

מנגנון הקצאת המשאבים בין קופות-החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל: מטרות, התפתחויות והמלצות*

קובי גלזר¹, דוד מסיקה²

¹אוניברסיטת תל-אביב ואוניברסיטת בוסטון ²מכון גרטנר לאפידמיולוגיה וחקר מדיניות הבריאות, תל השומר

1. מבוא

בינואר 1995 נכנס לתוקפו חוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק קבע סל שרותי בריאות, והבטיח שכל תושבי ישראל יהיו זכאים לקבל סל זה באופן יעיל ושוויוני. יעילות משמעותה, שעבור כל הקצאת משאבים המופנית למימון שירות מסוים אין הקצאה אחרת, במסגרת השירותים המוגדרים בסל, שיכולה להועיל יותר. שוויוניות משמעותה, שכל התושבים יהיו זכאים בדיוק לאותם השירותים. מאז נכנס החוק לתוקפו העבירו תושבי ישראל לקופות-החולים סכום העולה, בערך של היום, על 200 מיליארדי ₪ למימון השירותים, אם דרך תשלומי מסים ואם דרך תשלומי השתתפויות עצמיות. מחקרים הראו שניצול נכון של שירותי בריאות משמעותו שסכום המושקע בבריאות יכול להניב תשואה של החל מפי שתיים או שלוש ועד פי שבע ואף פי עשר מערך ההשקעה (Cutler, 2003), בין אם באמצעות העלאת תוחלת החיים, שיפור איכות החיים או הגדלת התפוקה לנפש. כלומר, התועלת שיכול היה המשק להפיק מניצול נכון של המשאבים שהופנו למימון סל הבריאות הינה גבוהה בהרבה מאותם 200 מיליארדי ₪ שהושקעו בו. לאור זאת, עולה השאלה עד כמה אנו משוכנעים שסכום זה אכן הוקצה על-ידי הקופות באופן התואם את מטרות החוק. עד כמה אנו משוכנעים שהקצאת המשאבים בין צעירים למבוגרים, בין חולים כרוניים למבוטחים בריאים בדרך כלל, בין טיפולים במחלות לרפואה מונעת, בין יהודים לערבים, בין נשים לגברים, בין תושבי הדרום לתושבי ירושלים או תל-אביב, נעשתה באופן כזה שאין הקצאה אחרת שיכולה הייתה לתרום לבריאות האוכלוסייה בצורה טובה יותר?

המחוקק הגדיר במסגרת החוק שלושה מנגנונים עיקריים להבטחת היעילות והשוויוניות של המערכת: (א) פיקוח; (ב) תחרות; (ג) תמריצים כלכליים מעבר לתחרות, שהעיקרי שבהם הוא מנגנון ההקצאה של המשאבים לקופות (נוסחת הקפיטציה). שימוש נכון במנגנונים אלה איננו יכול, ככל הנראה, להבטיח יעילות ו/או שוויוניות מושלמת במערכת מורכבת, מסובכת ודינמית כל-כך, אך הוא יכול לקרב אותנו במידה רבה להשגת יעדים אלה. מטרת פרק זה היא לבחון כיצד הופעלו מנגנונים אלה במסגרת החוק, ועד כמה הושגו היעילות והשוויוניות המקוות.

הפרק מחולק לשלושה חלקים עיקריים. בחלק הראשון נדון בקצרה בשאלה כיצד אמורים שלושת המנגנונים המוזכרים לעיל לפעול (במשולב) לקידום מטרות החוק. בחלק השני נבדוק אם ועד כמה יושמו מנגנונים אלה בארץ מאז כניסת החוק, ונסקור את ההתפתחויות שחלו בתחום זה, בעיקר בכל הקשור למנגנון ההקצאה. במסגרת זו נציג גם מספר תוצאות הממחישות לדעתנו את הטענה שיש יסוד סביר להניח שהשימוש במשאבים לא היה יעיל ושוויוני כפי שיכול היה להיות לו נעשה שימוש נכון יותר במנגנונים אלה.

* עבודה זו הוכנה עבור הכנס "עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי" אשר אורגן על-ידי המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות בישראל, מרץ 2005. ברצוננו להודות לשולי ברמלי-גרינברג ועיריית זמורה על סיוען בהכנת עבודה זו. כל הנאמר במסמך זה הוא באחריות הכותבים בלבד.

בחלק השלישי של הפרק נציג את השינויים שיש לדעתנו לבצע באופן הקצאת המשאבים לקופות. הדיון בחלק זה יתבסס על תוצאות של מחקרים ודוגמאות מהעולם. בין השינויים העיקריים במנגנון ההקצאה שעליהם נמליץ נמצאים:

1. הקטנת המרכיב הפרוספקטיבי במנגנון ההקצאה והגדלת המרכיב הרטרופקטיבי בו. הרכיב הרטרופקטיבי נכון שיכיל רכיבים כמו:
 - השתתפות בהוצאות על מבוטחים יקרים במיוחד, והשתתפות בגין הוצאות בלתי צפויות;
 - תגמול בגין עמידה ביעדי איכות ומדדי ביצוע;
 - תגמול בגין פיתוח פרויקטים בעלי חשיבות ואימוצם.
2. הכללת מרכיבים נוספים, מעבר למרכיבי הגיל והמחלות הקשות, ברכיב הפרוספקטיבי, כלומר בנוסחת הקפיטציה, ביניהם: מין, מצב תעסוקה, מרכיבים סוציו-כלכליים ונכות; וכן הרחבת סעיף המחלות הקשות הרבה מעבר לחמש המחלות הנמצאות בו היום.
3. עריכת מחקר מקיף, שעל בסיסו ייקבעו מחדש המשקלות היחסיים של קבוצות הגיל השונות, של המחלות הקשות ושל המשתנים האחרים שיופיעו בנוסחה.

2. תפקידם של הפיקוח, התחרות ומנגנון ההקצאה בקידום היעילות והשוויוניות במערכות בריאות
 במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע המחוקק "סל שירותי בריאות" שאותו חייבות כל הקופות לספק למבוטחיהן. המטרה של המחוקק בהגדרה מפורטת של סל השירותים הייתה להבטיח שהקופות אכן תספקנה את השירותים שהמדינה מעוניינת שתושביה יקבלו במסגרת החוק. אולם המחוקק לא הסתפק בהגדרת סל השירותים, והגדיר שלושה מנגנונים שאמורים, במשולב, להבטיח שאספקת השירותים במסגרת הסל תהיה יעילה ושוויונית. שלושת המנגנונים הללו הם פיקוח ציבורי, תחרות ומנגנון ההקצאה. להלן נדון בקצרה בתפקידו ובחשיבותו של כל אחד מן המנגנונים הללו ושל השילוב ביניהם.

2.1 פיקוח

בעולם שבו אין פערי מידע ניכרים בין קונים ומוכרים אין בדרך כלל צורך בפיקוח ממשלתי או אחר כדי להבטיח הקצאת משאבים יעילה – מנגנון השוק התחרותי הוא המפקח הטוב ביותר. לא כך הדבר בענף שירותי הבריאות. רבות נאמר ונכתב על פערי המידע הגדולים בין ספקי השירות לבין הצרכנים ואף בין ספקי השירות לבין עצמם בעולם הרפואה. מורכבותו ההולכת וגדלה של השירות הרפואי, ההתמקצעות, ההתמחות והשינויים הטכנולוגיים המהירים לא רק שאינם מצמצמים פערי מידע אלה, אלא אף מגדילים אותם. בתנאים כאלה, פיקוח ציבורי מקצועי, קפדני ואובייקטיבי על איכות השירות, זמינותו ונגישותו, הוא כמעט תנאי הכרחי לשמירת היעילות והשוויוניות. המחוקק הכיר בעובדה זו. סעיף 35(א) לחוק קובע מפורשות: "משרד הבריאות יפקח על פעילותן של קופות-החולים לפי חוק זה ויבקר את איכות שירותיהן. דרכי הפיקוח והבקרה ייקבעו בתקנות." מעבר לכך אמורים גם מבקר המדינה ומועצת הבריאות, שקמה במסגרת החוק, לסייע בבקרה ובפיקוח על יישום החוק בכל הקשור לאיכות השירות ולשוויוניות. אולם, בדיוק אותן הסיבות שהופכות את הפיקוח להכרחי להבטחת היעילות והשוויוניות בענף שירותי הבריאות הן אלה שהופכות אותו ללא מספק. בשל מורכבותו הרבה של עולם הרפואה והשינויים הרבים שהוא עובר, ובשל העובדה שאין כמעט שני מקרים רפואיים זהים זה לזה, חלק ניכר ממרכיבי האיכות של הטיפול הרפואי לא ניתנים להגדרה מדויקת ועוד יותר מכך - לא ניתנים לפיקוח. גם במסגרת הגדרה מפורטת ביותר של הסל יוותר בידי הקופות לא מעט חופש לבחור אילו שירותים הן תספקנה באיכות גבוהה מאד, ואילו שירותים הן תספקנה ברמה שאיננה הרבה מעל המינימום המתחייב על-פי החוק (זאת

ועוד, במקרים רבים מינימום שכזה לא מוגדר בחוק כלל). יהיה הסל מפורט ככל שיהיה, ויהיה הפיקוח קפדני ככל שיהיה, הם לבדם אינם יכולים לדאוג, לדוגמא, לזמן ההמתנה לכל טיפול, לאיכותו וניסיונו של הצוות הרפואי המופנה לטיפולים השונים, ליחס הרופא או הצוות הרפואי אל המטופלים, לנגישות הטיפול והתנאים הסביבתיים שבהם הוא ניתן, למשך הזמן שאותו יקדיש הרופא לכל מטופל ועוד. על כן קבע המחוקק מנגנון נוסף כדי להבטיח קידום המטרות לעיל: תחרות.

2.2 תחרות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע כי תהיינה מספר קופות-חולים וכי כל תושב יוכל לעבור מקופה לקופה כרצונו. המטרה של עיקרון זה במסגרת החוק היא יצירת תמריצים בקרב הקופות להקצות את משאביהן באופן היעיל ביותר. קופה לא יעילה תספק פחות שירותים, או שירותים טובים פחות (לפחות מנקודת הראות של המבוטחים), ותפסיד לפחות חלק ממבוטחיה לטובת קופה יעילה יותר. במילים אחרות, המחוקק דאג להבטיח שאת מה שלא יעשה הפיקוח תעשה התחרות. יתירה מזאת, כדי להבטיח את עיקרון השוויוניות הפקיע המחוקק מידי הקופות את הזכות לקבוע ולגבות את פרמיית הביטוח, כך שהמידע העיקרי שבו יכולות הקופות להתחרות כיום הוא איכות השירות בעיני המבוטחים.

כאן המקום לציין שאם היה המחוקק סבור שהגדרה מפורטת של הסל, המלווה בפיקוח קפדני, תהיה מספיקה כדי להבטיח טיפול יעיל ושוויוני לכל התושבים, הוא היה בוחר לחסוך בעלויות הרבות הכרוכות בקיומן של מספר קופות המתחרות ביניהן (כפל התשתיות, לדוגמא), ומפקיד את מתן השירותים בידי קופה אחת, ממשלתית או אחרת (כמו שנעשה באנגליה, לדוגמא).

אולם בצד היתרונות, יש לתחרות במערכת הבריאות גם מספר חסרונות, ואחד הגדולים שבהם נגזר מהתמריצים לברירת מבוטחים (adverse selection). בענף ביטוח הבריאות ובענף שירותי הבריאות המבוטחים והמטופלים אינם מתחרים בהכרח על כלל האוכלוסייה, אלא על האוכלוסיות הרווחיות יותר, שהן בדרך כלל אוכלוסיות הצעירים והבריאים (Cutler and Zeckhauser, 2000). יתירה מכך, במצב שבו יש מספר קופות והתושבים יכולים לעבור באופן חופשי מאחת לשנייה, יש לקופות תמריץ כלכלי לנסות ולגרום למבוטחים היקרים שלהן לעבור לקופה אחרת. הדרכים שבהן יכולות הקופות לנסות ולהשיג מטרה זו הן מגוונות ורבות. הקופות יכולות, לדוגמא, לנסות "לאתר" את המבוטחים היקרים יותר ולהוריד את רמת השירות שאותו הם אמורים לקבל (individual selection). לחילופין, יכולות הקופות לאתר את קבוצת השירותים שאותם צורכים המבוטחים היקרים יותר, ולהקצות להם משאבים ברמה נמוכה מזו שנכון להקצות להם על-פי קריטריון היעילות והשוויוניות (quality distortion), כל זאת מתוך כוונה לנסות ולהביא מבוטחים אלה לעבור לקופה אחרת. לעומת זאת, הקופות עשויות לעשות מאמצים מיוחדים על-מנת למשוך אליהן את המבוטחים הרווחיים יותר ולשמור את אלה מביניהם שכבר אצלה, על-ידי הקצאה "עודפת" של משאבים שיכולים היו להועיל הרבה יותר למבוטחים אחרים. יוצא מכך שתחרות לא רק שאיננה בהכרח מקדמת את היעילות והשוויוניות, אלא היא עלולה לפגוע בהן (לעומת מצבים שבהם יש מבטח או ספק שירות יחיד, לדוגמא).

חשוב להוסיף, שעל-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כמעט כל התגמול לקופות (פרט למרכיב ההשתתפות העצמית) נעשה מראש לפי הוצאותיהן הצפויות של הקופות, ולא לפי הוצאותיהן בפועל, כדי למנוע חריגה מיעדי ההוצאה הכוללים למימון הסל. מודל תגמול זה מחזק מאד את התמריץ של הקופות לברירת מבוטחים, נקודה שעוד נשוב אליה בהמשך.

המחוקק הבין את הסכנות הרבות הטמונות בתחרות תחת צילה הכבד של בעיית ה- adverse selection וקבע מנגנון שאמור להתמודד עם תופעה זו - נוסחת הקפיטציה.

2.3 מנגנון ההקצאה

על-פי החוק, כל קופה מתוגמלת מראש בגין כל מבוטח שלה, אולם התגמול איננו אחיד, והוא תלוי במספר מאפיינים של המבוטחים. מנגנון תגמול זה נקרא נוסחת הקפיטציה. כדי להבין כיצד אמורה נוסחת הקפיטציה להקטין את אי-היעילות וחוסר השוויוניות הנגזרים מהתמריצים לברירת מבוטחים, נסתכל על הדוגמא הבאה: נניח שקופה מסויימת שוקלת להקים מרפאה מיוחדת, או לתת שירות נוסף ומיוחד למבוטחים חולי הסרטן המשתייכים אליה. הקופה מודעת לעובדה שאם מרפאה זו אכן תפעל בהצלחה, יהיו מעוניינים לעבור אליה גם חולי סרטן המבוטחים כעת בקופות האחרות. בהתאם לחוק, הקופה תהיה חייבת לצרף אליה את המבוטחים החדשים האלה. אולם, אם הקופה איננה מתוגמלת בהתאם לעלות הצפויה לה בגין מבוטחים אלה, שהם בדרך כלל יקרים בהרבה מן הממוצע, הרי התמריץ שיש לקופה להקים מרפאה כזו הוא קטן מאד. אם, לעומת זאת, נוסחת הקפיטציה תעניק לקופות תגמול התואם פחות או יותר את העלות של המבוטחים חולי הסרטן, הרי שהקופות לא רק שלא תחשושנה לספק שירות נוסף זה, הן תתחרינה ביניהן על איכותו, נגישותו וזמינותו. **נוסחת קפיטציה נכונה אמורה לתמרץ את הקופות להתחרות על החולים הכרוניים באוכלוסיה כמו על הבריאים, על הנשים כמו על הגברים, על הקשישים כמו על הצעירים, על הערבים כמו על היהודים, על יוצאי אתיופיה כמו על ילידי הארץ, על תושבי צפון הארץ כמו על תושבי הדרום והמרכז, וכו'.**

בשנים האחרונות נכתבו בעולם מאות מחקרים, הן תיאורטיים והן אמפיריים, שבחנו את תופעת ברירת המבוטחים ומנגנון התגמול. ניתן לסכם את תוצאותיהם של מחקרים אלה במספר מסקנות עיקריות:

א. לקופות-חולים תמריץ חזק מאד לברירת מבוטחים, מאחר שהרווח האפשרי כתוצאה מפעילות זו הוא ניכר. קופות-חולים אכן נוקטות באסטרטגיות שונות של שינוי תמהיל השירותים ואיכותם מתוך כוונה להשפיע על תמהיל המבוטחים שלהן (Cao and McGuire, 2003; Frank Glazer and McGuire, 2000; Greenwald, Levy and Ingber, 2000; Hellinger, 1995; Luft and Miller, 1986; Nicholson et al, 2004; Nuscheler and Knaus, 2005; Rositer and Wilensky, 1986).

ב. שינוי במנגנון התגמול לקופות מביא לשינוי בהתנהגות הקופות לגבי הקצאת המשאבים בין השירותים השונים שאותם הן מספקות.

ג. בדרך כלל לא יהיה זה נכון להשתית את התגמול לקופות רק על בסיס פרוספקטיבי (קרי, קפיטציה) או רק על בסיס רטרוספקטיבי. המינון הנכון בין השניים שונה ממצב למצב (Newhouse, 1996, Ellis and van de Ven, 2005).

ד. המרכיב הרטרוספקטיבי נועד למלא מספר תפקידים:

- להקטין את הסיכון של הקופות להוצאות חריגות;
- לעודד את הקופות להשקיע בטיפולים נחוצים, גם אם אלו יקרים, ולהקטין את התמריץ שלהן לחסוך יתר על המידה;
- להקטין את העלות הנופלת על הקופה בגין מבוטחים יקרים, ובכך להקטין את התמריץ שלהן לנקוט באסטרטגיות שונות של ברירת מבוטחים.
- מרכיב התגמול הרטרוספקטיבי יכול להכיל מספר תת-מרכיבים, ביניהם:
- כיסוי אחוז מסויים מסך ההוצאות בפועל של הקופה;

- כיסוי אחוז מסויים מהוצאות בפועל של הקופה בגין מבוטחים יקרים במיוחד (אלה שההוצאה עליהם גבוהה במספר סטיות תקן מההוצאה הצפויה עליהם) או כאלה שאת הטיפול בהם רוצה המדינה לעודד במיוחד (אוכלוסיות חלשות, לדוגמא);

- כיסוי חלק מההוצאות בפועל של הקופה על טיפולים, תהליכים או כל פרויקט אחר שאותו רוצה המדינה לעודד (רפואה מונעת, לדוגמא).

בחלק גדול ממדינות העולם המערבי קיים מרכיב רטרוספקטיבי במסגרת מנגנון התגמול של הקופות. בחלק מהמקרים התגמול הרטרוספקטיבי איננו מובנה במנגנון התגמול, והוא נעשה בדיעבד, במסגרת משא ומתן. במקרים אחרים זהו מרכיב מובנה במנגנון התגמול.

כל מרכיבי התגמול הרטרוספקטיבי המוזכרים לעיל שייכים לקבוצה אחת שנקראת גם $cost/risk$ sharing. בשנים האחרונות הופעלו גם מרכיבי תגמול רטרוספקטיביים אחרים, שהשובים שבהם הינם:

- תגמול בגין עמידה ביעדי איכות;

- תגמול בגין עמידה ביעדי הוצאות.

מידת ההצלחה של התגמול בגין עמידה ביעדי איכות וביעדי הוצאות בכל הקשור לקידום היעילות והשוויוניות היא, בשלב זה, שאלה פתוחה. בשנים האחרונות אומצו, בעיקר בארה"ב, מספר מדדים כאלה כחלק ממנגנון התגמול של קופות-חולים, אולם טרם התפרסמו די מחקרים כדי שנוכל לסכם את האפקטיביות של צעד זה. למרות זאת קיימת הסכמה בין מרבית החוקרים שמודל תגמול אופטימלי צריך להכיל גם מרכיבים של תגמול בגין עמידה ביעדי המערכת.

ה. המרכיב הפרוספקטיבי במנגנון התגמול נועד למנוע הוצאות מיותרות מצד הקופות וחריגה משמעותית מתקציב סל הבריאות. כדי שהתחרות תהיה על כלל המבוטחים, צריך התשלום הפרוספקטיבי לקופות להיות תלוי לא רק במספר המבוטחים בכל קופה, אלא גם במאפיינים של מבוטחים אלה (מתאמי סיכון) (Beck et al, 2003; Buchner and Wasen, 2003; Newhouse, 2000; Rice and Smith, 2001; Van de Ven and Ellis, 2000). בחירת מתאמי הסיכון האופטימליים והמשקלות שיינתנו להם היא מלאכה כלל לא פשוטה, הדורשת בחינה לעומק של התמריצים והאילוצים הפועלים על הקופות (כלומר בניית מודל כלכלי), ואיסוף מתמיד של נתונים. בכל מקרה, מוסכם על החוקרים שככל שמתאמי הסיכון מייצגים טוב יותר את מצב הבריאות של המבוטחים או מנבאים טוב יותר את הוצאות הקופה בגינם, כך יהיה קל יותר לבנות מנגנון תגמול המקטין את תמריצי הקופות לברירת מבוטחים. בין מתאמי הסיכון המוזכרים בהקשר זה נציין את הבאים:

- מתאמים הקשורים ישירות למצב הבריאות, כמו חולי במחלות כרוניות (נמצא בשימוש בארה"ב);

- שימוש קודם בשרותי בריאות (הולנד, ארה"ב) ונכות (פורטוגל, בלגיה, פינלנד, הולנד, גרמניה);

- גיל (נמצא בשימוש בכל המדינות);

- מין (בכל המדינות פרט לישראל);

- מצב תעסוקה (בלגיה, הולנד);

- אזור מגורים (הולנד, פינלנד, שוויץ, אנגליה);

- מצב סוציו-דמוגרפי (הולנד, ארה"ב).

Pope, Ellis, Ash et al., 2000; Van de Ven, Beck, Buchner et al., 2003; Beck et al., 2003; Rice and Smith, 2001).

1. המשקלות היחסיים של מתאמי הסיכון השונים בנוסחת התגמול לא צריכים בהכרח להיות ביחס ישר להוצאות הצפויות לקופות בגין המבוטחים בקבוצות סיכון אלה. המשקלות האופטימליים עשויים לתת תגמול "יתר" בגין מבוטחים בקבוצות סיכון מסוימות, ותגמול "חסר" בגין מבוטחים בקבוצות אחרות (Glazer and McGuire, 2000, 2002).

בחלק הבא של העבודה נסקור וננתח את ההתפתחויות בארץ מאז הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תוך התמקדות בשלושת המנגנונים המוזכרים לעיל.

3. הפעלת שלושת המנגנונים הלכה למעשה בעשר השנים מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

3.1 פיקוח

כפי שצינו לעיל, בענף שירותי הבריאות יש לפיקוח ציבורי מקצועי ואובייקטיבי תפקיד מרכזי ביותר בקידום היעילות והשוויוניות. עד כמה שידוע לנו, לא נעשה בארץ עד עתה כמעט כל מאמץ לפקח על איכות, זמינות ונגישות של סל הבריאות המוגדר במסגרת החוק. במילים אחרות, בעשר השנים מאז חוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי העבירה מדינת ישראל לקופות-החולים סכום הקרוב ל- 200 מיליארד ₪, אך לא ביצעה למעשה כל מעקב רציני שמטרתו לבדוק עד כמה סכום זה אכן נוצל באופן שבו הוא אמור להיות מנוצל. קיימים אמנם קשיים לא מעטים במדידת התוצאות של מערכות רפואיות, אולם בשנים האחרונות פותחו בעולם עשרות מדדים וכלים פשוטים וישימים לבחינת האיכות, הזמינות והנגישות של שירות רפואי. אין ספק שבכל הקשור לפיקוח, חייבת המערכת בארץ לעבור שינוי רציני. יש להקים יחידה, במסגרת משרד הבריאות או במסגרת אחרת, שתפקח על קופות-החולים בכלל הקשור לאיכות, לנגישות ולזמינות של השירותים שאותם הן מספקות.

3.2 תחרות

עצם העובדה שבמסגרת החוק פועלות ארבע קופות מצביעה על כך שבענף הבריאות מתקיימת בארץ תחרות מסוימת. האם רמה זו של תחרות מספיקה להבטחת היעילות, או לחילופין, האם לא מתקיימת בארץ תחרות מעבר למה שמתבקש? את התשובה לשאלה זו קשה לדעת. בספרות הכלכלית אין תשובה חד-משמעית לשאלות בדבר גודל קופות-חולים, מספרן ואופן התחרות ביניהן שיביא להקצאה אופטימלית של משאבים. עשר שנים לאחר כניסת החוק, יש לדעתנו מקום לקיים דיון מקיף ומעמיק על מקומה ותפקידה של התחרות במימוש היעדים של החוק. דיון כזה יתמקד, בין השאר, בשאלות הבאות:

- מהו המספר הרצוי של קופות-חולים?
 - האם יש לאפשר קיומן של קופות עם כוונות רווח?
 - האם נכון יהיה לאפשר גם תחרות מסוימת על פרמיית הביטוח?
 - עד כמה מביאה התחרות לכפל תשתיות וטכנולוגיות, וכיצד ניתן למנוע זאת?
 - האם יש בכלל תחרות במערכת הישראלית, ועד כמה היא תורמת ליעילות ולשוויוניות, או פוגמת בהן?
- עד כמה שידוע לנו, עד עתה לא התקיימה בארץ בחינה מעמיקה של סוגיות אלה.

3.3 מנגנון התגמול של קופות-החולים

עיקר המשאבים מגיעים אל קופות-החולים דרך מנגנון הקפיטציה. נוסחת הקפיטציה הישראלית קובעת תשלום **מראש**, שאותו מקבלות הקופות עבור כל מבוטח. התשלום מתואם לגיל המבוטח בלבד, כלומר - גיל המבוטחים מהווה מתאם סיכון (כמעט) יחיד בנוסחה הישראלית. בנוסף, קיימות חמש מחלות שעליהן ניתן לקופות תשלום נפרד, ובכך נדון בהמשך.

נוסחת הקפיטציה פותחה באופן הבא: בשנת 1994 מונתה על-ידי מנכ"ל משרד הבריאות וועדה לחלוקת התקבולים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הוועדה קבעה שהקצאת המקורות תיעשה על בסיס נתוני מספר המבוטחים וגילם כפי שהם היו מצויים בקובץ הביטוח הלאומי. כמו כן המליצה הוועדה להכיר במספר מחלות קשות לצורכי שיפוי נפרד. חישוב העלות היחסית של השימוש בשירותי בריאות נעשה על בסיס נתוני שימוש בשירותי בריאות לפי גיל, לגבי שלושה סוגי שירותים: אישפוז בבתי חולים, שירותי מרפאות חוץ של בתי חולים, ושירותים קהילתיים (מרפאות). שקלול דפוס השימוש בשירותים אלו נעשה על בסיס העלות היחסית של כל שירות בסך כל ההוצאה לאספקת שירותים אלו. הנתונים עבור שירותי האישפוז נלקחו מנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שפורסמו ב"סטטיסטיקה אבחנתית של אישפוזים 1987", ואלה הושוו לדפוסי הצריכה במערכת הממשלתית בשנים 1991 ו-1992. מנתונים אלה הורדו ימי האישפוז של גריאטריה סיעודית, אשר התשלום עבורם אינו באחריות הקופות. לעומת זאת הוספו ימי האישפוז של גריאטריה שיקומית מורכבת ואקוטית בבתי החולים הגריאטריים, אשר ממומנים על-ידי קופות-החולים. הנתונים עבור הביקורים במרפאות חוץ של בתי חולים התבססו על התפלגות הביקורים במרפאות חוץ לפי גיל במערכת המידע הממשלתית. סקר נוסף של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, "שימוש בשירותי בריאות", שנעשה בשנת 1993, היווה את הבסיס לקביעת עלות שירותי הבריאות הקהילתיים לפי גיל. משקלם היחסי של תחומי השירות השונים חושב על בסיס נתוני ההוצאה הלאומית הציבורית לבריאות והתפלגותה לפי סוגי השירותים הנידונים. על בסיס נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה היו המשקלות השונים לסוגי ההוצאה: שירותים קהילתיים - 45%, אישפוז כללי - 42% ושירותי מרפאות חוץ - 13%.

הוגדרו תשע קבוצות גיל עם משקלות (פרמיות) שונים עבור כל קבוצה. טבלה 1 מציגה את היחס בין עלות ההוצאה בקבוצות הגיל השונות ביחס לממוצע ההוצאה.

טבלה 1: משקלות / מקדמי קפיטציה לפי קבוצות גיל

קב' גיל	משקל עד 1996	משקל מ- 1997
0 - 4	1.17	1.26
5 - 14	0.45	0.48
15 - 24	0.5	0.42
25 - 34	0.73	0.58
35 - 44	0.81	0.74
45 - 54	1.17	1.21
55 - 64	1.69	1.86
65 - 74	2.78	2.9
75+	3.48	3.64

לדוגמה, אם התשלום לנפש מתוקנת ממוצעת (משקל 1) היה בשנת 1999 2800 ₪, אזי עבור מבוטח בקבוצת הגיל 0 - 4 קיבלה כל קופה, מ- 1997, 3528 ₪ (שהם 2800×1.26). כפי שמצוין בטבלה 1, משקלות הקפיטציה שונו בשנת 1997 עקב הוצאת נושא היולדות מחוץ לנוסחה, והחזרת מימון אישפוז היולדות מידי קופות-החולים לביטוח הלאומי.

כפי שהוזכר בתחילת הפרק, החוק קבע שיש לשפות את הקופות בנפרד עבור מחלות קשות (סעיף 19 לחוק). המחלות הנכללות בקבוצה זו הן: אי-ספיקת כליות כרונית (טיפול בדיאליזה), מחלת גושה, תלסמיה מיג'ור או אינטרמידיה, המופיליה, ומשנת 1998 חולי או נשאות HIV (טיפול במעכבי פרוטזה (Protease)). התשלום עבור מחלות אלו מועבר לקופות לפי סכום קבוע לשנה לכל מבוטח החולה באחת מהן. התשלומים השנתיים לקופות עבור כל חולה במחלות אלו הם כדלקמן (מחירי יולי 1999): אי-ספיקת כליות כרונית- 209,000 ₪, גושה - 240,000 ₪, תלסמיה - 48,000 ₪, המופיליה - 100,000 ₪, ואיידס - 54,000 ₪. מספר החולים במחלות אלה מוערך בכ- 5,000, שהם כ- 0.07% מכלל המבוטחים, ושההוצאה עבורם מהווה כ- 5% מסך עלות הסל.

חשוב לציין שפרט לתגמול דרך מנגנון הקפיטציה, מקבלות קופות-החולים בשנים האחרונות תגמול נוסף אם הן עומדות ביעדי ההוצאות שלהן. תגמול זה הינו רטרוספקטיבי, וכוונתו לעודד את הקופות לחסכון. מקור הכנסה נוסף עבור הקופות הוא תשלומי ההשתתפויות העצמיות של המבוטחים בגין ביקורים אצל רופא ורכישת תרופות, וגם אלה יכולים להיחשב כמנגנון תגמול רטרוספקטיבי. ברור ששני המנגנונים הרטרוספקטיביים הללו אינם מקדמים את איכות הטיפול על כל מימדיו, ולא את השוויוניות. לאור הניתוח אשר ביצענו בחלק הקודם של פרק זה ניתן להגיע לשתי מסקנות עיקריות לגבי מנגנון התגמול של קופות-החולים הנהוג בארץ כיום:

- למרות ההמלצות בספרות המחקרית ובניגוד למקובל במערכות דומות, מנגנון התגמול בארץ לא מכיל כמעט כל מרכיב רטרוספקטיבי. המרכיבים הרטרוספקטיביים היחידים שקיימים היום - ההשתתפות העצמית ובנוסף על עמידה ביעדי הוצאות - אינם אלה שאמורים לקדם את האיכות והשוויוניות במערכת.
- למרות ההמלצות בספרות המחקרית ובניגוד למקובל במערכות דומות, נוסחת הקפיטציה בארץ משתמשת רק בגיל, ובאופן מצומצם ביותר בסעיף המחלות הקשות, כמתאמי סיכון.

3.4 האם קיימת "אפליית מבוטחים" בארץ?

כפי שעולה מהדיון עד כה, היישום של אותם המנגנונים האמורים להבטיח את היעילות והשוויוניות של השירותים המוגדרים בחוק בריאות ממלכתי התבצע בארץ באופן חלקי ביותר, אם בכלל. מנגנון תגמול הקופות המופעל היום איננו מתמרץ את הקופות להשקיע משאבים באוכלוסיות היקרות יחסית (קרי, הקשישים והחולים), וכן מתמרץ אותן להשקיע משאבים באוכלוסיות הזולות יחסית (קרי, הצעירים והבריאים). הטבלה הבאה, המתבססת על נתוני 'שירותי בריאות כללית', ממחישה את עוצמתם של התמריצים הללו:

טבלה 2: שיעור התגמול החסר / העודף ב'שירותי בריאות כללית' בשנת 2003*

קבוצות אוכלוסייה	שיעור התגמול החסר / עודף
מחלה ממאירה	-64.1%
מחלת לב איסכמית	-53.6%
סוכרת אינסולין	-71.0%
אסטמה חומרה 3	-61.2%
סה"כ מחלות במודל	-57.5%
פטורי ביטוח לאומי	-41.9%
מבוטחים ללא מחלה כרונית וללא פטור מביטוח לאומי	57.3%

*מקור: מצגת "נוסחת הקפיטציה של 'שירותי בריאות כללית'", "עיריית זמורה ושות'", אשר הוצגה בכנס "עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי", מרץ 2005.

הטבלה מציגה את שיעור התגמול מתוך סך ההוצאה של הקופה בגין מבוטחים בעלי מאפיינים מיוחדים (חולים במחלה מסויימת או בעלי פטור מביטוח לאומי). מן הטבלה אנו רואים, לדוגמא, שבגין מבוטח החולה במחלה ממאירה מתוגמלת הקופה בממוצע בשיעור של כ- 36% מסך הוצאותיה על מבוטח שכזה (כלומר מפסידה 64%), ואילו על מבוטח שאיננו חולה במחלה כרונית כל שהיא ואיננו בעל פטור מביטוח לאומי הקופה מתוגמלת בשיעור של כ- 57% מעבר להוצאותיה. זהו ללא ספק מנגנון תגמול מעוות, היוצר תמריצים חזקים מאד להפנות את מירב המאמצים לטובת האוכלוסיות הבריאות והעשירות. מתוך ממצאי אמידת רגרסיה שערכנו על-פי נתוני סקר בריאות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנים 1999 - 2000 ניתן לראות גם כן את התמריצים לברירת מבוטחים. מאמידת הרגרסיה מתקבלות התוצאות הבאות:

- לבעלי השכלה של עד 8 שנות לימוד יש סיכוי של פי 2.1 להיות בסטטוס "ממתין לאישפוז", לעומת בעלי 13 שנות השכלה ויותר. לבעלי השכלה של 9 - 12 שנות לימוד סיכוי של פי 1.55 להיות בסטטוס זה לעומת בעלי +13 שנות השכלה.
- ההסתברות של מבוטח לצרוך שירות רפואי כלשהו קטנה ב- 10%, בקירוב, אם המבוטח מועסק, לעומת אם איננו מועסק.

- לבעלי מוגבלות פיזית כלשהי הסתברות גדולה יותר לצרוך שירות רפואי כלשהו, והסיכוי לכך הוא פי 2.14 לעומת אנשים ללא מוגבלות.

התוצאות לעיל מצביעות על פערים בצריכת השירותים בין אוכלוסיות שמנגנון ההקצאה הקיים היום מתגמל עבורן באופן שווה. נוסחת הקפיטציה הנוכחית איננה מתגמלת את הקופות בגין פרט שאיננו מועסק או בעל השכלה נמוכה יחסית, יותר מאשר בגין פרט מועסק או משכיל יותר, על אף שהנתונים מצביעים על כך שמבוטחים אלה הם כנראה יקרים יותר.

הנתונים לעיל מצביעים לדעתנו על התמריצים החזקים הפועלים היום על הקופות בארץ נגד אספקת שירותים יעילה ושוויונית. אולם, עדיין עשויה לעלות השאלה עד כמה תמריצים אלה אכן הביאו לחוסר יעילות ולחוסר שוויוניות. חשוב לציין שמדידה מדוייקת של יעילות ושוויוניות של מערכת רפואית היא משימה לא קלה כלל וכלל, במיוחד כשמדובר במערכת כה מורכבת וגדולה. ואכן, אין זה פלא שבארץ נעשה מספר קטן מאד של מחקרים איכותיים שניסו להתמודד עם שאלה זו. אחד המאמצים החשובים ביותר בכיוון זה הוא פרויקט מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל (פורת ושות' 2004). זהו פרויקט לאומי שנערך מטעם הפקולטה לרפואה והמחלקה להנדסת תעשייה וניהול של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, בשיתוף ארבע קופות-החולים בישראל, בתמיכת ההסתדרות הרפואית ובחסות המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות ושירותי הבריאות בישראל. מטרת הפרויקט לשפר את איכות שירותי רפואת הקהילה בישראל באמצעות מדידת ביצועים מתמשכת, ולספק מידע לציבור ולקובעי מדיניות בנושא איכות שירותי הבריאות בישראל. החוקרים מסכמים את ממצאיהם עד כה באופן הבא:

- בכל המדדים ניכרה מגמת שיפור בין השנים 2001 – 2003, הן ברמה הארצית והן בכל קופה.

- לגבי מרבית המדדים, רמת הביצוע הלאומית הוערכה כגבוהה על-ידי מומחים בתחום.

- במרבית המדדים נמצא כי שירותי הבריאות ניתנים באופן שוויוני למבוטחים בעלי פטור מביטוח לאומי בהשוואה לאוכלוסיה הכללית. עם זאת, במספר מדדים עדיין נמצאו פערים לטובת המבוטחים ללא פטור מביטוח לאומי. פערים אלה צריכים עוד להיחקר.

נתונים אלה הינם ללא ספק מעודדים, אולם בשלב זה נראה שמוקדם עדיין לברך על המוגמר. על סמך הנתונים המופיעים בסקר המתפרסם ב"דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2003, והשוואה לשנים קודמות" של רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרינברג ורונית מצליח ממאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל (2005), נתקבלו הממצאים הבאים (רגרסיה לוגיסטית לאחר פיקוח על משתני רקע) לגבי זמן ההמתנה לרופא מומחה:

- בקרב בני 45 - 64 הסיכוי להמתין יותר משבועיים לתור אצל רופא מומחה גבוה פי 1.5 מסיכוי זה עבור צעיר בן 22 - 44.

- לקשיש (מעל גיל 65) יש סיכוי של פי 2 להמתין יותר משבועיים לרופא מומחה, לעומת קבוצת הגיל הנמוך מ- 44.

- לתושב הדרום יש סיכוי של פי 1.76 לחכות יותר משבועיים לרופא מומחה, לעומת תושבי ירושלים והצפון.

- לאדם עם הכנסה הנפיש בחמישון התחתון יש סיכוי של פי 2 לחכות יותר משבועיים לרופא מומחה, לעומת מבוטחים משאר החמישונים.

- לבן 45 - 64 יש סיכוי של פי 1.45 לדווח על קושי עד קושי רב בקבלת טיפול רפואי, לעומת קבוצת הגיל הצעירה יותר.

- לחולים כרוניים, לעומת בריאים, יש סיכוי של פי 1.45 לדווח על קושי בקבלת טיפול רפואי, לעומת מבוטחים בריאים בדרך-כלל.

במספר מחקרים המשווים בין אוכלוסיות שונות נמצאו פערים המעידים על חוסר שוויון בפלחי האוכלוסייה השונים:

- במחקרם של טולדנו, גבעון ואחרים (2005) נמצא הבדל מובהק בניצול שירותי הבריאות של חולי סוכרת עולי אתיופיה לעומת קבוצת הביקורת. בעולי אתיופיה בוצעו פחות מדידות לחץ דם ופחות מדידות HbA1c. בנוסף לכך איזון הסוכרת בעולי אתיופיה נופל באופן מובהק מזה של קבוצת הביקורת.

- במחקר של גופין ואביצור (2002 - 2003) נמצא שבקרב הערבים, אחוז הילדים שסבלו מפגיעות חמורות גבוה מאשר בקרב יהודים. מקרב הילדים שנותרו מוגבלים לאחר 5 חודשים חלקם של הערבים גדול מחלקם של היהודים.

- גולדמן וקרק (2000 - 2001) מצאו פערים בין האוכלוסייה הערבית לבין האוכלוסייה היהודית במעקב בקהילה אחר חולי אוטם חריף בשריר הלב:

א. הערבים דיווחו יותר על כאב בחזה במאמץ, מוגבלות בתפקוד היום-יומי, שיבה פחותה או מאוחרת לעבודה, אישפוזים עקב מחלת לב כלילית.

ב. ערבים הופנו פחות לתוכניות לשיקום לב והשתתפו בהן פחות, ומשך השתתפותם היה קצר יותר מזה שנמצא בקרב יהודים.

ג. הטיפול התרופתי במחלת לב כלילית נמצא דומה בשתי האוכלוסיות, למעט מעכבי ACE שניתנו פחות לחולים ערבים.

ד. בחולים ערבים נמצא אחוז גדול יותר של מעשנים, פחות המלצות לפעילות גופנית, ביצוע פחות של פעילות כזו, ומודעות נמוכה יותר לתזונה נכונה.

- מחקר אחר של מכון ברוקדייל (ברג, רוזן, ומורגנשטיין, 2002) מצא שמקבלי הבטחת הכנסה דיווחו על משך הגעה ארוך יותר לרופא משפחה, על שיפור נמוך יותר באיכות שירותי הקופה המבטחת (34% ממקבלי הבטחת הכנסה, לעומת 43% ממבוטחים בגילאי העבודה שאינם מקבלים קיצבה), ועל שביעות רצון נמוכה יותר משירותי הקופה באופן כללי (20% ממקבלי הבטחת הכנסה, לעומת 27% ממבוטחים בגילאי העבודה שאינם מקבלים קיצבה). חלק ניכר מהפערים הוסבר באמצעות הבדלים באחוז הגרושים בין שתי הקבוצות והרכבן השונה לפי מוצא (בעיקר בחלקם של דוברי רוסית). חלק נוסף נבע מהבדלים בהשתייכות לקופות-החולים. באוכלוסיית הקשישים נתגלו עוד יותר פערים בין מקבלי הקצבאות לאחרים, והפערים היו גדולים יותר. משך ההגעה וההמתנה לרופא המשפחה היה ארוך יותר בקרב מקבלי השלמת הכנסה לעומת שאר הגמלאים. שעות הקבלה של נותני שירותים שונים היו נוחות פחות. שביעות רצונם של קשישים מקבלי השלמת הכנסה מהרופאים המטפלים בהם הייתה נמוכה יותר, ובאופן כללי הם היו מרוצים פחות משירותי קופת-החולים המבטחת (21% ממקבלי השלמת הכנסה, לעומת 33% מהגמלאים שאינם מקבלים קיצבה). מקבלי השלמת הכנסה חשו פחות בשיפור שירותי הקופה מגמלאים שאינם מקבלים השלמת הכנסה (20% ממקבלי השלמת הכנסה לעומת, 32% מהגמלאים שאינם מקבלים קיצבה). היקף ביצוע בדיקות ממוגרפיה היה נמוך אצל מקבלות השלמת הכנסה בהשוואה ליתר הגמלאיות (39% מאלה המקבלות השלמת הכנסה לעומת, 54% מהגמלאיות שאינן מקבלות קיצבה).

- מחקרם של ניראל, רוזן ואחרים (1998 - 1999) בדק האם הפער בין הדרום לאזורים אחרים בישראל בתחום הבריאות קטן בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ממצאי המחקר מעלים כי לא צומצם הפער באחוזים בין מרכז הארץ לדרומה בתחום כוח האדם הרפואי, ובתחום כוח אדם סיעודי

המצב היחסי של הדרום אף הורע. נמצא כי גם לאחר החלת החוק יש בדרום פחות רופאים ואחיות מוסמכות לאוכלוסייה, ממוצע שעות העבודה שלהם לשבוע גבוה יותר לעומת המצב במרכז הארץ, ומספר החולים הממוצע שהרופא הראשוני מקבל ליום גדול יותר מהמספר במרכז. בנוסף, גם בשנים שלאחר החלת החוק קיים שיעור נמוך של מיטות לאוכלוסייה, ושיעור תפוסה גבוה בבתי החולים בדרום לעומת הממוצע הארצי, ממצאים המצביעים על היצע נמוך של שירותי אישפוז בדרום בהשוואה למרכז הארץ. עם זאת, חוק ביטוח בריאות ממלכתי יצר תמריצים לחלק מן הקופות להרחיב ולפתח את שירותיהן בדרום במטרה להרחיב את פלח השוק שלהן שם. זאת ועוד, אם לפני החוק היה פער גדול בשביעות הרצון משירותי הקופה בין הדרום למרכז הארץ לטובת המרכז, הרי שבין 1995 ל-1997 הייתה בדרום עלייה ניכרת בשביעות הרצון מהשירותים שנותנות הקופות, עד כדי יתרון קל לדרום בשביעות הרצון לעומת המרכז, עובדה המעידה על שיפור ברמת השירות. המחקר מסכם כי עד כה חוק ביטוח בריאות ממלכתי השיג רק באופן חלקי את הקטנת אי-השוויון בין דרום הארץ למרכזה בהקצאת שירותי בריאות.

נתונים על הכנסות הקופות והוצאותיהן מעידות על הפער הקיים ביניהן בשיטת התגמול הנוכחית ועל התמריצים שנוצרו לקופות להעדיף מבוטחים צעירים ובריאים. להלן מספר דוגמאות לכך, בנוסף לאלה שכבר הוזכרו:

- ברמלי-גריןברג, רוזן וווד (2003) מצאו שהוצאות קופות-החולים על תרופות גדלות באופן דרמטי עם גילו של המבוטח, ועולות בתלילות רבה יותר מאשר הגידול בסך-כול ההוצאות על בריאות. נעשה שימוש בנתוני 'מכבי שירותי בריאות' כדי להשוות את עלות התרופות לקופות-החולים עם המשקלות בנוסחת הקפיטציה הנוכחית. נמצא, שלגבי מבוטחים מתחת לגיל 14, משקלות הגיל בנוסחת הקפיטציה הנוכחית היו גבוהות מעלות התרופות לקופות-החולים. לגבי מבוטחים מעל גיל 44, המשקלות בנוסחת הקפיטציה הנוכחית נמוכים מהעלות לקופות-החולים. יתר-על-כן, הפער בין המשקלות בנוסחת הקפיטציה הנוכחית לבין עלות התרופות לקופות-החולים ממשיך לגדול ככל שמבוטחי קופות-החולים מזדקנים. יש לציין שתמונה זוהי עולה מהנתונים של קופת-חולים 'לאומית' על ההוצאות על תרופות וגיל. מצב זה מהווה תמריץ מצד הקופות למשוך אליהן מבוטחים צעירים.

- עדות נוספת לתמריצי הקופה להפלות בין מבוטחיה ניתנה בשנת 2003 בכנס ים-המלח ה-4. בכנס הוצגו ההוצאות בפועל לפי קבוצות גיל של 'שירותי בריאות כללית', לעומת הכנסותיה לפי נוסחת הקפיטציה הקיימת. הטבלה הבאה מציגה את שיעור הפער בין ההכנסות וההוצאות מסך ההוצאות למבוטח בקבוצות הגיל השונות.

טבלה 3: הפער בין הכנסות והוצאות בקבוצות הגיל השונות בשירותי בריאות כללית*

קבוצת גיל	מס' מבוטחים (אלפים)	ההפרש בין ההכנסה להוצאה כאחוז מכלל הוצאה (למבוטח)	סה"כ הכנסות (מיליוני ₪)	סה"כ הוצאות (מיליוני ₪)	הפרש (מיליוני ₪)
0	65	-2.73	238	244	-6
1-4	262	91.12	953	499	454
5-14	651	59.86	902	564	338
15-24	593	-4.72	719	754	-35
25-34	487	-10.43	815	909	-94
35-44	410	-5.49	875	926	-51
45-54	433	1.57	1512	1489	23
55-64	303	-7.42	1628	1758	-130
65-74	258	-12.77	2160	2476	-316
75-84	176	-17.18	1854	2238	-384
85+	55	-23.47	579	757	-178
סה"כ	3693	-3.02	12233	12615	-381

*מקור: מצגת "פערים ואי-שיוויון במערכת הבריאות: היבטים כלכליים", זאב וורברנד, אשר הוצגה בכנס ים-המלח ה-4, מאי 2003.

הנתונים מעידים על תמריצים לדחות מבוטחים מגיל 55 (למרות שגם בקבוצות הגיל 15 - 44 קיים גירעון, משקלו נמוך יותר). רוב הגירעון של הקופה נובע מההוצאות על קבוצת גיל זו.

4. מודל התגמול המומלץ

לדעתנו, בהתבסס על הדיון שקיימנו לעיל, מנגנון תגמול קופות-החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי חייב לעבור שינוי מהותי אם ברצוננו להבטיח מערכת שירותי בריאות יעילה ושוויונית. מנגנון התגמול של קופות-החולים צריך להכיל את ארבעת המרכיבים הבאים:

- נוסחת קפיטציה עם הרחבה ניכרת של קבוצת ה"מחלות הקשות", ועם משתנים נוספים, ביניהם נכות, מצב סוציו-דמוגרפי, תעסוקה ואזור גיאוגרפי.
- תגמול בצורת מענקים מיוחדים לפרויקטים בעלי עדיפות.
- השתתפות בהוצאות עבור מבוטחים יקרים במיוחד.
- תגמול על עמידה ביעדי איכות, זמינות, נגישות ושביעות רצון (במיוחד של האוכלוסיות החלשות והחולות).

שילובם של ארבעת המרכיבים לעיל במנגנון התגמול לקופות, ביחד עם הגברת הפיקוח על השירותים שאותם מספקות הקופות ובחינה מדוקדקת של התחרות בין הקופות, יגדילו ללא ספק את היעילות

והשוויוניות במערכת. אופן השילוב של ארבעת המרכיבים הללו והפיכתם למנגנון של תגמול אפקטיבי הוא משימה כלל לא פשוטה הדורשת עבודת הכנה יסודית ומקצועית. אולם אין ספק שהדבר אפשרי, וגם אם התוצאה לא תהיה מושלמת, סביר שהיא תהיה טובה יותר ממודל התגמול הקיים היום.

5. סיכום

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מהווה ציון דרך משמעותי בהיסטוריה של מערכת הבריאות בישראל. זהו חוק בעל חשיבות חברתית ממדרגה ראשונה. החוק נועד להבטיח שכל שכבות האוכלוסיה יהיו זכאיות למינימום מסויים של שירותים רפואיים אך ורק לפי צרכיהן, ולא לפי יכולתן או כל מאפיין אחר שלהן. החוק קבע גם את כללי המשחק במערכת, שיבטיחו שמטרות החוק אכן יוגשמו בצורה היעילה ביותר. אולם, לפחות על פניו נראה שיישומו של החוק הלכה למעשה נעשה באופן חלקי ביותר ולא מספק. שלושת המנגנונים העיקריים שאמורים היו להיות מופעלים במסגרת החוק להבטחת היעילות והשוויוניות של המערכת – פיקוח על השירותים המסופקים על ידי הקופות, תחרות, ומנגנון ההקצאה של המשאבים לקופות - הופעלו רק באופן חלקי (אם בכלל), ויתירה מכך, מידת האפקטיביות שלהם בהשגת המטרות לעולם לא נבחנה באופן רציני. עשר שנים לאחר כניסת החוק לתוקף, הגיעה ללא ספק העת לבצע את השינויים הנדרשים כדי שהמשאבים האדירים המופנים למערכת הבריאות מדי שנה ימצאו את דרכם אל אלה שאכן זקוקים להם יותר מכול.

ביבליוגרפיה

אבי פורת, גדי רבינוביץ, ענת רסקין סגל. "פרויקט מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל – דו"ח לציבור עבור השנים 2001-2003". (2004), משרד הבריאות והמכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

ברג איילת, רוזן ברוך, מורגנשטיין ברנדה. "הבדלים בין מעוטי הכנסה לבין בעלי הכנסה בינונית עד גבוהה בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 1995-1997". (2002), דמ-02-342 מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

ברמלי-גרינברג שולי, רוזן ברוך, ווד פרנסיס "משקי בית, קופות-החולים והוצאות על תרופות", (2003), דמ-03-406 מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

גולדמן סילבי, קרק ג'רמי. "מעקב בקהילה אחר חולי אוטם חריף בשריר הלב: טיפול רפואי ותפקוד החולה, השוואה בין האוכלוסייה הערבית והאוכלוסייה היהודית בירושלים" (2000-2001), דו"ח מחקר המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

גופין רוזה, אביצור מלכה. "אי-שוויון בשימוש בשירותי בריאות פגיעות בקרב ילדים ומתבגרים יהודים וערבים" (2002-2003), דוח מחקר המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

גרוס רויטל, ברמלי-גרינברג שולי, מצליח רונית. "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2003, והשוואה לשנים קודמות", (2005) דמ-05-455 מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

טולדנו יואל, גבעון שמואל, ספפה אייזק, גוטמן נורית, ארנסטו קהאן יפה ענת "ניצול שירותי בריאות ואיכות הטיפול בסוכרתיים עולי אתיופיה מול שאינם עולי אתיופיה", (2005) הכנס השנתי למדיניות הבריאות.

כנס ים המלח הרביעי. "פערים ואי-שוויון במערכת הבריאות: היבטים כלכליים", (2003), דו"ח סופי, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

נירל נורית, רוזן ברוך, פלפל דינה, זמורה עירית, גרינשטיין מרים, זלצברג סימה. "נגישות וזמינות שירותי הבריאות: האם הפער בין הדרום לאזורים אחרים בישראל קטן בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי?", (1998-1999). דוח מחקר המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

Beck, K., S. Spycher, A. Holly and L. Gardiol (2003), Risk Adjustment in Switzerland, *Health Policy* 65, 63-74.

Buchner, F. and J. Wasem (2003), Needs for Further Improvement: Risk Adjustment in the German Health Insurance System, *Health Policy* 65, 21-35.

Cao, Z. and T.G. McGuire (2003), Service-level Selection by HMOs in Medicare, *Journal of Health Economics* 22, 915-931.

Cutler, D. (2003), *Your Money or your life: Strong Medicine for America's Health Care System*, Oxford University Press.

Cutler, D. and R. Zeckhauser (2000), The Anatomy of Health Insurance, in: A. Culyer and J.P. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics*. Amsterdam, Elsevier, vol.1A, 563-643.

Ellis, R. and W.P.M.M. van de Ven (2005), Risk Selection, Risk Adjustment, and Risk Sharing: Lessons from Europe and the Americas, unpublished.

Frank, R.G., J. Glazer, T.G. McGuire (2000), Adverse Selection in Managed Health Care, *Journal of Health Economics* 19, 829-854.

Glazer, J. and T.G. McGuire (2000), Optimal Risk Adjustment of Health Insurance Premiums: An Application to Managed Care, *American Economic Review* 90, 1055-1071.

Glazer, J. and T.G. McGuire (2002), Setting Health Plan Premiums to Ensure Efficient Quality in Health Care: Minimum Variance Optimal Risk Adjustment, *Journal of Public Economics* 84, 153-173.

Greenwald, L.M., J. M. Levy and M. J. Ingber (2000), Favorable selection in the Medicare + Choice Program: New Evidence, *Health Care Financing Review* 21, 127-134.

Hellinger, F. (1995), Selection Bias in HMOs and PPOs, *Inquiry* 32, 135-142.

Luft, H. S. and R. H. Miller (1988), Patient Selection and Competitive Health System, *Health Affairs* 7, 97-112.

Newhouse, J.P. (1996), Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection, *Journal of Economic Literature* 34, 1236-1263.

Newhouse, J.P. (1997), Risk Adjustment and Medicare: Taking a Closer Look, *Health Affairs* 13, 132-146.

Newhouse, J.P. (2002), *Pricing the Priceless: A Health Care Conundrum*, MIT Press, Cambridge, MA.

Nicholson, S., D. Polsky, K. Bundorf, and R. Stein (2004), The Magnitude and Nature of Risk Selection in Employer-Sponsored Health Plans, *Health Services Research* 39, Part 1, 1817-1838.

Nuscheler, R. and T. Knaus (2005), Risk Selection in the German Public Health Insurance System, *Health Economics*, forthcoming.

Pope, G.C., R.P. Ellis, A S. Ash et al. (2000), Principal Inpatient Diagnostic Cost Group Model for Medicare Risk Adjustment, *Health Care Financing Review* 21, 93-118.

Rice, N. and P. Smith (2001), Capitation and Risk Adjustment in Health Care Financing: An International Progress Report, *The Milbank Quarterly* 79, 81-113.

Rossiter, L. and G. Wilensky (1986), Patient Self-Selection in HMOs, *Health Affairs* 6, 66-80.

Van de Ven, W.P.M.M. and R.P. Ellis (2000), Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets, in: A. Culyer and J.P. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics*. Elsevier, Amsterdam, vol.1A, 755-845.

Van de Ven, W.P.M.M., K. Beck, F. Buchner et al. (2003), Risk Adjustment and Risk Selection on the Sickness Fund Insurance Market in Five European Countries, *Health Policy* 65,75-98.