השונים יחד עם הממצאים על זמינות שירותי רופאים ומיטות אשפוז, נקבל (ראה איור 13) את אחד מהביטויים הכואבים של החולי הנדון – דווקא היכן שיש צורך גבוה יחסית לטיפול רפואי, היצע השירותים הוא מוגבל יחסית. בפרק 7 לעיל הראינו כי אחד הגורמים לאי השוויון בזמינות רופאים בין הישובים השונים הוא נוסחת הקפיטציה שאינה מתגמלת את הקופות על הטיפול היקר יחסית של החולים הכרוניים, ולכן הקופות מתחרות – דרך הגברת הנוכחות של רופאיהן - על המבוטחים בישובים הבריאים והעשירים.

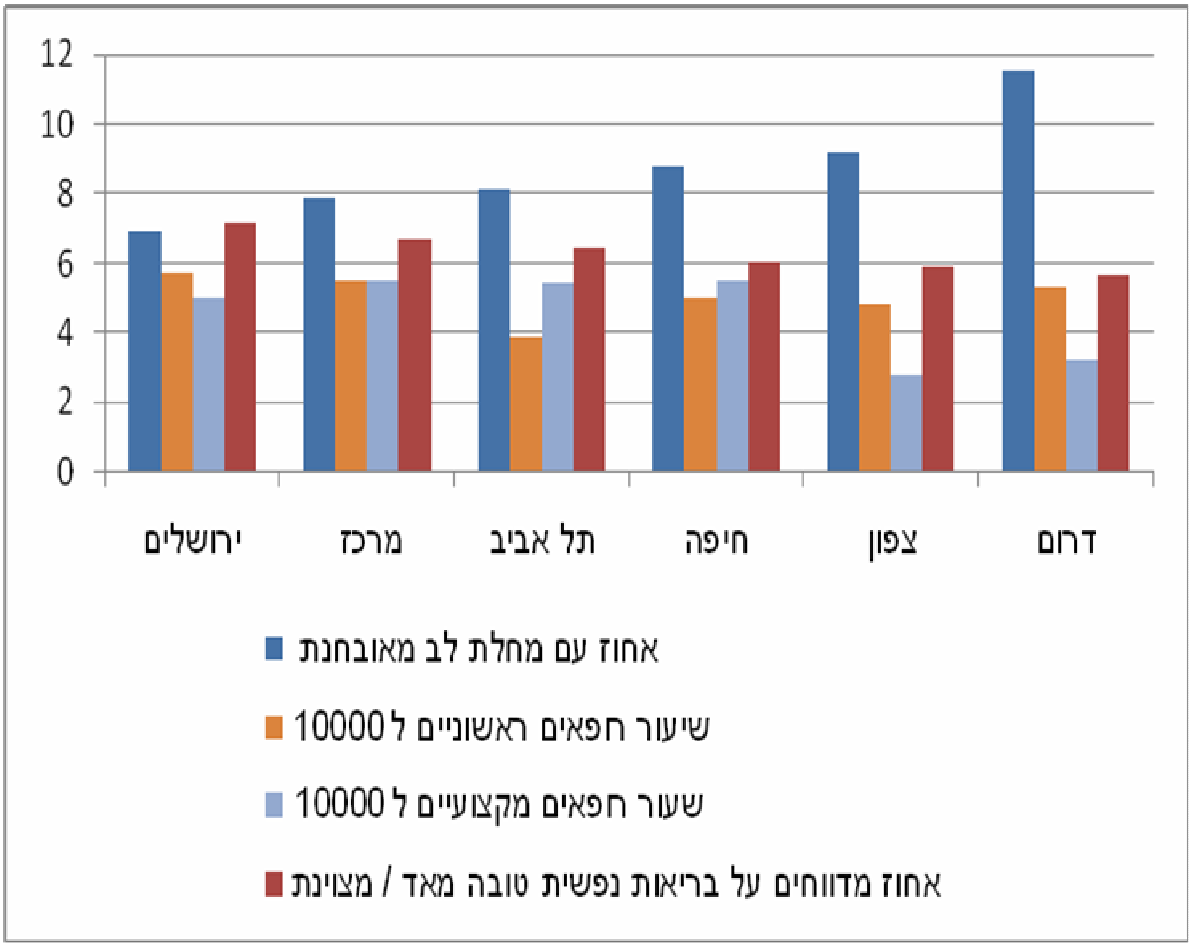
סקרים שונים זיהו חסמים בולטים לשימוש בשירותי הבריאות בקרב קבוצות אוכלוסייה שונות. על ההשתתפות העצמית כחסם לשימוש בשירותי מומחים ובתרופות בקרב העניים והחולים הכרוניים עמדנו לעיל בפרק 11. עולים

[14] שמש וחב', הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ותעסוקתיים, משרד הבריאות, ירושלים, 2007.

מבריה"מ ומאתיופיה ואוכלוסיית הבדואים בדרום משתמשים בשירותי בריאות פחות מאזרחים יהודים ותיקים, למרות שמצב בריאותם גרוע יותר. החסם הוא תרבותי וקשור גם בקשיי שפה ומרחק. נשים ערביות וחרדיות פונות לשירותי רופא נשים ולטיפול נפשי פחות מאשר נשים יהודיות ולא חרדיות.

לסיכום, למרות שישראל היא מדינה קטנה בשטחה ובגודל אוכלוסייתה, מסתמנים פערים גדולים בבריאות, בהיצע של שירותי בריאות ובשימוש בהם בין קבוצות אוכלוסייה המאופיינות על ידי איזור מגורים, לאום, מוצא, השכלה ורמת הכנסה. ממצאים אלה מהווים חולי מכאיב ומטריד במערכת שחרטה על דגלה את ערך השוויון בשנת 1995, עם החלת חוק ביטוח הבריאות הממלכתי.

איור 13: שעורי תחלואה לעומת שיעורי רופאים לנפש לפי מחוזות



הערות לאיור: מחוזות הצפון והדרום מאופיינים על ידי שיעור תחלואה גבוהים יחסית (שעור תושבים עם מחלת לב מאובחנת ושיעור תושבים שדווחו על בריאות נפשית טובה מאד או מצוינת). בה בעת, מחוזות אלה נהנים מזמינות נמוכה יותר (שעור רופאים ל 10,000 נפש) של רופאים, ובעיקר של הרופאים ה"יקרים" יותר, הרופאים המקצועיים.

<u>חלק שלישי:</u> מרשמי הטיפול והדרכים להבראה

שמונה מרשמי טיפול ודרכים להבראת מערכת הבריאות, המאורגנים בארבעת התחומים שבמסגרתם פורטו האבחנות בחלק השני לעיל, מפורטים בחלק זה.

סל שירותי הבריאות

15. עדכון ריאלי של תקציב סל הבריאות

בפרק 5 לעיל תיארנו את תהליך עדכונו של סל שירותי הבריאות מאז 1995 והסקנו כי תהליכי עדכון לקויים הביאו לשחיקה של כרבע מתקציב הסל בשנים האחרונות. במילים אחרות, תקציב הסל הנוכחי יכול "לקנות" או ל"ייצר" בריאות לאוכלוסייה ברמה הנופלת במונחים ריאליים (מחירים ויכולת טכנולוגית) בכרבע מזו שהתאפשרה על ידי תקציב הסל בשנת 1995.

כפי שתואר בפרק 5, העדכון (הלקוי) של הסל מתבצע דרך שלושה מקדמים: עדכון מחירי הטיפול, עדכון דמוגרפי ועדכון טכנולוגי. בכל אחד משלושת המנגנונים הללו אובחן חולי, ובהמלצה על הדרך לפתרון נתייחס לכל אחד בנפרד.

- <u>עדכון מחירים</u>. מדד יוקר הבריאות המשמש לעדכון המחירים אינו מתאים לכך. המדד נקבע כמדד זמני בשנת 1995, והגיע הזמן לעדכנו ולשנותו. **מן הראוי שהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, האמונה על חישובי מדדי מחירים, תיטול משימה זו על עצמה.** כשם שהלשכה מחשבת באופן סדיר את מדד מחירי התשומות בבניה, מדד מחירי התשומות בסלילה, ואת מדד מחירי התשומות במלונאות, כך עליה לחשב את "מדד מחירי התשומות בבריאות" שישקף נאמנה את מחירי התשומות בהן משתמשות הקופות באספקת טיפול רפואי. ההצמדה אינה חייבת להיות ב 100%. יש מקום לדרוש התייעלות מהקופות, ולהצמיד את עדכון הסל מבחינת מחירים ב- 95% , למשל, מהשינוי במדד.

- <u>עדכון דמוגרפי</u>. העדכון הדמוגרפי מטרתו לשמור קבוע את תקציב הסל למבוטח סטנדרטי. כלומר, אם לא חלו עליות מחירים ולא חלה כל התקדמות טכנולוגית, שיעור עדכון תקציב הסל צריכה להשתוות לשיעור השינוי

בגודל האוכלוסייה המתוקננת לפי נוסחת הקפיטציה. כפי שתואר בפרקים 5 -6 , עד נובמבר 2010, העדכון נעשה לפי השינוי במספר הנפשות המתוקננות לגיל. מנובמבר 2010 ואילך העדכון הדמוגרפי נעשה מורכב יותר וצריך לכלול את גודל האוכלוסייה, והרכב הגילים בתתי-האוכלוסיות המוגדרות לפי מין ומקום ישוב - פריפריה או מרכז.

הסוגיה המרכזית בעדכון הדמוגרפי היא מידת ההצמדה של העדכון לשינויים בפועל. משרד האוצר משתמש בתוצאות של ניתוחי פעילות של חברות ומפעלים בתחומים אחרים וטוען כי קיימים יתרונות לגודל במשק הקופות. אחרים טוענים שלא קיימים יתרונות לגודל במשק זה. התשובה לסוגיה היא אמפירית. **יש לבצע מחקר שיאמוד את מידת קיומם של יתרונות לגודל בשוק הקופות, וימליץ על מידת ההצמדה הנדרשת לאור התוצאות**. ללא תוצאות מחקר כזה, כל מידת הצמדה – הנקבעת לפי יחסי כוחות פוליטיים – תגרום או לבזבוז כספי ציבור כתוצאה מפיצוי עודף (אם אמנם קיימים יתרונות לגודל) או לפיצוי חסר והכנסת הקופות לגירעונות שלא באשמתן (אם אמנם לא קיימים יתרונות לגודל).

- מקובל בעולם שעור של 2-4% כמקדם הטכנולוגי, כלומר שעור הגידול השנתי בתקציב הסל המאפשר אימוץ טכנולוגיות חדשות במידה סבירה. כאמור בפרק 5, שעור הגידול בפועל מבחינת הקידום הטכנולוגי היה רחוק משיעורים אלה. **בסוגיה זו מומלץ לקבוע שעור גידול טכנולוגי קבוע ומובטח מראש בגובה מינימאלי של 2%, עם גמישות כלפי מעלה לפי מצב המשק והאפשרויות ברמת המאקרו.** במקביל, מוצע להתבסס באופן מפורש ורב יותר על הערכות כלכליות של הטכנולוגיות המוצעות להכללה בצד השיקולים האתיים-חברתיים הנדונים על ידי ועדת הסל.

מחקרים רבים שנערכו לאחרונה מלמדים כי ההשקעה הציבורית בטיפול רפואי היא אחת ההשקעות המשתלמות ביותר. אחד המחקרים הבולטים[15] מצא, למשל, כי עלות הטיפול הרפואי בתינוקות עם משקל לידה נמוך גדל מאז 1950 בכ-$70,000 לתינוק ואולם התועלת – חיים שניצלו ושנות חיים שנוספו לחברה – מוערכת ב $350,000, כלומר דולר

[15] Cutler DM, Your money or your life, Oxford University Press, NY 2004.

השקעה בטיפול ביילוד הפגיע הניב תשואה של 5$. דוגמה אחרת לקוחה מתחום בריאות הנפש: השיפור באיכות החיים וההקטנה בהוצאות הרפואיות כתוצאה ממניעת דיכאון על ידי התרופה פרוזאק מוערכת כפי 7 מאשר ההוצאה על התרופה, כלומר דולר הוצאה על התרופה מביא לתשואה של 7$ במונחי איכות חיים. לבסוף, כל דולר שמוצא על הטיפול (המשופר) בהתקפי לב ובמחלות לב בבני 45 ומעלה מאז 1950 הניב תשואה של 4$ במונחי הארכת חיים (בניכוי התרומה של פעילות גופנית, עישון וכו'). עולה מכאן כי ההוצאה על טיפול רפואי – ועל השיפורים הטכנולוגיים שמתרחשים בו – מביאה עמה שיפור בבריאות, באורך החיים ובאיכותם שערכו עולה, במקרים רבים, על ההוצאה.

מומלץ כי קובעי המדיניות – ובעיקר קברניטי משרד האוצר – יחדלו מלראות את תקציב הסל ואת ההוצאה על טיפול רפואי כהוצאה לתצרוכת שאפשר ורצוי לרסן, אלא כהשקעה המניבה תוצאות במונחי בריאות (שלא לדבר על תרומה לפריון העבודה והגדלת התעסוקה עם שיפור הבריאות) – שנות חיים נוספות, ירידה בתמותה, ושיפור איכות החיים מבחינת בריאות – הניתנות להערכה כספית ומלמדות על כדאיותה של ההשקעה. עם זאת, כאמור, יש לשקול בזהירות ובקפדנות את הטכנולוגיות החדשות המוצעות בשוק ולעדכן את סל הבריאות בטכנולוגיות המועילות ביותר.

16. הרפורמה בבריאות הנפש, במערך הסיעודי ובשירותי בריאות השן

הרפורמה בבריאות הנפש

במשך 15 שנה, מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, היה אמור להתבצע שינוי באופן מתן שירותי בריאות הנפש. ניסיון אחרון לרפורמה נעשה בינואר 2007, אז נחתם הסכם לפיו האחריות על שירותי בריאות הנפש תעבור לקופות החולים, אך במשך שלוש וחצי שנים הדבר לא קרה. מבקר המדינה ציין בדו"ח לשנת 2010: "בשנים האחרונות חלה הרעה בטיב השירותים הניתנים לסובלים ממצוקה נפשית ולפגועי נפש בעיקר בשל הדשדוש הקיים בקידום הצעת החוק להעברת האחריות לקופות החולים. על משרד הבריאות ומשרד האוצר בשיתוף קופות החולים להגיע ללא דיחוי להסכמות שיאפשרו למנוע את הפגיעה בסובלים ממצוקה נפשית ובפגועי הנפש בתקופת הביניים, עד להשלמת ההעברה".

במאי 2010 הודיע סגן שר הבריאות כי תחום בריאות הנפש יעבור לאחריותן של קופות החולים, והן שיעניקו טיפול נפשי לזקוקים לו. 15 שנים לאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, צפוי תחום בריאות הנפש לקבל יחס דומה לבריאות הגוף - ולהיות מטופל במסגרת קופות החולים. המהלך אושר בכנסת הקודמת בקריאה ראשונה ונדון בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות.

במסגרת הרפורמה, יקבלו קופות החולים סכום של כ-400 מיליון שקלים לצורך פיתוח שירותי בריאות נפש. המהלך נוגע לטיפולים הניתנים במרפאות הקהילה. בנוסף, יוקדשו משאבים רבים לפיתוח תחום הפסיכולוגיה של הילד, יתווספו 34 מקומות התמחות ותינתן תוספת של 15 מיליון שקלים להרחבת ההתמחות בתחום זה, שם מצוקת כוח האדם קשה במיוחד. בנוסף, ייקבעו מדדי איכות לטיפול.

במועד כתיבת שורות אלה, שלהי 2010, עדיין קיימים מאבקים על הרפורמה והיא עדיין לא יצאה לפועל. מומלץ להאיץ ולהשלים את ביצועה.

הרפורמה במערך הטיפול הסיעודי

המצב מורכב יותר בתחום הטיפול הסיעודי. **כאן ההמלצה היא להקים צוות שיבדוק את האפשרויות המעשיות הקיימות בפני המערכת הישראלית, ובהתבסס על הניסיון הבינלאומי, יגבש המלצות לשינוי**. נוכח הזדקנות

האוכלוסייה, אין ספק שתחום הטיפול הסיעודי יהפוך בקרוב לבעיה בוערת, ואם החולי לא יטופל במהרה, הוא עלול לגרום לקריסת מערך הטיפול הסיעודי בקשישי ישראל. בינואר 2011 הכריז סגן שר הבריאות כי בתוך שנה ייכלל הטיפול הסיעודי בסל הבריאות המסופק על ידי קופות החולים, והחוק עבר בקריאה ראשונה בכנסת. הכללה זו אמורה להיות ממומנת על ידי עלייה של כחצי אחוז במס הבריאות. צעד זה צפוי להיתקל בהתנגדות משרד האוצר המתנגד לעליית מס הבריאות וספקי השירותים הסעודיים הפרטיים החוששים מפגיעה בתנאי עבודתם והיקפה עם מעבר האחריות לקופות החולים. **יש לחזק את ידי משרד הבריאות במאבק הצפוי על הרפורמה במערך הטיפול הסיעודי**.

הכללת שירותי בריאות השן בסל קופות החולים

כשלי השוק לבריאות השן שתוארו בפרק 6 לעיל קוראים לשינוי במערך הטיפול הדנטאלי בישראל. אחד הפתרונות המקובלים במסגרת רגולציה כזו, הוא הקמתם של גופים הרוכשים שירותי בריאות במרוכז עבור חבריהם (Purchaser of care). גופים כאלה נהנים מיתרונות לגודל, מחזיקים בידע רפואי, ובעלי כוח מיקוח מול הרופאים; ובכך הם מקטינים מאד את בעיית ה- SID שנזכרה לעיל ואת חוסר היעילות שבתפקוד השוק. הביטוחים המשלימים (שב"ן) של הקופות החלו, בשנים האחרונות, למלא תפקיד חברתי זה (תוך התנגדות הסתדרות רופאי השיניים).

ואולם, השינוי הנדרש הוא להכליל שירותים אלה במסגרת סל קופות החולים. חורב ומן (2007)[16] מציעים לפעול בשלבים: תחילה להבטיח טיפול שיניים מונע, משמר ומשקם לילדים עד גיל 18 וקשישים המקבלים אבטחת הכנסה. בשלב שני יורחב הכיסוי לשאר האוכלוסייה. יש להבטיח קביעת השתתפויות עצמיות נמוכות, וכפי שהודגש בפרק 18 לעיל, השתתפויות עצמיות לא לפי עלות הטיפול אלא לפי יעילותו ותרומתו לבריאות השן ולאיכות החיים.

למרות שייתכנו מספר מודלים לאספקת הטיפול, ההמלצה היא שקופות החולים יספקו את שירותי בריאות השן. כפי שקופות החולים מספקות טיפול רפואי גופני (בפועל) ונפשי (כאשר הרפורמה תתגשם), כך הן צריכות לספק את הטיפול הדנטאלי. וכפי שהקופות נוהגות באספקת הטיפול הגופני הקהילתי – חלקן על ידי רופאים שכירים וחלקן על ידי התקשרויות עם רופאים עצמאיים, כך יספקו הקופות את שירותי בריאות השן או על ידי רופאי שיניים שכירים

[16] חורב ט. ומן י., רפואת הפה והשיניים: אחריות המדינה לתושביה, מרכז טאוב, ירושלים, 2007.

או על ידי התקשרות עם רופאי שיניים עצמאיים. בחלק מהקופות התשתיות והארגון כבר קיימים במסגרת הביטוח המשלים.

התמהיל הפרטי-ציבורי במערכת הבריאות

17. הגדרה מחודשת של תכניות הביטוח המשלים (השב"ן)

בפרק 7 עמדנו על החוליים הקשורים בביטוח המשלים המסופק על ידי קופות החולים. אחד השירותים הבסיסיים בתכניות השב"ן הוא בחירת רופא (מנתח או לחוות דעת יועצת). יש רבים הרואים בבחירת הרופא המטפל זכות בסיסית במערכות בריאות דמוקרטיות ומודרניות, ו "ועדת אמוראי"[17], בין היתר, המליצה כי יתקיים חופש בחירת רופא במערכת האשפוז הציבורית ללא תשלום נוסף (שם, המלצה 4ב ועמ' 159).

דרך להבטיח חופש בחירת רופא ובה בעת להגדיר מחדש את הביטוח המשלים היא להפוך את השירותים המרכזיים המוצעים על ידי השב"ן לחלק מסל שירותי הבריאות הבסיסי המסופק על ידי קופות החולים לכלל האוכלוסייה. תכנית וולונטארית הנרכשת על ידי 80% מהאוכלוסייה אינה יכולה להיחשב מותרות או "תוספת משלימה". הרכישה המסיבית של השב"ן מעידה כי הציבור מעוניין בשירותים אלה *ומוכן לשלם* עליהם. הוספת השירותים העיקריים של השב"ן לסל הבסיסי יבטיחו כיסוי אוניברסאלי לשירותים אלה ולכן יקטינו את אי השוויון הנובע מבעלות שונה על הביטוח המשלים, ויקטינו את חשיבותו של הביטוח המשלים במערכת. בכך תקטן האפשרות של הקופות לברור מבוטחים "רווחיים" ולמשכם לשורותיהן גם בסל הבסיסי, וכך גם התחרות בין הקופות לא תנוקז לתחום הביטוח המשלים אלא תתמקם בתחומי השירות והאיכות הנכללים בסל הבסיסי, עליו צריכות הקופות להתחרות לרווחת כלל האוכלוסייה.

הכללה זו תדרוש את העלאת מס הבריאות (או הגדלת ההשלמות מתקציב המדינה). יש רתיעה ציבורית ופוליטית (מוצדקת בחלקה) מהעלאת מיסים. עם זאת, **אחרי 15 שנים, נראה כי הגיע הזמן לבחון מחדש את מס הבריאות הן מבחינת רמתו, הן מבחינת הפרוגרסיביות שלו ומערך ההנחות והפטורים והן מבחינת השוואתו לתשלום דמי**

[17] דו"ח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, תל אביב , 2002.

ביטוח לאומי[18], ולכלול בו את העלייה הנדרשת מהכללת השירותים המרכזיים של השב"ן בסל הבסיסי (כמו גם מהכללת שירותי סיעוד ורפואת השן שנדונו בפרק 16 לעיל).

מקור אפשרי נוסף למימון הגדלת סל הבריאות הוא החזרת המס המקביל. המס המקביל – מס המבוסס על השכר המשולם על ידי המעסיקים – בוטל בשנת 1997 מתוך כוונה להוזיל את עלות העבודה ולעודד תעסוקה וצמיחה. ואולם בכך בוטלה כליל השתתפות המעסיקים בהשקעה בבריאות עובדיהם. במדינות רבות מס מעסיקים מהווה מקור מימון של סל שירותי הבריאות מתוך הכרה כי שיפור בריאות האוכלוסייה מועיל גם למעסיקים בכך שמצב הבריאות של עובדיהם משתפר, גדל פריון העבודה וקטנות היעדרויות מפאת מחלה. תרומת המעסיקים הישראלים לסל הבריאות הופסקה, ויש הצדקה לשקול לחדש גבייה זו. בכך יתוקן העיוות הפוטר את המעסיקים מהשקעה בבריאות עובדיהם וגם יגדלו המשאבים הייעודיים לממון סל הבריאות, כולל ההגדלה שתידרש עם העברת שירותים מהביטוח המשלים לסל הבסיסי.

[18] חורב ט. וקידר נ., אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, משרד הבריאות האגף לכלכלה וביטוח בריאות, ירושלים פברואר 2010 עמ' 39.

18. בחינה מחודשת של ההשתתפויות העצמיות בקבלת טיפול רפואי

סוגיית ההשתתפויות העצמיות בעת קבלת טיפול רפואי הינה, כפי שנדון בפירוט בפרק 9 לעיל, סוגיה עדינה ומורכבת. מצד אחד, מחקרים אמפיריים רבים הראו שכאשר טיפול רפואי ניתן בחינם, קיימת נטייה של המבוטחים להגזים ללא צורך בצריכתו, וכך מתבזבזים משאבי בריאות יקרים. מצד שני, הטלת השתתפות עצמית – בדרך כלל קבועה – הינה צעד רגרסיבי (כלומר העניים משלמים יחסית יותר), מטילה עומס כבד יותר על החולים הכרוניים (המשתמשים מן הסתם ביותר טיפול רפואי) ועלולה להרתיע חולים מלצרוך את הטיפול הרפואי הנדרש. שלושת החסרונות האחרונים מביאים גם הם לחוסר יעילות וחוסר הוגנות המודגשים במערכת של ביטוח בריאות ממלכתי.

ועדה פנימית של משרד הבריאות שדנה בסוגיה המליצה בקיץ 2010 להקטין באופן משמעותי את ההשתתפויות העצמיות על טיפול רפואי במסגרת הסל הבסיסי המסופק על ידי קופות החולים. בין היתר הומלץ על הקטנת התקרה הכספית החודשית על השתתפויות עצמיות לחולים כרוניים וקשישים המקבלים השלמת הכנסה, על מתן הנחה בגובה 10% מההשתתפויות לקשישים בני 75 ומעלה, ומתן הנחות בהשתתפות עצמית בתרופות לניצולי שואה. המלצות אלה התקבלו באהדה על ידי צמרת המשרד וגורמים חברתיים בכנסת, אם כי עד לנובמבר 2010 לא חל כל שינוי ממשי. ברור כי המתנגד העיקרי יהיה משרד האוצר הרואה בעיקר את צד ריסון השימוש המיותר ומחשיב השתתפויות אלה כמקור הכנסה לקופות שמחליף מימון ממשלתי. לכן, יש להציג את הסוגיה כמורכבת ולהדגיש את הנזקים הנובעים מקביעה לא נכונה של מבנה ההשתתפויות. הבעיה המרכזית היא חוסר מידע מחקרי בנושא שיגבה צעדי מדיניות ועשייה. **יש צורך במחקר שיענה על השאלה המרכזית בנושא – מהן התוצאות הקליניות והכלכליות לאורך זמן של אי מימוש מרשמים במחלות שונות?** אין ספק שהקופות עצמן – וגם משרד האוצר - ינהגו אחרת בנושא ההשתתפויות העצמיות נוכח ממצאים המורים על החמרת המחלה והוצאות רפואיות עתידיות ניכרות במקרים של הימנעות ממימוש מרשם לאור עלותו.

המגמה בעולם היא להחליף השתתפויות עצמיות המבוססות על עלות הטיפול (כסכום קבוע כפי שנהוג בביקורים אצל רופא מומחה או במכונים או כאחוז מעלות התרופה) בהשתתפויות עצמיות המבוססות על התועלת הרפואית

והכלכלית (חסכון בהוצאות עתידיות) מהטיפול[19]. טיפולים המביאים לשיפור בבריאות (על סמך מחקרים וניסויים קליניים) ולכן לחסכון בהוצאות הטיפול העתידי צריכים להינתן בהשתתפות עצמית נמוכה או אפילו בחינם, בעוד שעל טיפולים שיעילותם הקלינית נמוכה או לא ברורה – ולכן לא יחסכו בעלויות עתידיות – יש מקום להטלת השתתפויות עצמיות גבוהות יחסית. ממצאים מארה"ב מעידים כי הפעלת תכניות השתתפויות עצמיות מסוג זה בסוכרת ובאסתמה הורידו את הוצאות הטיפול לאורך זמן באופן ניכר, הרבה מעבר להפסד ההכנסות כתוצאה מהקטנת ההשתתפויות העצמיות על תרופות הידועות כמועילות.

[19] A. Mark Fendrick et al., Value-Based Insurance Design: Embracing Value Over Cost Alone, The American Journal of Managed Care, *2009;15:S277-S283.*

משק הקופות

19. הכללת מצב בריאות המבוטחים במנגנון ההקצאה לקופות החולים ("נוסחת הקפיטציה") והעמדת התחרות בין הקופות על בסיס נכון

בפרקים 10-11 לעיל ציינו את החולי המרכזי בתפקודו של משק הקופות לאחר שנת 1995 – מנגנון הקצאה לקופות (נוסחת הקפיטציה) לא שלם ואינו מספק לקופות החולים את התמריצים ה"נכונים" כדי להתחרות על אספקת שירות רפואי טוב ויעיל לאוכלוסייה החולה.

מה, אם כך, ניתן לעשות ולמה זה לא נעשה במשך 15 שנות קיומו של חוק ביטוח הבריאות הממלכתי? **יש להכיר באופייה המעוות של התחרות בין הקופות ולהבין את החשיבות העצומה של מנגנון ההקצאה הנוכחי ביצירת עוות זה**. מתכנני המנגנון ב 1995 המעיטו בחשיבותו כי חשבו שעצם החובה לקבל כל פונה לקופות ימנע את ברירת המבוטחים על ידי הקופות. הנחה זו התבררה, כאמור, כלא נכונה, ובחינת התחרות מזווית זו מעידה על הצורך לשנות את המנגנון. יש לבצע התאמה של התשלומים לקופות לפי רמת הסיכון (ההוצאה הרפואית הצפויה) של מבוטחיהן. במילים אחרות, יש לקבוע סולם דיפרנציאלי שיתגמל את הקופה בסכום גבוה יחסית על מבוטחים "יקרים" (החולים) ועל מבוטחים "זולים" (הבריאים) – בסכום נמוך יחסית. כמענה לחולי שביסוד המנגנון הנוכחי, דרושות שתי פעולות מיידיות כדי לשפר את מנגנון ההקצאה ולתעל את התחרות בין הקופות כך שתשפר את הרווחה החברתית בכלל ואת רווחת החולים בפרט:

1. **לחייב את הקופות להעביר את נתוני ההוצאות (של מדגם) של מבוטחים כך שחישוב רמות התשלומים לקופות יתבסס על *נתוני הוצאות הקופות* בפועל ולא על נתונים מטולאים מסקרי הלמ"ס ומשרד הבריאות.**
2. **לבחון את הוספתם למנגנון, בשלב ראשון, של משתנים הקשורים בתחלואה המצויים בקבצי הביטוח הלאומי (קבלת קצבת נכות, מצב סוציו-כלכלי), ובשלב השני, לפתח מערכת סווג בריאותי המבוסס על אבחנות רפואיות ולהשתמש בה בהקצאת תקציב הסל. הוספה זו צריכה להתבסס על הנעשה בעולם בנושא זה.**

כרגיל במקרים כאלה, שילוב של חוסר מחשבה, טעויות וחוסר אונים של הרגולטור הותירו את המנגנון ההקצאה המעוות על כנו במשך 15 שנים (למען האמת, הסוגיה הובאה בפני בג"צ ובעקבות זאת הוקמו שני צוותי חשיבה ממשלתיים כדי לבחון את המנגנון, ואולם אלה הסתפקו בהמלצות על שינויים קלים בהגדרות קבוצות הגיל ועל הוספת משתני המין והפריפריה לנוסחה, הוספה שאמנם משפרת את הנוסחה אך בצורה מזערית, ראה פרק 10 לעיל).

רק כאשר הקופות יקבלו תגמול המשקף נכונה את ההוצאה הצפויה לכל מבוטח, הוצאה התלויה בראש ובראשונה במצב הבריאות שלו, הן ייעשו "אדישות" לגבי הטיפול המסופק למבוטחים השונים – הבריאים והחולים כאחד - ותיווצר האפשרות לתחרות אמיתית בין הקופות על איכות הטיפול וחוויית השירות ולא על ברירת המבוטחים והשירותים הרווחיים.

20. הבראתה של מערכת האשפוז הכללי: תאגוד בתי החולים הממשלתיים, הוספת מיטות, שינוי שיטות התגמול והסדרת השר"פ

בפרקים 8 ו- 12 לעיל דנו בהרחבה בחולייה של מערכת האשפוז הכללי. הראינו כיצד מגמות ארוכות טווח של ירידה במספר המיטות הכלליות לנפש מצד אחד, ושל הסדרי תגמול לבתי החולים המעודדים הגדלת נפח האשפוזים וימי האשפוז מצד שני, מתבטאים בסימפטומים של מצוקת אשפוז – מאושפזי מסדרונות באגף הפנימי, וחשש מתמיד (שלעיתים התממש) מהמתנה ארוכה לניתוחים באגף האורתופדי-כירורגי. בצד חוליים אלה, נמשכת זה 15 שנה המחלוקת אודות קיום שירות רפואי פרטי (שר"פ) בצד בתי החולים הממשלתיים (בבתי החולים הפרטיים) ובתוכם.

הבראתה של מערכת האשפוז הכללי צריכה להתרחש במסגרת הפיכת בתי החולים הממשלתיים לתאגידים עצמאיים. ועדת נתניהו המליצה כבר בשנת 1990 להפוך את בתי החולים הממשלתיים (ואלה שבבעלות קופת חולים כללית) לתאגידים עצמאיים שלא למטרות רווח (דגמת הדסה ושערי צדק בירושלים). תאגידים אלה אמורים לעבוד לפי תכנית עסקית עם מערכת מסודרת של סדרי תגמול לעובדים מצד אחד ושל התקשרויות עם קוני השירותים – קופות החולים. בכך ראתה הוועדה פתרון לשתי בעיות במקביל: מחד גיסא, שיפור תפקוד בתי החולים כמציעי שירותי אשפוז ומרפאות חוץ לאוכלוסייה על ידי ניתוקם ממערכת ממשלתית מתוקצבת המעודדת אי-יעילות, ריכוזיות, סרבול והיעדר תמריצים, ומאידך גיסא – שחרור משרד הבריאות והממשלה מבעלות על בתי החולים ומהתפקיד המסורתי של אספקת שירותי אשפוז. משרד הבריאות סובל למעשה מפיצול אחריות וניגוד אינטרסים פנימי – מצד אחד המשרד אחראי למערכת כולה כולל לקוני השירותים של בתי החולים שבבעלותו – הקופות – ומצד שני, כבעלים של בתי החולים, הוא צריך לדאוג לאינטרסים שלהם. מצב זה מביא לאי אמון של הקופות בתכניות הממשלה כגוף חברתי-לאומי, ורואות בצעדי מדיניות רבים של המשרד דרך להבטיח את היציבות הפיננסית של בתי החולים שלו.

תאגוד רשמי של בתי החולים הממשלתיים לא יצא לפועל עד היום. המתנגדים העיקריים הם ועדי העובדים של האחיות ועובדי המנהל והמשק החוששים מהרעת תנאי העסקתם ופרישתם. רעיון זה עולה חדשות לבקרים במשך 20 השנים

האחרונות. בשנת 2002 המליצה על כך "ועדת אמוראי". במארס 2004 הגישה "ועדת ליאון" שמונתה כדי לקדם את נושא התאגוד המלצה מפורטת לשינוי שיתרחש במשך שלוש שנים. כאן צפה בעיה נוספת המעכבת התקדמות והיא המחלוקת בין משרד הבריאות והאוצר לגבי פרטי התהליך. משרד האוצר דבק בעמדה כי יש לנצל את השינוי להגברת ה"אינטגרציה האנכית" בשוק על ידי העברתם של בתי החולים לתפעולן של הקופות בכדי ליעל את המערכת המשולבת של מבטח- ספק שירותים בקהילה- ספק שירותי אשפוז. משרד הבריאות טוען כי יש להפוך את בתי החולים לעצמאיים כך שיתפתח שוק ער לשירותי אשפוז. במחלוקת זו המלצת מחבר מסמך זה היא בכוון של משרד הבריאות, כלומר לפתח שוק שירותי אשפוז ער ודינאמי על ידי תהליך התאגוד.

משרד הבריאות ובתי החולים הממשלתיים הגדולים התחילו, למרות הכישלון המתמשך באישור התאגוד, בהכנות לקראת השינוי. תחת הכינוי "תאגוד זוחל", הועברו יותר ויותר סמכויות להנהלות בתי החולים בנושאים של ניהול עובדים, רכש וניהול כספים ותכניות עסקיות. כמו כן חוזק הקשר בין פעילות רפואית לבין גובה התגמול.

במקביל, הפעילות החוץ-תקציבית של בתי החולים הלכה והתעצמה במסגרת "קרנות המחקר" ומאוחר יותר במסגרת "תאגידי הבריאות". עמותת "קרן מחקרים רפואיים", שהוקמה במשרד הבריאות בשנת 1966, היוותה את האמצעי לפעילות חוץ-תקציבית של בתי החולים הממשלתיים תחילה בתחום המחקר ולאחר מכן גם בתחום אספקת שירותי בריאות. במסגרת זו ניתנו שירותים שלא נכללו בתקציב בתי החולים או שנכללו בתכניות מיוחדות כגון קיום משמרות אחה"צ לקיצור תורים. בשנת 1998 פוצלה העמותה ל "תאגידי בריאות" שפעלו כמוסדות ללא כוונת רווח בעלות ישות משפטית ליד כל בית חולים ממשלתי. תאגידי בריאות אלה הם המוכרים שירותים רפואיים לחולים תמורת תשלום חוץ-תקציבי ומשלמים לבית החולים עבור השימוש במתקניו ולצוות הרפואי – שהם עובדי מדינה – שכר שיכול להגיע לעד פי ארבעה מהשכר למשרה מלאה של עובד מדינה.

קשה להבין איך צעד זה, שיכול לרפא מספר חוליים של המערכת במקביל, לא מצליח להגיע לכלל מימוש:

1. התאגוד יפתור את סוגיית השר"פ, משום שבתי החולים הממשלתיים יהפכו לתאגידים דוגמת הדסה או שערי צדק, הם יוכלו לפתוח תכניות שר"פ, כפי שכבר מתרחש בבתי החולים הדסה ושערי צדק. בכל מקרה,

התאגיד העצמאי יידע לשמור על הרופאים שלו בשטחו בשעות העבודה המוסכמות בצורה טובה יותר מאשר בית החולים הממשלתי הנתון למרותה של נציבות המדינה. יתר על כן, ביצירת בסיס ארגוני שווה בין כל התאגידים (הדסה, שערי צדק ובתי החולים הממשלתיים שיהפכו לתאגידים), ניתן יהיה לפקח ולהסדיר את פעילות השר"פ בצורה יעילה והוגנת.

2. במקביל, משרד הבריאות ישתחרר מתפקידו כספק שירותי אשפוז. היותו של המשרד רגולטור של המערכת ובעלים של בתי חולים יוצר ניגוד אינטרסים, אי אמון מצד הקופות וקושי על המשרד למלא את תפקידו העיקרי כרגולטור.

בנוסף, הפיכתם של בתי החולים הממשלתיים לעצמאיים תייעל את תפקודם ותגביר את התחרות בין בתי החולים על אספקת שירותי אשפוז לקופות. בתי החולים העצמאיים יפעלו לאור הסכמים עם הקופות שיחליפו את שיטות התגמול המבוססות על תקציבים, תעריף ממשלתי ליום אשפוז והסדר ה CAP. הסכמים אלה יקשרו בצורה טובה יותר את התגמול לפעילות המבוצעת ויעודדו את יעילות המערכת ויקלו בכך על מצוקת האשפוז.

משרדי הבריאות והאוצר, כרגולטורים של המערכת, צריכים לעזור בהכוונת המערכת ליעדים הרצויים של הקלה במצוקת האשפוז הכללי, על ידי הקמת מערכת תמריצים ותקנות:

- **יצירת מערכת תגמול מראש לבתי החולים שתהווה בסיס להסכמים בין הקופות והתאגידים. מערכת זו צריכה להיבנות על בסיס מערכות הקיימות בעולם דוגמת Diagnoses Related Groups (DRG). מערכת זו מגדירה כ 700 קבוצות שוות-עלות על סמך הדיאגנוזות האישפוזיות, וקובעת את הסכום המשולם לבית החולים בגין מאושפז השייך לקבוצה זו או אחרת, כולל במחלקות לרפואה דחופה. חלק מהקבוצות מתייחסות לחולים המאושפזים באגף הפנימי, ובכך אימוץ המערכת יסייע בהקלת מצוקת האשפוז במחלקות אלה. יצירתה של המערכת דורש מאמץ מחקרי לא קטן, ואולם, כפי שמתברר מנסיונן של מדינות רבות, המאמץ הזה שווה גם שווה.**

- **בניית מערכת תמריצים לקופות – חלקם ינבעו ישירות ממערכת DRG הנ"ל – להחליף אשפוזים בפתרונות אחרים. למשל, יש צורך לפתח ולהגביר את השימוש באשפוזי-בית במקום אשפוז בבית חולים. ההתקדמות בטכנולוגיות מידע של רפואה מרחוק מאפשרות כבר היום את ניתורם של חולים בבתיהם על ידי רופאים במרכזים רפואיים, ובהשלמה של טיפול סיעודי, ניתן למצוא תחליף הולם לאשפוז. תחום אחר של תחלופה הוא השיקום והאשפוז הסיעודי הגריאטרי. חולים רבים יכולים להשתחרר מבתי החולים הכלליים העמוסים והיקרים להמשך טיפול במוסדות שיקום וטיפול סיעודי שלאחר אשפוז (post-acute care). כפי שהודגש בפרק 12 לעיל, כרגע אין לקופות תמריצים לבצע תחלופה זו, ויש צורך לקבוע מערכת תמריצים ותקנות שיעודדו אותה.**

- **קביעת תגמול יעיל במסגרת מערכת התשלומים הפרוספקטיביים (DRG) עבור ביקורים במיון. תגמול כזה ימנע את התמריץ לאשפז פונים לבירור ובכך להחמיר את מצוקת האשפוז.**

- **ולבסוף, לאחר שהונהגו המערכות הזולות יחסית הנ"ל, קיים הצורך לבחון את הפתרון היקר שהפך ל"קל" ביותר בשיח הציבורי – הוספת מיטות. קיימת הסכמה של הממשלה לתוספת אלף מיטות למחלקות הפנימיות. יש הטוענים כי יש להוסיף לפחות 3,000 מיטות פנימיות כדי לשמור על היחס הקיים (והנמוך) של 2 מיטות לאלף נפש. נראה כי לאחר התוספת המוסכמת, ולאחר הנהגת מערכות התמריצים וההתחשבנות שהוזכרו לעיל, יהיה צורך לבחון שוב את מצב המערכת. נציין כי אם אמנם בתי החולים הממשלתיים יהפכו לתאגידים פרטיים ועצמאיים, הגדלתם – שהיא דרך יעילה יותר להוספת מיטות מאשר הקמת בתי חולים חדשים – תהיה קלה ופשוטה יותר מאשר הגדלתם של בתי חולים הממשלתיים הכפופה לתהליך ביורוקראטי ארוך ואיטי.**

21. תכנון כוח אדם רפואי וסעודי

כפי שצוין בפרק 13לעיל, בעוד שכיום לא קיים מחסור כללי ברופאים (קיים מחסור בהתמחויות מסוימות כגון מרדימים ופנימאים), קיים מחסור כבד באחיות. מחסורים אלה מגבירים את מצוקת האשפוז הכללי שהוזכרה לעיל, ומקטינים את נגישות הציבור לטיפול רפואי בקהילה.

בעשור האחרון הוקמו שלוש ועדות לבחינת כוח האדם הרפואי (ועדת פזי בשנת 2000, ועדת הלוי בשנת 2006, וועדה פנימית של משרד הבריאות בשנת 2009) ושתי ועדות לבחינת כוח האדם הסיעודי (ועדת קורן בשנת 2003 והועדה הפנימית של משרד הבריאות). קיימת הסכמה בין הועדות כי מספר הרופאים לאלף נפש אסור שירד מתחת 2.9, שהוא השיעור הממוצע כיום בקרב מדינות ה OECD. כדי לשמור על שיעור זה בעשור הקרוב, יש לנקוט בצעדים הבאים[20]:

- **לאחר אישור פתיחתו של בי"ס לרפואה חמישי בגליל, יש לפעול שהמחזור הראשון יתחיל את לימודיו ב 2011.**
- **להגדיל את מספר הסטודנטים לרפואה מכ- 400 בהווה ל- 700 בשנה החל משנת 2012 ולכ- 800 משנת 2014.**
- **לעודד חזרת ישראלים הלומדים רפואה או העובדים כרופאים בחו"ל.**

באשר לרופאים מומחים, זוהו ההתמחויות בהן קיים או צפוי בקרוב מחסור: הרדמה וטיפול נמרץ, ניאונטולוגיה, פסיכיאטריה ונוירולוגיה של ילדים, גריאטריה ורפואה פיסיקלית ושיקומית, פתולוגיה, רפואה פנימית, רפואת משפחה וכירורגיה כללית. הדרכים שהוצעו מתבססות על "עידוד סטודנטים לרפואה ורופאים לפנות להתמחות במקצועות הללו". הועדה לא מפרטת איך יתבצע העידוד. הדרך הטבעית לעודד בחירה בהתמחויות אלה היא להעלות את השכר של המומחים בהתמחויות הללו. **במסגרת הסכמי השכר הגלובליים צריך לקבוע סולם שכר דיפרנציאלי שישקף את ההתמחויות בהן קיימים חוסרים (ועודפים) וימשוך (ירתיע) סטודנטים ורופאים להתמחות בהתמחויות אלה.**

[20] דו"ח הועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסעודי בישראל, משרד הבריאות, יוני 2010

כפי שראינו עוד בפרק 13, מספר האחיות לנפש בישראל נמוך בהשוואה בינלאומית והולך וקטן על פני השנים. ההמלצה המרכזית היא להגדיל את מחזורי ההכשרה בבתי הספר לסיעוד עד ל 2,300 אחיות בשנה. היעד הוא 5.8 אחיות לאלף נפש. הגדלה זו תבוא מהסבת אקדמאיים במקצועות אחרים, מהרחבת בתי הספר הקיימים ומהקמת מסגרות הכשרה נוספות.

אחת הדרכים להקל על מצוקת כוח האדם הוא ליצור ולהסמיך עוזרים בתפקידים חדשים: "סייעת לאחות", "עוזר רופא", ו"אחות מומחית". תפקידים אלה הונהגו בעיקר בארה"ב כדי לייעל את עבודת הרופא ולאפשר לו להקדיש זמן (יקר) לפעולות שרק הוא יכול לבצען. ההסתדרות הרפואית הישראלית מתנגדת להרחבת סמכויות האחיות בטענה לחשש מירידת איכות הטיפול וריבוי טעויות ומשיקולי שמירת המונופול המקצועי של הרופאים, ויתכן כי גם להסתדרות האחיות יהיו הסתייגויות מהרחבת הגדרת המקצוע. ואולם, המחסור ברופאים (בהתמחויות מסוימות) ואחיות הוא קריטי וגורם לירידה באיכות הטיפול בקהילה ובבתי החולים, ומשרד הבריאות כרגולטור של המערכת, חייב לפעול בכל הדרכים להקטנתו.

22. הקטנת פערים בבריאות ובזמינות של שירותי בריאות ושיפור מצבן של האוכלוסיות החולות

חלק מהפערים בבריאות יקטנו מעצמם עם הקטנת הפערים החברתיים-כלכליים בחברה הישראלית – הקטנה שבאחריות סקטורים אחרים בחברה כגון מערכת החינוך או הרווחה ותלויים בהתפתחויות מאקרו כלכליות. ואולם למערכת הבריאות תפקיד מרכזי בהתמודדות עם הביטוי הבריאותי של פערים אלה.

בפתח הדיון בטיפול בחולי אי השוויון אפשר לציין בסיפוק כי הגורמים המרכזיים במערכת הבריאות – משרד הבריאות וקופות החולים – הכריזו על מחויבות להתמודד עם חולי זה. משרד הבריאות הקצה תקציבים לפיתוח בתי חולים בפריפריה והכריז על מתן עדיפות ליישובי הפריפריה בהקצאת מכשירי MRI, הוכרז על הקמת בי"ס לרפואה (חמישי) בגליל, והכללת רפואת שיניים משמרת ומונעת לילדים בסל קופות החולים. כמו כן הקים משרד הבריאות יחידה ייעודית האמורה לפעול לעיצוב מדיניות להקטנת הפערים, וחוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא של נגישות תרבותית ולשונית (שירותי תרגום בפגישות חולה-רופא) נמצא בהכנה.

משתנה הפריפריה הוכנס בנובמבר 2010 לנוסחת הקפיטציה (כפי שנדון בפרק 10 לעיל) כדי לעודד את הקופות להשקיע בתשתיות רפואיות הרחק מהמרכז. הסתמכות על מנגנון זה כדי לפתח שירותים בפריפריה הינה נאיבית למדי. תוספת המשאבים (כ 200 ₪ למבוטח המתגורר בפריפריה) אינה "צבועה", ואין כל ביטחון כי הקופות אמנם ישתמשו בכספים אלה למטרתם המיועדת. כפי שהודגש בפרק 11 לעיל, מבחינת הקופות יתכן ויהיה רווחי יותר להשקיע את המשאבים בפיתוח שירותים באזורים רווחיים יותר ולמשוך מבוטחים "זולים" ורווחיים הן לביטוח הבסיסי והן לביטוח המשלים. דרך בטוחה יותר להבטיח פיתוח שירותי בריאות בפריפריה היא דרך חוק עידוד השקעות הון. חוק זה מבטיח הקלות כספיות וביורוקראטיות למשקיעים במפעלים בפריפריה. ניתן לכלול את פיתוח שירותי הבריאות – שיש להם מרכיב תעסוקתי מובהק גם כן – כאחת הפעולות הנכללות במסגרת חוק זה.

בקופות החולים מכבי וכללית הונהגו בשנים האחרונות תכניות ארגוניות רב שנתיות המיועדות להתמקד באוכלוסיות החולות ולהקטין את הפערים שנמנו בפרק 14 לעיל. בשירותי בריאות כללית החלו החל משנת 2007 לבנות תכניות ייעודיות לאוכלוסיות מיוחדות – ניצולי שואה, המגזר הערבי, אוכלוסייה ענייה, תושבי הפריפריה, והעולים מאתיופיה. תכנית העבודה לשנים 2009-2011 מתמקדת בצמצום הפערים באיכות הטיפול בין המרפאות המטפלות באוכלוסיות

הפגיעות לבין שאר המרפאות. במכבי שירותי בריאות החלו בשנת 2008 לקדם שוויון בין המבוטחים. סדרת דו"חות המתפרסמים מעת לעת ממקדים את תשומת הלב בפערים באיזון סכרת, הימצאות של מחלות לב, ביצוע בדיקות לאיתור סרטן המעי הגס, ביצוע ממוגרפיה ואיתור קבוצות אוכלוסייה הדורשות תשומת לב מיוחדת. קופות החולים מאוחדת ולאומית פתחו גם הן בסדרת תכניות להקטנת פערים, בעיקר בקרב האוכלוסייה החרדית, הערבית וזו המתגוררת מעבר לקו הירוק.

נותר עוד לברר בעוד מספר שנים אם אמנם הטיפול שתואר לעיל בחולי המכאיב הזה הניב את התוצאות הרצויות, שיפור בבריאותן של האוכלוסיות החלשות והקטנת הפערים בבריאות ובנגישות לשירותי בריאות בחברה הישראלית.

חלק רביעי : סיכום

שנת 1995 הייתה נקודת מפנה בהיסטוריה של מערכת הבריאות בישראל – הוחל חוק ביטוח בריאות ממלכתי, והונהגה מערכת בריאות ממלכתית תחרותית. כפי שפורט בחלק הראשון לעיל, המערכת הממלכתית שהונהגה באה להקל ולהתמודד עם כשלי השוק שאפיינו את המערכת.

מערכת הבריאות הישראלית שלאחר 1995 נחשבת, באופן כללי, למערכת טובה, הבנויה על עקרונות נכונים. ואולם כדי לתפקד היטב, העקרונות הללו צריכים לבוא לידי ביטוי ברכיבים השונים של המערכת. חמש עשרה השנים שעברו על המערכת חשפו כישלונות, בעיות וחוליים הפוגמים בתפקודה היעיל וההוגן של מערכת הבריאות ומאיימים על עתידה. החוליים הללו, שזוהו ופורטו בפרקי הספר, הינם נקודתיים, ברמה של המיקרו-אסדרה והמיקרו-ניהול. ריפויים דורש התערבויות נקודתיות שייעשו לאור העקרונות הנכונים העומדים ביסודה של המערכת.

התמקדנו בעשרה חוליים המהווים את נקודות התורפה העיקריות בארבע תתי-מערכות: סל שירותי הבריאות, התמהיל הפרטי-ציבורי, משק הקופות ואספקת שירותי הבריאות. את מרשמי הטיפול והדרכים להבראת המערכת מיקדנו בשמונה הצעות לפעולה.

מעצם טבעה, מערכת ממלכתית מבוססת על אסדרה (רגולציה) של השווקים. האסדרה כוללת מגוון כלים והתערבויות המיועדים לכוון את המערכת ולהוביל אותה לכוונים הרצויים. כשם שכשלי שוק מאפיינים שווקים שאינם מצליחים למלא תפקידם החברתי ופוגעים ברווחה החברתית, כך מצבים של "כשל אסדרה" מאפיינים התערבויות ותקנות הפוגעות ברווחה החברתית וגורמות לתפקוד לקוי של המערכת. מרשמי הטיפול בחוליים, מן הסתם, כוללים המלצות לשינויים נקודתיים במערך האסדרה. שינויים אלה, בתגובה לכשלי אסדרה, אינם קלים לביצוע. הם דורשים בראשונה פתיחות להבחין בכשל ותוצאותיו, אומץ ציבורי להודות בו, ונחישות לשנותו ולתקנו במסגרת מערכת ביורוקראטית משופעת באינטרסים מגוונים והשואפת, למעשה, לסטאטוס קוו מתמשך. עם זאת, מערכת זאת רגישה, בטווח הארוך, ללחץ ושיח ציבוריים. **אני תקווה כי החיבור הזה יעודד וילבה את השיח הציבורי בנושא מערכת הבריאות הישראלית ובכך יתרום להבראתה.**